

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (137) МАЙ 2014





Строительство краевого перинатального центра – реальность!

Одна из стратегических задач социальной политики современной России – повышение рождаемости. В ее решении медицине отведена совершенно конкретная роль – «в пределах своей профессиональной компетенции врач должен помочь семье обрести желаемое количество здоровых детей, сохранив жизнь и здоровье матери». Однако беременность при современном уровне репродуктивного и соматического здоровья – «уже не физиологическое состояние, а тест на прочность». Такова позиция многих ведущих акушеров-гинекологов. Именно поэтому планирование, вынашивание беременности, родоразрешение и послеродовая реабилитация матери и новорожденного в современных условиях требуют серьезного медицинского сопровождения.

Как отмечает руководитель краевого здравоохранения И.В. Долгова, «... в последние годы в системе организации медицинской помощи матери и ребенку в крае произошли значимые положительные преобразования:

- сформирована трехуровневая система помощи, организованы 6 межрайонных перинатальных центров, в которых сейчас проходит более 70% родов. В этих учреждениях открыты отделения реанимации новорожденных. За 2 года количество коек реанимации для новорожденных увеличено с 21 до 70. В ходе реализации программы модернизации здравоохранения проведены капитальные ремонты 34 родильных домов, приобретено 466 единиц оборудования на общую сумму, превышающую миллиард рублей.

- Внедрена и является доступной лучшая мировая технология внутриутробной диагностики врожденных пороков развития ребенка.

- Работает один из лучших в стране Центр психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации...». Принят целый ряд других мер, как следствие – статистика констатирует тенденцию на снижение неблагоприятных исходов при сложном течении беременности, заболеваниях новорожденных.

- Но медики последовательно, целенаправленно, на всех уровнях, продолжали высказывать свою профессиональную озабоченность, в первую очередь – неудовлетворительным состоянием здоровья женщин. Недостаточностью условий для внедрения новых технологических систем, в том числе по выхаживанию новорожденных с экстремально и очень низкой массой тела. Дефицитом коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и коек патологии

новорожденных. И особенно тем, что не решена проблема комплексной медицинской помощи беременным женщинам с соматическими заболеваниями.

В процессе поиска оптимального решения рассматривались различные варианты реконструкции, пристройки к существующему перинатальному центру. Однако единственным оптимальным путем решения выявленных проблем, по мнению специалистов, могло стать только строительство современного перинатального центра. При выборе проекта, прежде всего, учитывались следующие технологические аспекты: это должен быть новый тип учреждения, в котором борьба за жизнь и здоровье матери и ребенка ведется на всех этапах: от сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины до выхаживания и лечения новорожденных. Центр должен оказывать все виды высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии (и в т.ч. хирургии) новорожденных. А также осуществлять амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

И такое комплексное решение о строительстве краевого перинатального центра в г. Барнауле в структуре нагорного медицинского кластера рядом с краевой клинической больницей фактически состоялось.

Завершающим обязательным этапом довольно длительной процедуры по принятию решения о его строительстве стали публичные слушания, прошедшие 19 мая. Днями раньше конференция Медицинской палаты Алтайского края также поддержала его строительство.

Не исключаю, что все, что связано с принятием решения о строительстве, само публичное обсуждение для многих жителей края могло пройти незамеченным. В данном случае мне кажется, что важность решения о возведении очередного суперсовременного, дорогостоящего объекта здравоохранения, строительство которого должно завершиться всего через 2 года, – не только в том, о чем неоднократно подчеркивали его организаторы: обсуждение таких масштабных инвестиционных вложений из федерального и краевого бюджетов впервые организовано столь публично и для населения, и для специалистов. Значимость момента – в том, что фактически рассматривался вопрос о целой программе по принципиальному улучшению оказания помощи беременным, семьям, планирующим иметь детей. Поддерживая эту Программу, понимая важность ее реализации практически для каждой семьи нашего края, в следующих номерах журнала мы подробно расскажем о ней нашим читателям.





31 мая - Всемирный день без табака



Острый коронарный синдром



Как непросто быть родителем



Как выбрать ролики?



Что говорит о нас наш дом

На фото: Людмила Григорьевна ГРИГОРИЧЕВА, главный врач Федерального Центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования

Фото: Ларисы Юрченко

Л.В. Юрченко. «Каждый в коллективе Центра успешно выполняет свои задачи» 2-7

А.М. Никонов, О.В. Цыпченко, Н.И. Таскина. Неонатальный скрининг на наследственные болезни обмена веществ в Алтайском крае 8-9

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»
И.П. Салдан. 31 мая - Всемирный день без табака 10-11

Как уходить с работы вовремя и все успевать 12-13

Мир и медицина 14

Символ поколения?.. Или его отравы?.. 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Т.В. Богун. Репродуктивные потери взглядом психолога 16-17

СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

И.А. Сукманова. Острый коронарный синдром 18-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Л.А. Плигина. Подведены итоги конкурса «Своей профессией горжусь» 21

Объединились, чтобы стать профессиональнее и ответственнее 22-23

Есть такая профессия - медицинская сестра! 24

ЭПИШКОЛА: ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Е.С. Азарова. Что такое эпилепсия.
Дневник приступов больного эпилепсией 25-26

ПРИРОДА ЛЕЧИТ

Мокрица - одна полезность! 27

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

Н.С. Антоненко. Как непросто быть родителем 28-29

Знаете ли вы... 30

Мой любимый тренажер 31

Как выбрать ролики? 32-33

Мужчины и Женщины: 100 отличий 34-35

Н.В. Дорофеева. Развивая моторику, развиваем интеллект 36-37

Л.В. Юрченко. Хирурга отличает высочайшее чувство ответственности 38-39

Что говорит о нас наш дом 40-41

Л.В. Ратомская. Хорошая осанка - показатель не только здоровья, но и красоты 42-43

Гороскоп здоровья: Телец 44



«Каждый в коллективе Центра успешно выполняет свои задачи»

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования отметил первый год своей работы в прошедшем декабре. И это событие заслуживает внимания не только медицинского сообщества.

До 2005 года высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в основном оказывали в центральных медицинских учреждениях. Из-за дефицита финансирования пациентам приходилось нести существенные расходы на оплату такого лечения, а также на проезд до лечебных учреждений. И в 2006 году было принято решение о включении мероприятий по развитию ВМП в Приоритетный национальный проект «Здоровье». Поставлена цель - обеспечить равную доступность высокотехнологичной медицинской помощи вне зависимости от места проживания людей и ее бесплатность для жителей РФ. Решение о строительстве Центра высоких технологий в Барнауле было принято в 2007 году. В обращении Губернатора Алтайского края Александра Богдановича Карлина к Президенту РФ Владимиру Владимировичу Путину были обоснованы необходимость и целесообразность размещения такого центра в Алтайском крае. Резолюция гласила: «Прошу учесть при принятии решения».

Современное модульное строительство происходило в сжатые сроки, и от этого оно казалось фантастическим. Новые технологии требовали жесткого контроля и обеспечивали безусловное качество не только возводимых зданий, но и внутренней отделки, технического оснащения.

О времени строительства сегодня напоминает фотография в кабинете главного врача Центра Л.Г. Григорьевой.

- Людмила Григорьевна, перед нашей встречей познакомилась с сайтом Центра. И уже из такого знакомства очевидно: созданы условия, чтобы делать все на пять с плюсом!

- Спасибо за такую оценку. Если честно, об этом мы слышим нередко. Центр построен по международным стандартам. Здесь нет ничего лишнего, все функционально. Регулярно к нам приезжают коллеги из Европы, США и непременно отмечают высокий уровень технической оснащённости Центра и профессионализма работающего здесь коллектива. Очень нравятся наши операционные, оборудованные с учетом последних достижений медицины. Это позволяет успешно оперировать любые по сложности случаи. Но Центра травматологии в Барнауле могло и не быть. Мы все знаем, как долго пришлось ждать начала модульного строительства Центра. Знаем и о том, что в Краснодаре и Владивостоке эти учреждения так и не были построены. И только настойчивость Губернатора А.Б. Карлина, его умение лоббировать интересы Алтайского края на федеральном уровне и, самое главное, выполнение регионом своих обязательств позволили успешно и своевременно завершить строительство.

- Можно предположить, что была проведена большая работа по формированию коллектива высокопрофессиональных сотрудников.

- В начале строительства Центра было подписано соглашение



между Федеральным агентством по здравоохранению и Администрацией Алтайского края о том, что за регионом закрепляются обязательства по подготовке нулевого цикла и подбору кадров. Нулевой цикл - это инженерные коммуникации, цокольный этаж и благоустройство прилегающей территории. Одновременно в рамках принятой программы велась подготовка молодых специалистов в ординатуре по травматологии и ортопедии для работы в ФЦ.

В Алтайском крае тогда уже проводились операции в рамках высоких технологий. Конечно, выполнялись они не в таком количестве, как это стало возможным после открытия Центра. Но часть специалистов была готова заниматься решением поставленных задач. Они и составили сейчас основу коллектива Центра.

В Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования созданы исключительные условия для обучения, подготовки специалистов на лучших площадках зарубежных стран и Российской Федерации. Постоян-



но идет освоение новых технологий. Причем, сохраняется направленность на малоинвазивные, щадящие, методы лечения. За этот период внедрено около 30 новых методик.

Сегодня в Центре проводится эндопротезирование всех суставов: тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого, голеностопа, кисти и стопы. Проводится сложное эндопротезирование с использованием современных имплантов, ревизионное эндопротезирование. Из малоинвазивных операций - пункционная вертебропластика, транскутантный спондилодез, радиочастотная абляция нервных окончаний при начальных формах остеохондроза, одностороннее эндопротезирование коленного сустава, органосохраняющие операции при начальных стадиях асептического некроза головки бедренной кости.

- Ваши Доктора Центра становятся учеными, защищают диссертации?

- Надо понимать, что мы - не научный центр. У нас - очень большой объем оперативной работы. Хотя перед нами и не ставится задача разрабатывать новые методы, но мы заинтересованы во внедрении новых технологий для того, чтобы постоянно улучшать качество оказываемой помощи. Поэтому у докторов всегда есть возможность заниматься исследовательской работой, проводить клинические испытания. Сейчас над диссертациями работают три врача нашего Центра. За это время проведено 14 научно-практических конференций и мастер-классов с международным участием ведущих специалистов в области травматологии и ортопедии. Мы пользуемся международными протоколами лечения, включены в Федеральный реестр учреждений, имеющих право проводить клинические исследования. Постоянный обмен опытом со специалистами ведущих российских и зарубежных клиник дает возможность ощущать себя достойно в мировом профессиональном сообществе.

От порога до операционной

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Барнауле - один из трех центров ортопедического профиля, которые построены в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье».

Центр представляет собой комплекс зданий: четырехэтажный корпус стационара соединен с двухэтажным лечебно-диагностическим корпусом удобным переходом с лестницами и лифтом.

Лечебно-диагностические подразделения Центра оснащены современным оборудованием, которое позволяет проводить обследование и лечение с использованием мировых достижений медицинской науки и практики:

- консультативная поликлиника для взрослых и детей (140 посещений в смену);
- три взрослых травматолого-ортопедических отделения (150 мест);
- одно детское травматолого-ортопедическое отделение с возможностью совместного пребывания матери и ребенка (15 мест);
- анестезиолого-реанимационное отделение (12 мест);
- операционный блок с пятью операционными залами и палатой пробуждения на 5 мест;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- отделение лучевой диагностики;
- отделение восстановительного лечения.

- Каких правил вы обязательно придерживаетесь как руководитель большого коллектива? К вам всегда можно прийти с вопросами и предложениями?

- Пользуюсь правилом трех «П»: профессионализм, порядочность и преданность своему делу.

Я убеждена, что никакую проблему нельзя загонять внутрь, ее нужно обсудить и постараться найти оптимальный выход из ситуации. Если решить проблему оптимально не удастся, то обязательно надо постараться минимизировать нежелательные последствия. На медицинском совете Центра мы обсуждаем сложные случаи лечения, решаем, какое новое направление будем развивать и кто этим будет заниматься. В каждом решении обязательно учитываются интересы и способности конкретных сотрудников. Ответственность принимает на себя, конечно, руководитель.

- Заметила, что на вашем сайте с одинаковым уважением представлены и доктора, и медсестры.

- Взаимоуважение - одно из составляющих успеха. Ведь каждый

на своем уровне выполняет свои задачи. Иначе просто ничего не получится. У нас обязательно уважительное отношение и к младшему медицинскому персоналу, и к техническим работникам.

- Приходилось слышать мнение о том, что в центрах высоких технологий послеоперационный уход за больными уходит на второй план из-за больших объемов работы.

- Это не так. Основная ответственность за качество послеоперационного ведения пациента ложится на средний медицинский персонал.

Медицинская сестра - это тот специалист, который решает задачу реабилитации и ухода за больным совместно со всей бригадой. Медсестры обязательно должны быть доброжелательными, грамотными. Вместе со специалистами восстановительного лечения работа начинается уже с момента поступления пациента - многократно разъясняются реабилитационные моменты, необходимость соблюдения ортопедического режима. Если этого не делать, вся работа сведется к нулю. ►



Отделение лучевой диагностики Центра

оснащено современным оборудованием экспертного класса, для диагностического обследования амбулаторных и стационарных пациентов с помощью рентгеновской технологии, ультразвука и МРТ с использованием новейших методик лучевой диагностики всех органов и систем человека. В структуру отделения входят диагностические кабинеты различных специализаций: кабинет классической рентгенодиагностики, кабинет денситометрии, кабинет ультразвуковой диагностики, кабинет рентгеновской компьютерной томографии и кабинет магнитно-резонансной томографии.

После операции начинается поэтапная активизация: сначала - в постели, затем - в палате, ведется работа с аппаратами для разработки суставов. Мы постоянно подчеркиваем, что пациент должен работать над своим здоровьем: если он не будет этого делать, ничего не получится. Мотивируем пациента к совместной работе с доктором, медицинскими сестрами. При этом обязательно соблюдается еще один принцип: пациент не должен чувствовать сильную боль в послеоперационном периоде. Мы разработали методику мультимодальной анальгезии, которая позволяет успешно решать проблему боли у наших пациентов.

Отличие нашего Центра: к пациенту приходит врач, медицинская сестра, а не наоборот. Весь комплекс работы с пациентом индивидуален, ориентирован на конкретного человека. Даже питание приносят непосредственно в палату.

- Вы оказываете помощь как взрослым, так и детям?

- Совершенно верно. Детское отделение рассчитано на пятнадцать коек,

в прошлом году в нем выполнено 370 операций. В этом году планируем значительно большие объемы. В Центре также три взрослых отделения по пятьдесят коек каждое.

- Расскажите подробнее о детском отделении.

- В нем работают три доктора. Вадим Витальевич КОЖЕВНИКОВ - врач высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук. В 2008 году защитил диссертацию «Малоинвазивные хирургические вмешательства в комплексном лечении врожденной косолапости у детей». С 1999 по 2012 годы работал в детском травматолого-ортопедическом отделении Алтайской краевой клинической детской больницы. Специализируется на хирургическом лечении детей с врожденной и приобретенной патологией кистей, стоп и тазобедренных суставов, в том числе у детей с ДЦП. Имеет три патента на изобретения. Валерий Владимирович ТИМОФЕЕВ - врач высшей категории, завершает работу над кандидатской диссертацией. В совершенстве владеет методами остеосинтеза. Евгений Владимирович ВОРОНЧИХИН - перспективный травматолог-ортопед, успешно внедряющий методы артроскопического лечения детей и подростков.

В отделении работает старшая медицинская сестра Яна Витальевна ТОЛСТЫХ - медицинская сестра высшей квалификации, имеет большой опыт работы в детском отделении травматолого-ортопедического профиля.

Детское отделение рассчитано на 15 коек, предусмотрено совместное пребывание матери и ребенка в одно- и двухместных палатах, оборудованных функциональными кроватями, отдельным душем и туалетом, поручнями для пациентов с ограниченными возможностями. В каждой палате есть холодильник, телевизор, сейф. В отделении выделена яркая игровая зона, имеющая телевизор, место для удобного пребывания родителей, она оснащена играми и книжками.

Высококвалифицированный кадровый состав отделения и материально-техническая база нашего Центра позволяют оказывать высокотехнологич-

Основные направления деятельности клинических отделений Центра:

- эндопротезирование тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого суставов;
- реконструктивные ортопедические операции;
- артроскопическая диагностика и лечение заболеваний и повреждений коленного, тазобедренного, плечевого и локтевого суставов, включая пластическое замещение связок коленного сустава;
- внутрисуставной малоинвазивный остеосинтез под контролем артроскопии;
- микрохирургические операции на кисти и стопе;
- эндопротезирование суставов кисти;
- костная пластика костей кисти при дефектах костей и ложных суставов;
- фалангизация при ампутационных культиях и удлинение фаланг, пястных костей;
- сухожильная пластика, пластика периферических нервов кисти и предплечья;
- выделение кожно-фасциального лоскута на питающей ножке для закрытия дефектов мягких тканей;
- устранение посттравматических, послеожоговых контрактур верхней конечности;
- реконструктивно-восстановительные операции при врожденных аномалиях кисти;
- операции на позвоночнике.



Модернизация здравоохранения

ную медицинскую помощь, охватывая весь спектр заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата детей.

Применяемые методики оперативного лечения в детском отделении Центра учитывают особенности патологии и возраста пациентов, являются высокотехнологичными. Своевременное обращение способствует полному восстановлению нарушенной анатомии и функции либо значительно улучшают качество жизни ребенка.

Каждый день в детском отделении выполняются от трех до пяти операций. К нам обращаются из разных регионов страны. Учитывая, что проезд и личный прием детей не всегда просто реализовать, часть консультативной работы выполняем заочно. Тесно наши доктора сотрудничают с российским флагманом травматологии и ортопедии ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» (г. Санкт-Петербург). Большое внимание уделяем сотрудничеству с коллегами из краевого детского психоневрологического санатория для обеспечения многоэтапности лечения детей с ДЦП. Это на самом деле комплексная задача.

С теми детьми, кто прооперирован у нас, продолжается работа в детском санатории. Это дает гораздо более высокую эффективность, позволяет детям в дальнейшем лучше адаптироваться в жизни, социализироваться.

Палаты в отделении максимально комфортны для нахождения ребенка с мамой. Доброжелательное отношение к маленьким пациентам, безусловно, помогает лечению, создает позитивный психологический климат и психологический настрой, что является одним из условий успешного лечения.

- Давайте остановимся на степени доступности помощи.

- Для жителей Российской Федерации все операции в рамках государственного задания проводятся за счет бюджета, а значит, бесплатны для пациента.

Президент РФ В.В. Путин в своем Послании Федеральному Собранию поставил задачу увеличить объемы высокотехнологичной медицинской по-



мощи, сохранить уникальную сеть федеральных учреждений с ее высоким кадровым потенциалом и уникальным, лучшим в стране, оборудованием. При этом одновременно привлекаются регионы к развитию ВМП, а значит, есть возможность повысить качество и доступность медицины высоких технологий для всех граждан.

За 2013 год в Центре выполнено 3856 операций, из них 3500 - в рамках высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи. Среди прооперированных жители Алтайского края составили 70 процентов. В этом году будет проведено 4600 операций - в рамках государственного задания и 600 операций - в рамках ОМС. Из них более трех тысяч - жителям Алтайского края. В мае мы уже выполним 50% планового задания.

Повышая доступность высокотехнологичной помощи жителям Алтайского края, в течение двух лет мы проводим выездную работу. За это время организовано 56 выездов в города и районы края, осмотрено более трех тысяч человек, 44% из них направлены на оперативное лечение.

Многие жители Алтайского края проходят через нашу поликлинику. Мы рассматриваем имеющиеся показания и противопоказания к оперативному лечению, назначаем дату госпитализации. Часть вопросов от будущих пациентов мы получаем в режиме онлайн на нашем сайте. В цифровом варианте к письму можно приложить снимки, результаты обследований. В тече-

Клинико-диагностическая лаборатория оснащена современным оборудованием, позволяющим выполнять необходимые для пациентов исследования. Автоматизация гематологических, биохимических, иммунологических исследований и исследований гемостаза уменьшает срок выполнения анализа и повышает точность результата. В лаборатории также могут быть выполнены цитологические и бактериологические исследования, исследования кислотно-щелочного равновесия для пациентов Центра. Современные вакуумные системы забора крови уменьшают вероятность ошибки при сборе материала.



Детское травматолого-ортопедическое отделение:

● *сухожильно-мышечная пластика при ДЦП;*

● *корригирующая остеотомия деформаций верхних и нижних конечностей;*

● *коррекция врожденных и приобретенных деформаций стоп (косолапость, вертикальный таран, плано-вальгусная, и др.);*

● *реконструкция тазобедренного сустава, в том числе с применением операции Солтера (врожденный, спастический вывих, подвывих бедер, варусная и другие деформации шеек бедер);*

● *реvascularизирующие методы лечения болезни Пертеса;*

● *реконструкция кисти при аномалиях развития, приобретенных деформациях (синдактилия, брахидактилия, рубцовые контрактуры);*

● *реконструктивно-пластические операции с применением аппаратов внешней фиксации;*

● *костная пластика дефектов костей (кисты, фиброзные дисплазии);*

● *коррекция деформации позвоночника, в том числе сколиотической деформации.*

◀ **ние** двух дней человек получает исчерпывающую информацию по интересующему вопросу, а также в ответе мы указываем телефоны специалистов. Через три месяца после операции обязательно назначается контрольный осмотр. Для этого жители Алтайского края приезжают в поликлинику Центра. Контроль может быть проведен заочно - в режиме онлайн. Пациенты также могут присылать снимки, которые мы рассмотрим.

- Что значит для вас быть руководителем такого медицинского Центра?

Как стать пациентом Центра?

При посещении поликлиники необходимо иметь следующие документы:

- направление лечащего врача (произвольная форма);

- паспорт (свидетельство о рождении для детей) и его ксерокопия;

- полис обязательного медицинского страхования и его ксерокопия;

- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) и его ксерокопия;

- справка об инвалидности (при наличии);

- выписка из медицинской карты амбулаторного пациента и медицинская карта амбулаторного пациента;

- данные флюорографического обследования или рентгенография легких (срок годности - 12 месяцев);

- Строительство Центра с самого начала было грандиозным проектом. Скорость и качество его выполнения удивляют и сегодня. Сейчас самое главное для меня, как руководителя, - это кадровое и материальное обеспечение, динамичное развитие. От того, насколько правильно это делается, зависит и эффективность, и успешность деятельности учреждения. Мне кажется, что это у нас получается. Для меня важно, что наши сотрудники имеют все основания гордиться тем, что работают в таком Центре.

- рентгенография анатомического сегмента в зависимости от заболевания.

После проведения консультации и дополнительного обследования (по показаниям) врач выдает медицинское заключение с диагнозом и рекомендациями по лечению и информирует пациента (представителя пациента) о характере заболевания, методике и сроках лечения.

При госпитализации в Федеральный центр для проведения оперативного лечения при себе необходимо иметь следующие документы:

- паспорт (свидетельство о рождении для детей) и его ксерокопия;

- полис обязательного медицинского страхования и его ксерокопия;

- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) и его ксерокопия;

- подробная выписка из медицинской карты амбулаторного пациента или медицинская карта амбулаторного пациента;

- заключение врачей-специалистов об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (из поликлиники по месту жительства):

- терапевта,
- педиатра (для детей),
- гинеколога (для женщин),
- уролога (для мужчин),
- стоматолога (о санации полости рта),

- эндокринолога (при патологии эндокринной системы),



Модернизация здравоохранения

- кардиолога (при патологии сердечно-сосудистой системы),
- инфекциониста (для пациентов с заболеванием вирусным гепатитом В и С и повышенными показателями трансаминаз и билирубина),
- других профильных специалистов при наличии сопутствующих заболеваний;
- результаты лабораторных исследований:
 - общий анализ крови (количество лейкоцитов с формулой, эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобин, время свертывания и длительность кровотечения), срок годности - 10 дней;
 - коагулограмма (протромбиновый индекс, МНО (если принимаете непрямые антикоагулянты), фибриноген, АПТВ), срок годности - 10 дней;
 - анализ крови биохимический (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АлТ, АсТ, глюкоза), срок годности - 10 дней;
 - анализ крови на группу и резус-фактор;
 - анализ крови на маркеры гепатита В (HbSAg) и гепатита С (АнтиHCV), срок годности - 3 месяца;
 - анализ крови на сифилис методом ИФА, срок годности - 3 месяца;
 - анализ крови на антитела к ВИЧ, срок годности - 6 месяцев;
 - общий анализ мочи, срок годности - 10 дней;
 - электрокардиограмма с расшифровкой и заключением, срок годности - 14 дней;
 - для взрослых пациентов - ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей (в случае отклонений от нормы - консультация ангиохирурга), срок годности - 6 месяцев;
 - ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, срок годности - не более - 6 месяцев;
 - для взрослых пациентов - фиброгастродуоденоскопия (при наличии изменений - необходимо пройти лечение, наличие эрозий или язв является противопоказанием для проведения планового оперативного лечения), срок годности - 2 месяца;
 - флюорография органов грудной клетки, срок годности - 6 месяцев;
 - результаты лучевой диагностики анатомического сегмента в зависимости от заболевания.



Прием пациентов осуществляется в поликлинике Федерального центра по адресу: г.Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 - ежедневно с 9 до 16 часов (кроме субботы, воскресенья и праздничных дней) по предварительной записи в регистратуре консультативной поликлиники, по телефону регистратуры: (3852) 297-502, 297-503, 297-519 (поликлиника), 297-504 (детская поликлиника).

Как получить заочную консультацию?

В Центре проводятся заочные консультации, по результатам которых пациент получает информацию о тактике дальнейшего лечения. На заочную консультацию медицинские документы вы можете направить по электронной почте 297501@mail.ru или заказным письмом.

Для заочной консультации необходимо представить следующий пакет документов:

- выписку из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме №027/у;
- результаты диагностических исследований (рентгенограммы, КТ, МРТ)
- оригинал или электронную версию снимка.

Контактная информация:

справочная (3852) 297-500;
регистратура (3852) 297-502, 297-503, 297-519 (поликлиника), 297-504 (детская поликлиника).

Горячая линия: 8-800-200-0717. ☎

Лариса Юрченко

Фото: Лариса Юрченко

В Центре работают высококвалифицированные специалисты, обладающие большим практическим опытом и постоянно совершенствующую свою медицинскую квалификацию. Врачебный и средний медицинский персонал проходит углубленную стажировку на базе ведущих клиник РФ и зарубежных стран.

В отделениях для пациентов созданы комфортные условия пребывания. Одно- и двухместные палаты, предназначенные для пациентов с проблемами опорно-двигательного аппарата, оборудованы необходимыми медицинскими установками, подачей кислорода, комнатой санитарной гигиены, холодильником, сейфом для личных вещей. В детском отделении предусмотрено совместное пребывание матери и ребенка.





Неонатальный скрининг на наследственные болезни обмена веществ в Алтайском крае

Александр Михайлович НИКОНОВ,

заведующий медико-генетической консультацией, врач-генетик, кандидат медицинских наук;

Ольга Владимировна ЦЫПЧЕНКО,

заведующая лабораторией молекулярно-генетических исследований, врач-лабораторный генетик;

Нина Ивановна ТАСКИНА,

врач-лабораторный генетик

- КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Опираясь на многолетний отечественный и зарубежный опыт, можно с уверенностью говорить о том, что неонатальный скрининг является самым эффективным методом профилактики наследственных болезней обмена веществ.

В Алтайском крае массовое обследование новорожденных на наследственные болезни началось со второй половины 1992 года, когда начали выполнять скрининг на фенилкетонурию. В 1994 году был подключен врожденный гипотиреоз. В 2006 году в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» внедрены скрининговые программы на адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию.

Внедрению неонатального скрининга предшествовала определенная организационно-методическая работа с ЛПУ края:

- ◆ определение нормативной базы,
- ◆ закрепление ответственных на всех уровнях,
- ◆ налаживание курьерской службы доставки.

Отработаны алгоритмы обследования и диспансерного наблюдения для всех пяти скринируемых заболеваний.

В приведенной ниже таблице представлены данные по массовому

обследованию новорожденных за период 1993-2013 годов и частота выявленных наследственных болезней на территории Алтайского края.

Заметим, что частота фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и адреногенитального синдрома в крае не отличается от средней частоты этих заболеваний в России. В то же время отмечаемая частота муковисцидоза и галактоземии в Алтайском крае почти в два раза выше, - что требует специального анализа.

Характеристика наследственных болезней

Фенилкетонурия (ФКУ) - это группа аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся нарушением обмена незаменимой аминокислоты - фенилаланина, поступающей в организм человека с белковой пищей. Данная патология встречается у 1 ребенка на 8-10 тысяч новорожденных.

К наиболее характерным проявлениям фенилкетонурии относят: умственную отсталость, психические и неврологические расстройства, специфические походку и позу с осанкой при сидении, судорожный синдром, изменения кожных покровов, микроцефалию, катаракту, светлые радужки, склеродермию, отчетливый «мышинный» запах тела.

Все дети с фенилкетонурией, выявленные по скринингу, находятся под диспансерным наблюдением в медико-генетической консультации, получают специальное лечение.

Врожденный гипотиреоз (ВГ) - это заболевание щитовидной железы, при котором наблюдается снижение ее функции, вплоть до полного выпадения. Неонатальный скрининг теорети-

Наследственное заболевание обмена веществ	Обследовано новорожденных (% обследованных)	Выявлено больных	Частота заболевания в Алтайском крае	Частота заболевания в РФ (П.В.Новиков, 2013)
Фенилкетонурия	476957 (89,42)	81	1 : 6585	1 : 7697
Врожденный гипотиреоз	361710 (71,06)	91	1 : 5594	1 : 4132
Адреногенитальный синдром	182879 (93,40)	22	1 : 8900	1 : 8662
Муковисцидоз	182213 (93,06)	32	1 : 6119	1 : 11585
Галактоземия	159654 (86,86)	11	1 : 17800	1 : 32692



чески дает возможность ранней диагностики заболевания у 100% больных, в том числе в доклинической стадии - у 90% больных. Встречается с частотой 1 случай на 4000-5000 новорожденных.

Клиническая картина заболевания характеризуется задержкой физического, интеллектуального и полового развития ребенка. Наиболее типичными признаками ВГ в ранний постнатальный период являются: отечное лицо, губы, веки, полуоткрытый рот с широким, «распластанным» языком; локализованные отеки в надключичных ямках, тыльных поверхностях кистей, стоп; пупочная грыжа, запоры.

Все дети с ВГ, выявленные по скринингу, находятся под диспансерным наблюдением у эндокринолога, получают специальное лечение.

Адреногенитальный синдром (АГС, врожденная гиперплазия коры надпочечников) - это группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, развитие которых связано с нарушением секреции кортикостероидов вследствие врожденного дефекта ферментов, ответственных за биосинтез этих гормонов.

У девочек наблюдаются врожденные изменения наружных половых органов, рост мышечной массы по мужскому типу. У мальчиков отмечается макрогонитосомия. Возможны появления рвоты, диареи, судорог, артериальной гипертензии.

Все дети с АГС, выявленные по скринингу, находятся под диспансерным наблюдением у эндокринолога, получают специальное лечение.

Муковисцидоз (кистозный фиброз; МВ) - это частое моногенное аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез и жизненно важных органов и систем и имеющее обычно тяжелые течение и прогноз. Частота случаев в России - 1 ребенок на 12 тысяч новорожденных.

Клиническая картина заболевания характеризуется респираторными (одышка, кашель с гнойной мокротой, пневмонии), желудочно-кишечными нарушениями, нарушениями обмена веществ.

Все дети с МВ, выявленные по скринингу, находятся под диспансерным наблюдением у пульмонолога, получают специальное лечение.



Галактоземия - это группа наследственных заболеваний нарушения обмена веществ, характеризующаяся неспособностью организма усваивать галактозу. Встречается галактоземия с частотой, не превышающей один случай на 15 тысяч новорожденных.

Галактоза и ее производная накапливаются в крови и тканях, оказывая токсическое действие на центральную нервную систему, печень и хрусталик глаза, что определяет **клинические проявления болезни**. Заболевание проявляется в первые дни и недели жизни выраженной желтухой, увеличением печени, неврологической симптоматикой (судороги, нистагм (непроизвольное движение глазных яблок), гипотония мышц), рвотой; в дальнейшем обнаруживается отставание в физическом и нервно-психическом развитии, возникает катаракта.

Все дети с этим заболеванием, выявленные по скринингу, находятся под диспансерным наблюдением в медико-генетической консультации, получают специальное лечение.

На прием к врачу-генетику, как правило, приходят по направлению врачей. Однако в медико-генетическую консультацию могут также обращаться все, кто обеспокоен генетическим здоровьем своим или своего потомства. ☺

Частота фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и адреногенитального синдрома в крае не отличается от средней частоты этих заболеваний в России. В то же время отмечаемая частота муковисцидоза и галактоземии в Алтайском крае почти в два раза выше.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

На правах рекламы





Репродуктивные потери ВЗГЛЯДОМ ПСИХОЛОГА



**Татьяна Васильевна
БОГУН,**

доктор философии в области психологии (PhD), медицинский (перинатальный, клинический) психолог, КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

Весть о появлении ребенка знаменует начало новой жизни для всех окружающих, и казалось бы, - это большая радость, ведь именно дети вносят в семью новый дух, новый смысл и, конечно, море приятных и радостных мгновений.

Но часто случается, что беременность - нежеланная. Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, - это аборты.

Часто ключевая роль в помощи принятия осознанного решения принадлежит медицинскому (клиническому) психологу. Женщиной, решающей прервать беременность, как правило, движет множество внешних социальных и психологических причин. Но при этом необходимо отметить, что в решении сделать аборт присутствуют и неосознаваемые установки или детерминанты, связанные с глубинным психологическим смыслом понятий «женственность», «мужественность», «беременность», «материнство», «аборт», «жизнь», «смерть».

Исследования данной проблемы позволяют подойти к проблеме аборта в ее внутреннем содержании, рассмотреть неосознаваемые механизмы,

управляющие поведением женщины, решающейся на аборт: ее мотивы, переживания.

Когда женщине психолог задает вопрос: «Как вы ощущаете зарождение новой жизни?», часто она говорит, что ощущений нет, либо ссылается на физическое недомогание (токсикоз, боли и т.п.); «Какой вид контрацепции использовали?» - «Никакой...». «Так, значит, вы не исключали беременность?» ... **Находясь в таком противоречивом состоянии, женщина сама себя лишает перспективы материнства, развития женственности, развития своих способностей.** Каждый ребенок привносит в жизнь матери новые переживания, запросы, чувства. Это приводит к необходимости эволюционировать и развивать свои способности, ресурсы.

Матка по своей природе - источник жизни. В ней жизнь зарождается, и происходит чудо перехода с клеточного уровня на уровень целого организма - человека. **Матка, как и все другие органы, способна запечатлеть травмы и осложнения в репродуктивной сфере.** Это и является основой хронических заболеваний. Природа матки инстинктивно пытается сохранить беременность, а женщина, принимая решение об аборте, - отторгает ее. Это приводит к рассогласованию физиологического и психологического механизмов материнства, что существенно влияет на дальнейшее развитие и самой женщины, и ее будущего потомства.

Часто внешне приличная и любящая семья на консультациях демонстрирует отсутствие культуры деторождения, низкий культурный уровень в области семейных сексуальных отно-



шений, игнорирование здорового образа жизни, даже во время беременности.

Аборт никогда не проходит бесследно для женщины. Женщина, даже если осознанно идет на этот шаг, испытывает психологическую травму. После прерванной беременности остается неизгладимый отпечаток на подсознании, который передается из поколения в поколение, и женщины, рождающиеся в роду позднее, несут его в своих душе и теле (фибромы, миомы, кисты и т.п. - эти заболевания имеют психологические родовые корни).

Каждый из нас - это звено в цепи поколений. И наша судьба переплетается с судьбами наших предков. И тогда, возможно, причины наших непонятных неудач, потерь, трагических ситуаций и т.д. лежат за пределами жизненного опыта конкретного человека. Ведь вместе с генами от своих предков мы получаем информацию об эмоциональных событиях их жизни, а следовательно, и родовые программы, чувства и некоторые жизненные установки, которые мы мо-

жем и не осознавать. В каждом роду есть нерешенные задачи, тяжести рода. Некоторые на протяжении всей своей жизни ощущают это на себе, но сознательно не обращают внимания.

У детей, мамы которых в анамнезе имеют аборт, замечены:

- высокое и устойчивое чувство тревоги;
- невнимательность (« витают в облаках »);
- осознаваемое и неосознаваемое чувство вины;
- низкая самооценка и непреодолимый страх жизни (такие дети, зачастую, продолжают грызть ногти, даже став взрослыми);
- страх одиночества и самый жуткий страх - потерять маму навсегда (отсюда болезненная связь с матерью).

Если вы не уверены в своем партнере (муже), не желаете сейчас родить ребенка, - не полагайтесь на «авось пронесет»: предохраняйтесь! Если беременность случилась, - рожайте. Подумайте и о своем здоровье, и о здоровье своих потомков! ☺

Упражнение для родителей и школьников

«Вращение шей»

Перед экзаменами шей, вместо того чтобы вытянуться, снять зажимы и улучшить обеспечение мозга кислородом, свеживается под тяжестью наполняемой знаниями головы.

Это упражнение способствует расслаблению центральной нервной системы и снятию мышечных зажимов в области шеи, плеч, спины. Помогает лучше восприятию и обработке информации, улучшает математические способности и навыки чтения.

Встаньте прямо, голова по срединной линии.

Приподнимите плечо к уху. Положите на него голову.

Позвольте голове скатиться к срединной линии и опустите плечо. Подбородок опущен достаточно низко и касается груди. Вы чувствуете натяжение задних шейных мышц. Рот чуть приоткрыт. Представьте, что ваша голова - тяжелый шар.

Медленно начинайте поворачивать голову вправо и влево. Максимальная амплитуда поворота - не дальше плеча.

Сделайте 4-5 проходов от плеча к плечу. Не торопитесь. В местах сильного напряжения в шее чуть дольше задержите голову в этой позиции и подышите спокойно и глубоко.

Вернитесь в исходное положение. Чуть откиньте голову назад до мягкого натяжения мышц шеи спереди. Не забудьте приоткрыть рот.

Начинайте медленно вращать головой из стороны в сторону. Амплитуда движений должна быть меньше, чем вы делали до этого. ☺

Поздравляем Ольгу Васильевну РЕМЧЕВУ с блестящей защитой докторской диссертации и присуждением звания доктора медицинских наук!

Ольга Васильевна со дня основания журнала «Здоровье алтайской семьи» является координатором общественного демографического проекта «Школа ответственного родительства» и постоянным автором одноименной рубрики в нашем журнале. Сегодня Ольга Васильевна работает в должности заместителя главного врача по лечебной работе КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» и является доцентом на кафедре Акушерства и гинекологии №1 АГМУ.

Уважаемая Ольга Васильевна! Примите наши поздравления с присуждением звания доктора медицинских наук! Вы приложили много труда и сил, двигаясь к поставленной цели. Желаем вам творческих успехов, удачи и крепкого здоровья!



Острый коронарный синдром



Ирина Александровна СУКМАНОВА,

врач-кардиолог, высшая квалификационная категория, доктор медицинских наук, заведующая отделением острых инфарктов миокарда, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»

Сердце - сложный орган человеческого тела. На протяжении всей жизни сердце постоянно качает кровь, через артериальную сеть снабжая все ткани организма кислородом и жизненно важными питательными веществами. При этом сердечная мышца сама нуждается в достаточном количестве обогащенной кислородом крови. Сеть коронарных артерий несет обогащенную кислородом кровь к мышечной стенке сердца (миокарду).

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является конечным результатом атеросклероза, который препятствует коронарному кровотоку и уменьшает доставку обогащенной кислородом крови к сердцу.

Сердечный приступ происходит, когда приток крови к сердечной мышце заблокирован, ткань испытывает кислородное голодание, и часть миокарда умирает.

Инфаркт миокарда (сердечный приступ) является одним из наиболее серьезных исходов атеросклероза. Он может произойти по двум причинам:

- **если в атеросклеротической бляшке развивается трещина или разрыв.** Тромбоциты задерживаются в этом участке для герметизации, и формируется сгусток крови (тромб), который блокирует прохождение обогащенной кислородом крови к сердцу;

- **если артерия оказывается полностью заблокирована вследствие постепенного увеличения атеросклеротической бляшки.** Сердечный приступ может возникнуть, если недостаточно богатой кислородом крови проходит через эту зону.

Острый коронарный синдром (ОКС) - это тяжелое и внезапное состояние сердца. Он включает в себя нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда. Нестабильная стенокардия является потенциально серьезным состоянием, при котором возникает затяжной приступ более за грудиной, но анализы крови не показывают признаков повреждения миокарда. Инфаркт миокарда может быть с подъемом и без подъема сегмента ST, когда анализы крови и ЭКГ выявляют неглубокое повреждение сердечной мышцы.

Факторы риска ОКС

К факторам риска ИБС относятся следующие причины:

- **возраст.** Риск ИБС увеличивается с возрастом. Так, около 85% людей, которые умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, имеют возраст старше 65 лет. У мужчин, в среднем, первый сердечный приступ развивается в 66 лет;

- **пол.** Мужчины имеют больший риск развития ИБС и сердечных приступов в более раннем возрасте, чем женщины.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин возрастает после менопаузы, и они начинают больше страдать стенокардией, чем мужчины;

- **генетические факторы и семейная наследственность.** Некоторые генетические факторы увеличивают вероятность развития факторов риска, таких, как диабет, повышенный уровень холестерина и высокое кровяное давление;

- **ожирение и метаболический синдром.** Избыточное отложение жира, особенно вокруг талии, может увеличить риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Ожирение также способствует развитию высокого кровяного давления, диабета, которые влияют на развитие заболеваний сердца. Ожирение является особенно опасным, когда оно является частью метаболического синдрома, преддиабетического состояния, ассоциируемого с заболеваниями сердца;

- **повышенный уровень холестерина.** Липопротеины низкой плотности (ЛПНП) - это холестерин «плохой», ответственный за многие проблемы с сердцем. Триглицериды являются еще одним типом липидов (жировые молекулы), которые могут быть вредны для сердца. Липопротеины холестерина высокой плотности (ЛПВП) - это «хороший» холестерин, который помогает защитить от сердечно-сосудистых заболеваний. Врачи анализируют профиль «общего холестерина», который включает измерения ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов. Соотношения этих липидов могут повлиять на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;

- **высокое артериальное давление.** Нормальные цифры артериального давления - ниже 120/80 мм рт.ст. Высоким артериальное давление считается - больше или равное 140 мм рт.ст. (систолическое), или больше или равное 90 мм рт.ст. (диастолическое). Предгипертонией считается артериальное давление с цифрами 120-139 (систолическое) или 80-89 (диастолическое) - она указывает на повышенный риск развития гипертонии;

- **диабет.** Это заболевание, особенно для людей, чей уровень сахара в крови не очень хорошо контролируется, значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Статистика показывает, что болезни сердца и инсульты



Сердечный разговор с кардиологом

ты являются ведущими причинами смерти у людей с диабетом. Люди с диабетом также имеют высокий риск развития артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии, нарушения свертываемости крови, болезни почек, нарушения функции нервов - каждый из этих факторов может привести к повреждению сердца;

- факторы образа жизни.

Отрицательно влияет сниженная физическая активность. Упражнения обладают рядом эффектов, которые приносят пользу сердцу и кровообращению, в том числе влияют на уровень холестерина и артериального давления и поддержание веса. Люди, которые ведут малоподвижный образ жизни, почти в два раза чаще страдают сердечными приступами по сравнению с людьми, которые регулярно занимаются спортом;

- **курение** - наиболее важный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Оно может вызвать повышение кровяного давления, нарушение липидного обмена. Курение делает тромбоциты очень липкими, тем самым повышая риск тромбообразования. Безусловно, вредные курильщики подвергаются наибольшему риску, но и люди, которые курят «всего лишь» три сигареты в день, имеют высокий риск



поражения кровеносных сосудов, что может привести к нарушению кровоснабжения сердца. Регулярное воздействие пассивного курения также увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний у некурящих;

- **алкоголь**. Пьянство напрямую вредит сердцу. И на самом деле: сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти алкоголиков;

- **диета** может играть важную роль в защите сердца, особенно за счет сокращения пищевых источников транс-жиров, насыщенных жиров и холестерина и ограничения потребления соли, которая способствует высокому кровяному давлению.

Что делать при сердечном приступе

Люди, которые испытывают симптомы сердечного приступа, должны выполнить следующие действия:

● для больных стенокардией: при появлении симптомов **принять одну дозу нитроглицерина** (таблетку под язык или в аэрозольной форме). Затем еще одну дозу - каждые 5 минут, до трех доз, или до уменьшения боли;

● **позвонить в «скорую помощь» или набрать местный номер экстренной службы**. Это должно быть выполнено в первую очередь, если три дозы нитроглицерина не помогают снять боль в груди. Только 20% сердечных приступов происходят у пациентов с ранее диагностированной стенокардией. Поэтому любой человек, у кого развиваются симптомы сердечного приступа, должен связаться с экстренными службами;

● пациент должен **разжевать аспирин (250-500мг)**, о чем нужно сообщить прибывшей экстренной службе, так как дополнительную дозу аспирина в этом случае принимать не нужно;

● **пациент с болью в груди должен быть немедленно доставлен в ближайшее отделение неотложной помощи** на машине «скорой помощи».

Когда пациент обращается в больницу с болями в груди, он должен сообщить подробно обо всех симптомах врачу, которые могут свидетельствовать о проблемах с сердцем или, возможно, наличии других серьезных заболеваний.

Симптомы ОКС

Симптомы сердечного приступа могут быть различными. Они могут возникнуть внезапно и быть выраженными или могут прогрессировать медленно, начиная с легкой боли. Симптомы у мужчин и женщин могут различаться. **У женщин реже, чем у мужчин, бывает классическая боль в груди: они чаще испытывают одышку, тошноту или рвоту, боли в спине и челюсти.**

Но существуют общие признаки и симптомы острого коронарного синдрома. **Боль в груди является главным признаком сердечного приступа.** Может ощущаться, как чувство сдавливания, жже-



Сердечный разговор с кардиологом

ния, сжатия, полноты или боли за грудиной. У пациентов со стабильной стенокардией боль длится несколько минут, а затем уходит. При затяжном сердечном приступе боли обычно длятся в течение более чем нескольких минут, они могут исчезнуть, но затем возвращаются, сопровождаясь тошнотой, рвотой, холодным потом.

Лечение

Методы лечения сердечного приступа и ОКС включают в себя:

- кислородную терапию;
- облегчение боли и дискомфорта с использованием нитроглицерина или морфина;
- блокирование дальнейшего свертывания крови (если возможно), используются аспирин и клопидогрель, а также антикоагулянты (гепарин, эноксапарин и т.д.);
- открытие артерии, в которой произошло нарушение кровотока, нужно произвести как можно быстрее, путем проведения ангиопластики или с помощью лекарств, которые растворяют тромб;
- назначаются лекарственные препараты, чтобы улучшить работу сердечной мышцы и коронарных артерий.

Лекарства для снятия симптомов

Нитроглицерин большинство пациентов будет получать как во время, так и после сердечного приступа, как правило, под язык. Это лекарство снижает кровяное давление и расширяет кровеносные сосуды, увеличивая приток крови к сердечной мышце. Нитроглицерин иногда вводится внутривенно в некоторых случаях (возвратная стенокардия, сердечная недостаточность или высокое кровяное давление).

Морфин не только снимает боль и уменьшает тревожность, но и расширяет кровеносные сосуды, увеличивая приток крови и кислорода к сердцу. Морфин может снизить кровяное давление и облегчить работу сердца.

Также могут быть использованы и другие препараты.

Для устранения препятствия коронарного кровотока применяют

Технология и этапы коронарной ангиопластики

Инфаркт миокарда является результатом несоответствия между потребностью мышцы сердца в кислороде и его доставкой через суженный атеросклеротической бляшкой просвет коронарной артерии или окклюзии артерии.

Цель манипуляции - восстановить кровоток по пораженному сосуду и обеспечить адекватное кровоснабжение мышцы сердца.

Под местной анестезией в паховой области пунктируется бедренная артерия по Сельдингеру.

В артерию вводят интродьюсер, защищая ее от повреждения. Узкую трубку (проводниковый катетер) продвигают через интродьюсер к сосудам сердца.

Через проводниковый катетер вводится контрастное вещество, позволяющее доктору видеть сосуды сердца на экране монитора.

Затем доктор вводит баллонный катетер и, поврежденного сосуда.

Баллон раздувают. Раздуваясь, стенки баллона вдавливают атеросклеротические бляшки в стенки артерии.

экстренную ангиопластику со стентированием или тромболитическую терапию.

При сердечном приступе в коронарных артериях образуются сгустки, которые препятствуют коронарному кровотоку. **Удаление сгустков в артериях нужно провести как можно скорее** - это является наилучшим подходом к улучшению выживания и уменьшает объем повреждения сердечной мышцы. **Пациенты должны поступать в специализированные медицинские центры как можно быстрее.**

Стандартные медицинские и хирургические процедуры включают в себя **ангиопластику** (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)), которая является предпочтительной процедурой для экстренного открытия артерий. **Ангиопластика должна быть выполнена оперативно для пациентов с инфарктом - предпочтительно в течение 90 минут после прибытия в больницу.** В большинстве случаев в коронарную артерию помещается стент, который создает внутренний каркас и улучшает проходимость коронарной артерии.

Ангиопластика включает следующие этапы: сначала устанавливается узкий катетер (трубка) в коронарную артерию, проводится восстановление просвета сосуда при раздувании маленького баллона (баллонная ангиопластика). После сдувания баллона просвет сосуда увеличивается. Чтобы сохранить просвет артерии открытым на длитель-

ное время, используется устройство - коронарный стент. Это расширяемая трубка из металлической сетки, которая имплантируется в артерию во время ангиопластики. Стент может состоять из голого металла и может быть покрыт специальным препаратом, который медленно высвобождается в рядом лежащую стенку сосуда.

Очень важно для пациентов, которым имплантированы стенты с лекарственным покрытием, принимать аспирин и клопидогрель как минимум один год после стентирования, чтобы уменьшить риск образования тромбов. Клопидогрель, как и аспирин, помогает предотвратить слипание тромбоцитов. Если по некоторым причинам пациенты не могут принимать клопидогрель наряду с аспирином после ангиопластики и стентирования, им должны имплантироваться голые металлические стенты без лекарственного покрытия.

Тромболитики растворяют сгусток и являются стандартными лекарствами, используемыми для открытия артерий. Тромболитическая терапия должна быть проведена в течение трех часов после появления симптомов. Пациенты, которые поступают в больницу, не имеющую возможность выполнять ЧКВ, должны получить тромболитическую терапию и быть переведены в центр, выполняющий ЧКВ без задержки.

Операция коронарного шунтирования иногда используется как альтернатива ЧКВ в отсроченном порядке. ☺



Подведены итоги конкурса «Своей профессией горжусь»

АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» сердечно благодарит всех участников краевого фотоконкурса за проявленный интерес к этой инициативе. В общей сложности в Ассоциацию поступило 317 фотографий от 71 специалиста из 24 ЛПО городов и районов Алтайского края.

Высокое качество представленных работ, талант исполнителей, профессионализм медицинских сестер - все это сделало работу конкурсной комиссии сложной и чрезвычайно интересной.

Решением комиссии определены **10 призеров, а правильное сказать - 10 команд:** ведь за победой стоят и умелый организатор, и искусный фотограф, и специалисты, работа которых запечатлена на снимках, и пациенты, которые поддержали инициативу и помогли донести главный смысл профессии медицинской сестры - служение обществу.

Представляем финалистов конкурса:

I место - Людмила Геннадьевна СЕРДЮК, медицинская сестра КГБУЗ «Павловская ЦРБ»;

II место - Людмила Николаевна ВОРОНКОВА, медицинская сестра КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»;

III место - Лилия Николаевна КАУХЕР, медицинская сестра КГБУЗ «Косихинская ЦРБ».

Поощрительные места:

Людмила Анатольевна КОРОБКОВА, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Алена Александровна СВИРИНА, фельдшер-лаборант КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Наталья Владимировна ЖУРАВЛЕВА, фельдшер-лаборант КГБУЗ «Городская больница №6, г. Барнаул»;

Оксана Олеговна ОТСТАВНОВА, медицинская сестра-анестезист КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул»;

Елена Владимировна СПИВАК, медицинская сестра КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г. Барнаул»;

Анастасия Сергеевна ФЛАТ, медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г. Барнаул»;

Оксана Викторовна НИКИФОРОВА, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Завьяловская ЦРБ».

Награждение победителей - членов Ассоциации, согласно Положению о конкурсе, состоялось на краевом семинаре 15 мая 2014 года. На награждении присутствовали главные врачи победителей конкурса - им были вручены благодарности за активное участие и содействие в реализации Программы развития сестринского дела в Алтайском крае: **Олегу Владимировичу АГЕЕВУ**, главному врачу КГБУЗ «Павловская ЦРБ», **Константину Владимировичу СМИРНОВУ**, главному врачу КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» и **Владимиру Михайловичу ИВАНОВУ**, главному врачу КГБУЗ «Косихинская ЦРБ».

По итогам краевого фотоконкурса мы приняли участие во Всероссийском фотоконкурсе, который проводила Российская ассоциация медицинских сестер, где медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая детская больница» **Людмила Николаевна ВОРОНКОВА** заняла

третье место в номинации «Сестринское дело в педиатрии».

Параллельно Ассоциация приняла участие в краевом фотоконкурсе совместно с газетой «Комсомольская правда» «Самая обаятельная медсестра Алтай-2014», по итогам которого победительницей стала **Елена Анатольевна**

ШКЛЯРОВА, палатная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул».

Еще раз примите слова благодарности за участие в конкурсе, сердечные поздравления в адрес победителей! Желаем здоровья, мирного неба, профессиональных успехов и творческих удач! ☺

Президент АРОО ПАСМР **Л.А. ПЛИГИНА**



Л.Г. Сердюк



Л.Н. Воронкова



Л.Н. Каухер



Объединились, чтобы стать

Медицинские сестры - движущая сила перемен

Жизненно важный ресурс здравоохранения

Главная цель Международного дня медицинской сестры 2014 года - подчеркнуть уникальную роль среднего медицинского персонала как важнейшего человеческого ресурса здравоохранения во всем мире.

В наши дни растет понимание того, насколько важно для здоровья населения наличие в каждой стране достаточного числа хорошо подготовленных медицинских кадров с высокой мотивацией.

Будучи самой большой группой медицинских специалистов, непосредственно работающих с населением, медсестры играют огромную роль в охране здоровья общества.

Многочисленные научные исследования показывают, что внедрение эффективных и низкокзатратных технологий сестринского ухода позволит существенно снизить бремя инфекционных заболеваний и сделать большой шаг вперед в достижении Целей тысячелетия.

Отмечая Международный день медицинских сестер проведением конференций, семинаров, профессиональных конкурсов, церемониями посвящений в профессию выпускников сестринских колледжей, мы стремимся показать каким образом качественная сестринская помощь способна изменить к лучшему жизнь конкретного пациента, семьи и целой страны.



Уважаемые коллеги!

*АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» искренне поздравляет вас с профессиональным праздником **Международным Днем медицинской сестры!***

Примите слова признательности за ваш профессионализм, чуткость, доброту и жертвенность в вашем благородном и тяжелом труде! Желаю вам мужества, стойкости, терпения! Пусть вас окружают всегда любовь и уважение, удача и успех, надежда и уверенность!

*С уважением,
Президент АРОО ПАСМР
Л.А. Плигина*

12 мая 2014 год



Май - особенно торжественный месяц. Первомай, 9 Мая - главный праздник россиян День Победы в Великой Отечественной войне.

Сестринское сообщество 12 мая отмечает свой профессиональный праздник - Международный день медицинской сестры.

В этот день в большинстве лечебно-профилактических организаций края, как и во всем мире, проводятся торжественные мероприятия в форме сестринских конференций, посвящений в профессию молодых специалистов сестринского дела, профессиональных конкурсов, которые сопровождаются поздравлениями и вручением различных наград.



Г.П. Кузнецова, главная медицинская сестра КГБУЗ «ДГКБ №7», г. Барнаул

Традиционно нашей Ассоциацией по согласованию советами по сестринскому делу лечебных объединений края отмечаются лучшие медицинские сестры. В этом году вручены 62 почетные грамоты и благодарности.

Особенно хочется отметить, что по примеру сестринского коллектива КГБУЗ «Краевая клиническая больница» многие впервые провели конкурс среди отделений на лучший сестринский коллектив, где главным критерием в оценке были не только производственные показатели, но и профессиональная активность персонала (то есть членство в Ассоциации от 90 до 100%, публикации в СМИ, участие в профессиональных конкурсах и т.д.). Так, по результатам конкурса в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» из 46 отделений 10 были награждены благодарностями и «Библиотеками специалиста» Ассоциации. Надеемся, что этот конкурс будет иметь продолжение и в других сестринских коллективах ЛПО Алтайского края.



профессиональнее и ответственнее

15 мая 2014 года на базе КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» поликлиника «Надежда» при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ассоциация провела **краевой семинар «Доказательная практика сестринского ухода при проведении химиотерапии»**.

Семинар является началом реализации Международного проекта РАМС-ONS (Общество онкологических медсестер) «Совершенствование сестринской помощи при проведении химиотерапии», осуществляемого при грантовой поддержке Благотворительного фонда Бристоль-Майерс Сквибб совместно с АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в здравоохранении Алтайского края. Это четвертый Международный проект в деятельности Ассоциации в регионе (материалы о проекте опубликованы в «Вестнике Ассоциации» в журнале «Здоровье алтайской семьи», апрель 2014г.).



Посвящение в профессию молодых специалистов в КГБУЗ «Городская больница №8», г.Барнаул



В.Н. Захарова, операционная сестра операционный блок КГБУЗ «СКБ»

В работе семинара приняли участие 37 медицинских сестер онкологической службы Алтайского края, в ходе его участники получили теоретическую и практическую подготовку по вопросам современных сестринских вмешательств в сфере

обучения пациентов при проведении химиотерапевтического лечения с целью профилактики побочных эффектов и осложнений. Тестирование слушателей в начале семинара и в заключение показало уровень знаний в области онкологии: в начале - 66% и 84% - в заключение. Это хороший показатель. На участников семинара возложено обязательство обучить коллег - медсестер в своих ЛПО по каскадному методу, а также подать отчет о проделанной работе в АРОО ПАСМР до 15 июня 2014 года. Следует отметить, что слушатели проявили высокий профессиональный интерес и внимание, это подтвердил состоявшийся диалог с вопросами и ответами. В конце семинара всем были вручены сертификаты участников.



Ю.А. Михина, старшая медицинская сестра КГБУЗ «ЦПАК»

В заключение единогласным голосованием принято решение о создании специализированной секции «Сестринское дело в онкологии». Председателем Совета секции избрана Жанна Юрьевна ЧИЧКАНОВА, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».



От имени Правления Ассоциации адресуем слова благодарности за участие в подготовке и проведении семинара главному врачу КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» А.Ф. ЛАЗАРЕВУ, заместителю главного врача по амбулаторно-поликлинической службе В.Д. ПЕТРОВОЙ и главной медицинской сестре Ж.Ю. Чичкановой. ☺

С уважением, Президент АРОО ПАСМР Л.А. ПЛИГИНА

По инициативе Ассоциации в честь Международного дня медицинской сестры активные члены Ассоциации были представлены к наградам Министерства здравоохранения РФ.

Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» награждены Лидия Артуровна НИКЕЛЬ, старший фельдшер центральной подстанции КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул», и **Галина Петровна КУЗНЕЦОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул».

Почетные грамоты МЗ РФ вручены Татьяне Васильевне ЦАРЕВОЙ, главной медицинской сестре КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск», и **Марине Михайловне КАМНЕВОЙ**, главной медицинской сестре КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск».



Есть такая профессия - медицинская сестра!

С 1971 года 12 мая отмечается **Международный день медицинской сестры**. В этот день мы имеем возможность сказать добрые и искренние слова тем, кто, несмотря на погодные условия, дни недели, время суток, с неподдельной искренностью, сердечным теплом и профессионализмом осуществляет свою работу - медицинским сестрам, акушеркам, рентген-лаборантам, фельдшерам-лаборантам, выбравшим такую благородную профессию.

Традиционно в этот праздничный день коллектив Алтайской краевой клинической больницы торжественно принимает в свои ряды молодое пополнение. Торжественная церемония Посвящения в профессию прошла в актовом зале в присутствии представителей всех отделений, администрации больницы, ветеранов, почетных гостей.

Не просто восполнить дефицит среднего персонала, а отобрать лучших из лучших для работы в клинике, обучить их дополнительным практическим навыкам, включить их в лечебно-диагностический процесс, сделать все, чтобы молодые специалисты стали неотъемлемой значимой частью почти тысячного трудового коллектива. Организаторы и участники мероприятия сделали все, чтобы молодые специалисты почувствовали важность и значимость сестринской профессии, ее особый социальный статус.

Церемония открывается Гимном Профессиональной сестринской ассоциации Алтайского края.

С приветственным словом к участникам обратились председатель комитета по здравоохранению и науке АКЗС **Александр ЛАЗАРЕВ**, начальник отдела по вопросам госслужбы и кадрам Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Тамара КОРОСТЫЛЕВА**, директор Барнаульского базового медицинского колледжа **Владимир САВЕЛЬЕВ**, декан факультета ВСО АГМУ **Иван ГОССЕН**, президент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Алтайского края **Лариса ПЛИГИНА**, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи» **Ирина КОЗЛОВА**. Прозвучали поздравления и от администрации больницы: заместителей главного

врача по медицинской части **Дианы РУДАКОВОЙ**, хирургии **Евгения СЛУХАЙ**, экспертизе временной нетрудоспособности **Татьяны БЕДНАРЖЕВСКОЙ**, председателя профсоюзного комитета **Любови СУКОВОТИЦИНОЙ**.

Как свидетельство особого уважения к профессии медицинской сестры - торжественное вручение наград Алтайского края. **Медалями Алтайского края «За заслуги в труде»** награждены медицинские сестры гинекологического отделения **Г.П. ЖУПИКОВА** и **О.В. ХОДЫРЕВА**. Грамотами АКЗС награждены медицинская сестра-анестезист отделения анестезиологии и реанимации **Г.А. ДЕМИДОВА**; операционные медицинские сестры операционного блока **В.Н. ЗАХАРОВА** и **Л.В. ФЕДОРЕНКО**; старшая медицинская сестра отделения рентген-операционных методов диагностики и лечения **Е.А. ВАЙГАНДТ**.

Грамотами Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности отмечены 11 специалистов больницы: **З.А. ГАРИПОВА**, **С.И. ЕРМОЛЕНКО**, **М.А. ЕСИНА**, **Е.Н. КАЛАШНИКОВА**, **Т.В. КУЗНЕЦОВА**, **И.В. ЛУШПА**, **С.П. НОВИКОВА**, **М.И. ОМЕЛЬЧУК**, **Н.В. ФЕДОСОВА**, **Д.В. ХРАМЕНКОВА**, **И.Н. ШИБАНОВА**.

Осознавая свою особую социальную миссию, сестринский коллектив ККБ активно участвует в развитии сестринской профессии, повышении ее общественного престижа. Больница с 2000 года является членом АРОО «ПАСМР»: в большинстве отделений членство составляет более 85-90%, а в некоторых - 100%.

Акушерское отделение патологии беременных, нефрологическое, отоларингологическое, сосудистой хирургии, рентген-операционных методов диагностики и лечения №2, реанимации и интенсивной терапии Центра острых отравлений, приемное, ревматологическое, физиотерапевтическое, эндоскопическое отделения, а также авторы публикаций в краевом медико-социальном журнале

«Здоровье алтайской семьи»: **Л.В. СКЛЯР**, старший рентгенлаборант отделения лучевой диагностики; **М.Н. ШЕШИНА**, старшая медицинская сестра неврологического отделения ОНМК; **Л.А. КОРОБКОВА**, старшая медицинская сестра травматолого-ортопедического отделения №2; **Н.В. ВЕТРОВА**, медицинская сестра-анестезист отделения анестезиологии и реанимации, - отмечены благодарственными письмами от Профессиональной сестринской ассоциации и главного редактора журнала.

Кульминацией торжества стало принятие Клятвы молодого специалиста Алтайской краевой клинической больницы. Молодые специалисты, 69 человек - именно таким числом пополнился коллектив ККБ в этом году, под аплодисменты торжественно поднялись на сцену за членом ПАСМР, наставником, старшей акушеркой акушерского отделения патологии беременных **О.И. БАНЫКИНОЙ**, и повторили исполненные глубоким смыслом слова Клятвы. С ответным словом от принимающих профессиональную эстафету обратилась медицинская сестра кардиологического отделения **Т.В. СИМАКОВА**.

На празднике присутствовали уважаемые ветераны: Заслуженные работники здравоохранения **Л.В. ЗЫБИНА** и **Т.Я. ЕВДОКИМОВА**, Отличник здравоохранения **Л.К. ЕРМАКОВА**, **М.К. ДАНЬШИНА**, **В.Н. КОЖЕВНИКОВА**, **О.А. КРЮКОВА**, **С.Н. МАСЛОВА**, **Н.Г. МАКСИМОВА**, **А.Г. ПЕТРОВА**, **Л.В. ПЫЖОВА**, **В.И. РОЩУПКИНА**, **Л.П. ЧИСТЯКОВА**, **А.А. БАБЕНКОВА**.

Завершающим моментом праздника стало вручение символического Признания пациентам По результатам анкетирования пациентов подразделений, проведенного Советом по сестринскому делу больницы, отмечено отделение острых нарушений мозгового кровообращения. ☺

(Фоторепортаж с мероприятия на обложке)



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



Эпишкола: школа для пациентов с эпилепсией

Этой статьей мы открываем цикл статей «Эпишколы», который поможет родителям, у которых в семье есть ребенок с диагнозом «эпилепсия». Здесь вы найдете ответы на вопросы о причинах этого заболевания, о том как оказать неотложную помощь в случае возникновения приступа, узнаете об ограничениях, перспективах развития, а также о современных подходах к диагностике и лечению эпилепсии.

Что такое эпилепсия. Дневник приступов больного эпилепсией

Эпилепсия известна с древних времен. Долгое время ее считали заразной болезнью, плевали в сторону больного, чтобы очиститься от «инфекции». В Средние века судорожные приступы объясняли вселением дьявола в тело больного. Тот факт, что многие великие люди страдали этим заболеванием (Платон, Сократ, Плиний, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка и другие), породил теорию о «болезни гениальных людей». В XVIII веке эпилепсию, напротив, считали сумасшествием, и больных изолировали в дома для умалишенных. Так, кидаясь из крайности в крайность, медицина двигалась к осмыслению этой болезни.

К настоящему времени эпилепсия не рассматривается как одно заболевание. Известно около 40 ее форм, которые различаются по причинам, дебюту, клиническим проявлениям и прогнозу.

Важно отметить, что **существуют как доброкачественные формы заболевания, так и прогностически неблагоприятные.** Около 70% эпилепсий хорошо поддаются лечению. В большинстве случаев интеллект больных контролируемой эпилепсией остается нормальным на протяжении всей жизни.

Эпилепсия - это группа заболеваний с высокой предрасположенностью к повторным эпилептическим приступам.

Эпилептический приступ - это транзиторное проявление симптомов, вызванных аномальной нейрональной активностью головного мозга. Приступы при эпилепсии всегда ограничены по времени и имеют четкое начало и завершение. Клинические проявления приступов очень многообразны и зависят от локализации эпилептического очага и путей распространения эпилептического возбуждения в головном мозге. Во время эпилептических приступов могут нарушаться сенсорные, двигательные и вегетативные функции, сознание, эмоциональный статус, память, речь, поведение человека.

Однако далеко не каждые судороги у детей являются симптомом эпилепсии. Любой ребенок может перенести симптоматический судорожный приступ при высокой температуре тела, после вакцинации, при тяжелой черепно-мозговой травме, нейроинфекции, недостаточности минералов (кальция), низком уровне сахара в крови (при сахарном диабете), отравлении, электротравме, солнечном ударе.

При наличии однократного эпизода судорог всегда нужно обратиться к педиатру и неврологу по месту жительства.



Елена Сергеевна АЗАРОВА,
врач-невролог, высшая квалификационная категория, эпилептолог, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»



ства, чтобы установить причину судорог. Важно помнить, что судороги могут быть первым признаком серьезной патологии головного мозга (менингита, энцефалита, внутримозгового кровоизлияния, опухоли и др.). Только при отсутствии явных провоцирующих факторов, особенно при повторных приступах, необходимо исключать течение у ребенка эпилепсии.

Для подтверждения диагноза эпилепсии, определения риска повторения приступов и дальнейшей тактики медицинского наблюдения ребенок направляется на консультацию к эпилептологу (врачу-неврологу со специализацией по эпилептологии).

Эпилептологу для уточнения диагноза «эпилепсия» необходимо предоставить все данные по симптомам (приступным состояниям) и течению заболевания (выписки и результаты предварительных обследований). Важно рассказать все подробности приступов:

- ♦ в какое время суток отмечались: во сне или бодрствовании;

- ♦ описать подробно характер приступов (например, при моторном приступе: в какой части тела отмечаются судороги, распространяются ли они на все тело; больше тянет тело, трясет или дергает);

- ♦ отметить уровень сознания во время приступов (может быть полностью сохранно - ребенок абсолютно адекватно может контактировать, отвечать на вопросы и выполнять просьбы и инструкции; частично сохранно - при этом чаще нарушается речевой контакт, дети дезориентированы, могут автоматически совершать стереотипные действия, но при этом есть элементы зрительного и слухового сосредоточения на обращении; сознание отсутствует - нет никакой реакции на окружающих);

- ♦ постприступное состояние (чаще отмечаются слабость, сонливость, продолжительный или кратковременный сон; реже - психомоторная возбудимость).

Только на основании анализа предоставленной информации по течению заболевания специалист может поставить окончательный диагноз. Для более точного определения характера пароксизмальных состояний всегда помогает видеозапись приступов, которую сейчас легко сделать с помощью мобильного телефона или другого видеоустройства.

Дополнительные методы обследования, такие, как ЭЭГ (рутинная и видеомониторинг), помогают уточнить форму течения эпилепсии, генез приступов.

Вариант заполнения дневника приступов в приложении «ЭпиДень»

Рекомендованная схема приема	мг.	в сутки	начало	окончание
Дозировка Карбамазепина	1000 мг	1	02.07.2013	-
Дозировка Карбамазепина	1000 мг	1	01.07.2013	-
Дозировка Карбамазепина	500 мг	2	01.07.2013	01.07.2013
Дозировка Карбамазепина	500 мг	2	15.06.2013	-

Дата	Время	Тип	Длительность	Состояние	Примечания
02.07.2013	10:00	Т	2	С	
02.07.2013	18:00	Т	2	С	
03.07.2013	08:00	Т	2	С	
03.07.2013	18:00	Т	2	С	
04.07.2013	08:00	Т	2	С	
04.07.2013	18:00	Т	2	С	
05.07.2013	08:00	Т	2	С	
05.07.2013	18:00	Т	2	С	
06.07.2013	08:00	Т	2	С	
06.07.2013	18:00	Т	2	С	
07.07.2013	08:00	Т	2	С	
07.07.2013	18:00	Т	2	С	
08.07.2013	08:00	Т	2	С	
08.07.2013	18:00	Т	2	С	
09.07.2013	08:00	Т	2	С	
09.07.2013	18:00	Т	2	С	
10.07.2013	08:00	Т	2	С	
10.07.2013	18:00	Т	2	С	
11.07.2013	08:00	Т	2	С	
11.07.2013	18:00	Т	2	С	
12.07.2013	08:00	Т	2	С	
12.07.2013	18:00	Т	2	С	
13.07.2013	08:00	Т	2	С	
13.07.2013	18:00	Т	2	С	
14.07.2013	08:00	Т	2	С	
14.07.2013	18:00	Т	2	С	
15.07.2013	08:00	Т	2	С	
15.07.2013	18:00	Т	2	С	
16.07.2013	08:00	Т	2	С	
16.07.2013	18:00	Т	2	С	
17.07.2013	08:00	Т	2	С	
17.07.2013	18:00	Т	2	С	
18.07.2013	08:00	Т	2	С	
18.07.2013	18:00	Т	2	С	
19.07.2013	08:00	Т	2	С	
19.07.2013	18:00	Т	2	С	
20.07.2013	08:00	Т	2	С	
20.07.2013	18:00	Т	2	С	
21.07.2013	08:00	Т	2	С	
21.07.2013	18:00	Т	2	С	
22.07.2013	08:00	Т	2	С	
22.07.2013	18:00	Т	2	С	
23.07.2013	08:00	Т	2	С	
23.07.2013	18:00	Т	2	С	
24.07.2013	08:00	Т	2	С	
24.07.2013	18:00	Т	2	С	
25.07.2013	08:00	Т	2	С	
25.07.2013	18:00	Т	2	С	
26.07.2013	08:00	Т	2	С	
26.07.2013	18:00	Т	2	С	
27.07.2013	08:00	Т	2	С	
27.07.2013	18:00	Т	2	С	
28.07.2013	08:00	Т	2	С	
28.07.2013	18:00	Т	2	С	
29.07.2013	08:00	Т	2	С	
29.07.2013	18:00	Т	2	С	
30.07.2013	08:00	Т	2	С	
30.07.2013	18:00	Т	2	С	
31.07.2013	08:00	Т	2	С	
31.07.2013	18:00	Т	2	С	



Тоническая фаза



Клоническая фаза

Нейровизуализация (МРТ головного мозга) показана большим эпилепсией с подозрением на структурную патологию головного мозга (опухоль, киста, врожденная мальформация, корковая дисплазия), которая может являться причиной заболевания.

Выбор антиэпилептического препарата зависит от формы эпилепсии. Лечение эпилепсии проводится под наблюдением врача-эпилептолога. Медикаментозная терапия - длительная (многолетняя), часто требует коррекции с учетом динамики заболевания и контроля за побочными эффектами.

При повторных приступах, нестабильном течении заболевания для предоставления доктору полной информации по течению заболевания и для подбора эффективной терапии целесообразно вести дневник или календарь приступов. Дневник приступов - это запись данных о дате, времени, характере, продолжительности эпилептических приступов у пациента.

Хочу также обратить ваше внимание на мобильное бесплатное приложение - «ЭпиДень» (вариант современного дневника приступов), которое предоставляет возможность:

- ♦ быстро и просто фиксировать приступы в любом месте и в любое время;
- ♦ получать напоминания о необходимости принятия лекарственных препаратов с указанием названия лекарства и дозы приема;
- ♦ устанавливать напоминания о предстоящих визитах к врачу;
- ♦ формировать отчет для врача «в один клик» (с возможностью отправить отчет по e-mail).

«ЭпиДень» - бесплатное приложение, использование которого не требует дополнительного обучения и которое работает на всех устройствах, использующих платформы iOS и Android.

Чтобы помочь пациентам и их родителям повысить эффективность коммуникации с врачами, в Алтайском крае организована работа «Эпишколы для пациентов с эпилепсией». Занятия будут проводиться 1 раз в 2 месяца. Информацию о программе, дате, месте проведения можно узнать, отправив заявку на epischool@bk.ru.

Общую специализированную информацию по эпилепсии можно получить на портале информационной поддержки пациентов и их близких www.epilepsyinfo.ru.



Как непросто быть родителем



Наталья Сергеевна АНТОНЕНКО,
психолог, КГБУСО
«Краевой социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»

Рождение ребенка является одним из самых светлых моментов в жизни практически у каждого родителя. Казалось бы, нет людей ближе и роднее друг другу, чем дети и родители.



Как же тогда так получается, что эти, такие близкие и родные друг другу, люди причиняют боль, перестают друг друга понимать, а порой даже и «слышать»? Чья в этом вина и как избежать конфликтов, и непонимания? В чем основные причины конфликтов?

Одна из основных функций родителей - воспитательная, и, пытаясь ее осуществить, родители зачастую стараются переделать детей под себя, относясь к ним как к своей собственности, забывая о том, что ребенок - это независимая личность, имеющая свои интересы, предпочтения и желания. Но ведь ребенок не обязан оправдывать ожидания родителей. Он имеет право идти своим собственным путем.

Безусловно, дети не всегда ведут себя так, как нам бы хотелось. И порой воспитывать их - дело совсем не легкое. **Но разве не это одна из основных задач родителей - показывать детям в доступной форме, без оскорблений и грубости, как должен вести себя взрослый человек?**

Все семьи разные и в каждой семье - свои собственные проблемы, однако на практике можно убедиться в том, что зачастую родители хотят видеть в детях то, чего они не имеют сами. Но ведь дети учат-

ся манере общения и поведения, в первую очередь, у нас. И если мы хотим получить что-то от своего ребенка, хотелось бы, чтобы сначала каждый из нас взглянул на себя со стороны. Поведение родителей - пример для детей. **В большей степени дети воспринимают личный пример родителей, нежели наставления, разнящиеся с их собственным поведением.**

В реалиях современного мира мы испытываем довольно сильный стресс и порой выливаем на ребенка накопившиеся наши усталость и раздражение. Как следствие, мы получаем раздражительных, не способных решать ситуации мирным путем детей. Нам не нравится, что дети проводят много времени за компьютером, но сколько времени мы сами находимся с телевизором или компьютером наедине, забывая о том, что ребенку требуются внимание, участие, поддержка? **Зачастую, лишь уделив ребенку чуточку больше внимания, мы можем избежать многих проблем.**

Если ребенок выводит вас из себя, **гораздо эффективнее сказать о том, какие чувства у вас вызывает ситуация, чем указывать на «изъяны» в его поведении.** К примеру, вместо: «Ты опять измазался, как поросенок» - можно сказать: «Меня очень расстраивает, когда к вечеру твоя одежда так сильно загрязняется».

Дети тоже имеют свои собственные чувства и совершенно по-разному реагируют на высказывания родителей. **Важно уметь говорить так, чтобы ребенок нас услышал, и самыми лучшими помощниками в этом для нас являются «я-высказывания», когда мы говорим о себе от первого лица.** Пользуясь «ты-высказываниями», мы лишь указываем нашим детям на их несовершенство и заставляем их чувствовать себя



Мир без границ

неуверенно. Гораздо большего можно добиться, говоря о себе. Сделав это лишь для примера, вы увидите, что ваш ребенок не такой уж и маленький и порой может дать вам совет, которого вы от него не ожидали. Более того, **использование «я-высказываний» дает возможность избежать навешивания «ярлыков»**, что даст вашему ребенку развиваться более свободно и воспринимать вас как источник поддержки, а не наставлений.

Другим маленьким секретом построения эффективного общения является **как можно более редкое использование частицы «не»**: ведь говоря «не кричи», «не бегай», «не отвлекайся», мы лишь усиливаем акцент на том, чего делать не надо, в то время как цель-то у нас совсем другая - привлечение внимания ребенка. Гораздо эффективнее будет сказать: «Послушай меня, пожалуйста», «Давай сейчас посидим тихонько». И при этом важно говорить в позитивном ключе. Вместо: «Вечно у тебя все из рук валится» - можно сказать: «Будь, пожалуйста, повнимательнее». Поверьте, ребенок будет вам за это очень благодарен.

Хотите, чтобы ваши дети были здоровыми? А вы сами делаете зарядку? Хотите, чтобы ребенок был трудолюбивым? **Не лишайте его участия в семейном труде**, не делите труд на мужской и женский. Хотите, чтобы у него была счастливая семья? **Будьте счастливы сами!**



Но какими бы хорошими родителями мы ни были, **иногда каждому из нас нужен взгляд со стороны. И в этом может помочь профессиональный психолог.** В краевом социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних «Солнышко» работают четыре специалиста, каждый из которых способен помочь вам как в решении вопросов, связанных с детско-родительскими отношениями, так и в индивидуальных запросах, где в ходе теплого непринужденного разговора с психологом мы вместе найдём выход из сложившейся ситуации.

Рады будем видеть вас по адресу: г.Барнаул, ул.Смирнова, 79г. Часы работы КГБУСО «Краевой социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Солнышко»: с 8.30 до 17.15, обед с 12.30 до 13.00. Записаться на консультацию можно по телефону: (3852) 33-25-37. ☎

На правах социальной рекламы

Нам не нравится, что дети проводят много времени за компьютером, но сколько времени мы сами находимся с телевизором или компьютером наедине, забывая о том, что ребенку требуется внимание, участие, поддержка? Зачастую, лишь уделив ребенку чуточку больше внимания, мы можем избежать многих проблем.



Развивая моторику, развиваем интеллект



**Наталья Викторовна
ДОРОФЕЕВА,**

заместитель заведующего по учебно-воспитательной работе, МБДОУ «Центр развития ребенка - детский сад №173», г.Барнаул

Развивая моторику, мы создаем предпосылки для становления многих психических процессов. Регулярные занятия по кинезиологической программе позволяют активизировать межполушарное взаимодействие, развивать комиссуры (межполушарные связи), через которые полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация работы полушарий.

Известный советский педагог В.А. Сухомлинский утверждал, что «ум ребенка находится на кончиках его пальцев». Сотрудники Института физиологии детей и подростков Академии психологических наук установили, что уровень развития психических процессов находится в прямой зависимости от степени сформированности тонкой моторики рук. Выдающийся физиолог И.М. Сеченов считал: «Неподвижный глаз так же слеп, как неподвижная рука». Работы других русских физиологов доказали влияние манипуляций рук на функции высшей нервной деятельности, развитие речи. Следовательно, **развивающая работа должна быть направлена снизу-вверх - от движения к мышлению**, а не наоборот.

Также **доказано существование тесной взаимосвязи между координацией тонких движений пальцев рук и речью**. То есть речевая деятельность развивается под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук. И, в свою очередь, уровень развития речи всегда находится в прямой зависимости от степени развития тонких движений пальцев рук.

Для определения уровня развития речи детей первых лет жизни разработан следующий метод: ребенка просят показать один пальчик, два пальчика и три. Дети, которым удаются изолированные движения пальцев, - говорящие дети. Если пальцы напряженные, сгибаются и разгибаются только вместе или, напротив, вялые и не дают изолированных движений, то это не говорящие дети. До тех пор пока движения пальцев не станут свободными, развития речи и, следовательно, мышления добиться не удастся.

Тренировать пальцы рук можно уже с 6-месячного возраста. Простейший метод - массаж: поглаживание пальцев рук в направлении от кончиков пальцев к запястью. Можно использовать и простейшие упражнения: брать каждый пальчик ребенка по отдельности и сгибать и разгибать его. Упражнение обеих рук

проводят 2-3 минуты ежедневно. При такой тренировке речевые области будут формироваться в обоих полушариях мозга.

С 10-месячного возраста можно давать малышу перебирать сначала более крупные и яркие предметы, затем - более мелкие. Задолго до открытия учеными взаимосвязи руки и речи еще наши предки придумали и передавали из одного поколения в другое народные потешки: «Сорока-белобока», «Мальчик-с-пальчик», «Ладушки-ладушки» и т.д.

Под влиянием кинезиологических тренировок в организме наступают положительные и структурные изменения. При этом, чем более интенсивна нагрузка (но оптимальна для данных условий), тем значительнее эти изменения. Сила, равновесие, подвижность, пластичность нервных процессов осуществляются на более высоком уровне. Совершенствуется регулирующая и координирующая роль нервной системы. Данные методики позволяют выявить скрытые способности человека и расширить границы возможности деятельности его мозга.

Развивающая кинезиологическая программа

Она направлена на развитие логического, творческого мышления и межполушарных связей у детей.

Занятия длятся 20-25 минут. Они должны проходить ежедневно, желательно - утром. Их длительность по одному комплексу упражнений составляет 45-60 дней.

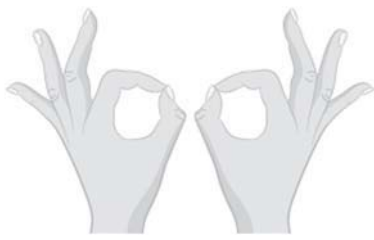
Упражнения для развития межполушарных связей

Этот комплекс рассчитан на 8 недель.

«Колечко»

Поочередно и как можно быстрее перебирайте пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем плавно и поочередно последовательно указательный, средний и т.д. Проба выполняется в прямом (от указатель-





ного пальца к мизинцу) и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. Вначале методика выполняется каждой рукой отдельно, затем вместе.

«Кулак - ребро - ладонь»

Ребенку показывают три положения руки на плоскости стола, последовательно сменяющих друг друга:



- ладонь на плоскости;
- ладонь, сжатая в кулак;
- ладонь ребром на плоскости стола;
- распрямленная ладонь на плоскости стола.

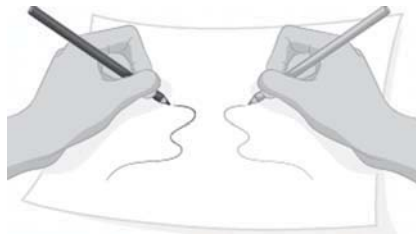
Ребенок выполняет пробу вместе с педагогом, затем по памяти в течение 8-10 повторений моторной программы. Проба выполняется сначала правой рукой, затем - левой, затем - двумя руками вместе. При усвоении программы или при затруднениях в выполнении педагог предлагает ребенку помогать себе командами («кулак - ребро - ладонь»), произносимыми вслух или про себя.



«Лезгинка»

Левая рука сложена в кулак, большой палец отставлен в сторону, кулак развернут пальцами к себе. Правая рука прямой ладо-

ню в горизонтальном положении прикасается к мизинцу левой. После этого одновременно меняется смена правой и левой рук в течение 6-8 смен позиций. Добиваться высокой скорости смены положений.



«Зеркальное рисование»

Положите на стол чистый лист бумаги. Возьмите в обе руки по карандашу или фломастеру. Начните рисовать одновременно обеими руками зеркально-симметричные рисунки, буквы. При выполнении этого упражнения почувствуете, как расслабляются глаза и руки. Когда деятельность обоих полушарий синхронизируется, заметно увеличится эффективность работы всего мозга.



«Ухо - нос»

Левой рукой возьмитесь за кончик носа, а правой рукой - за противоположное ухо. Одновременно отпустите ухо и нос, хлопните в ладоши, поменяйте положение рук «с точностью до наоборот».

«Змейка»

Соедините ладони, сцепите пальцы в замок, выверните руки к себе. Двигайте указанным кинезиологом пальцем. Палец должен двигаться точно и четко. Прикасаться к пальцу нельзя. Последовательно в упражнении должны участвовать все пальцы обеих рук.



зиологом пальцем. Палец должен двигаться точно и четко. Прикасаться к пальцу нельзя. Последовательно в упражнении должны участвовать все пальцы обеих рук.

«Горизонтальная восьмерка»

1-я, 2-я неделя занятий. Упереться языком во рту в зубы, «стараясь их вытолкнуть наружу». Расслабить язык. Повторить 10 раз.

Прижимать язык во рту то к левой, то к правой щеке. Повторить 10 раз.



Удерживая кончик языка за нижними зубами, выгнуть его горкой. Расслабить. Повторить 10 раз.

3, 4, 5, 6-я неделя занятий. Вытянуть перед собой правую руку на уровне глаз, пальцы сжать в кулак, оставить вытянутыми указательный и средний. Нарисовать в воздухе этими пальцами знак бесконечности как можно большего размера. Когда рука из центра этого знака пойдет вверх, начните слежение немигающими глазами, устремленными на промежуток между окончаниями этих пальцев, не поворачивая головы.

Те, у кого возникли трудности в прослеживании (напряжение, частое моргание), должны запомнить отрезок «горизонтальной восьмерки», где это случается, и несколько раз провести рукой, как бы заглаживая этот участок. Необходимо добиваться плавного движения глаз без остановок и фиксаций. В месте остановки потери слежения нужно провести рукой несколько раз «туда-обратно» по линии «горизонтальной восьмерки».

7-я, 8-я неделя занятий. Одновременно с глазами следить за движением пальцев по траектории горизонтальной восьмерки хорошо выдвинутым изо рта языком. ☺



Хирурга отличает высочайшее ЧУВСТВО ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Кафедра общей хирургии АГМУ основана в конце августа 1956 года. Ею заведовали в разные годы доцент П.П. РАХТАНОВ, Заслуженный деятель науки профессор Ю.М. ДЕДЕРЕРА. Принятие кафедры от таких корифеев медицины в 1985 году для Владимира Ивановича ОСКРЕТКОВА означало большую ответственность и доверие уважаемых учителей.

Сегодня перечисление регалий В.И. Оскреткова - непростая задача. И все же рискнем. Владимир Иванович с 1985 года заведует кафедрой общей хирургии, является доктором медицинских наук, профессором, директором клиники общей хирургии, членом правления Российского общества эндоскопических хирургов, герниологов и хирургов, гастроэнтерологов России, членом редакционных коллегий нескольких медицинских журналов, академиком Нью-Йоркской академии наук, академиком Международной медицинской академии «Share memory academy», Лауреатом премии Алтайского края в 2000 году и главы Администрации г. Барнаула в 2000 году.

...Мы разговариваем в обычном рабочем кабинете - мебель, компьютер, принтер. Рабочий кабинет доктора имеет другое несомненное достоинство: вдоль стены стоит шкаф с видеозаписями всех проводимых в клинике операций и научной литературой. Это поистине бесценный учебный материал для коллег и студентов, вместивший опыт многих лет работы всей кафедры общей хирургии АГМУ.

- Владимир Иванович, сколько лет вы связаны с университетом?

- С 1965 года - значит, почти полвека.

- Запомнилось, с чего все начиналось?

- Я проработал в Залесово в районной больнице хирургом 2,5 года. Потом был переведен в краевую больницу для организации краевого ожогового центра, работу которого я возглавлял несколько лет. Затем профессор **А.В. ОВЧИННИКОВ** пригласил меня на кафедру госпитальной хирургии нашего медицинского института. Сначала я был совместителем, затем стал ассистентом кафедры, далее - доцентом. Потом возглавил кафедру общей хирургии (после ухода на пенсию профессора Юрия Михайловича Дедерера), защитил в Москве докторскую диссертацию.

- Почему для вас, практикующего хирурга, оказалось важным преподавать в вузе?

- Если честно, даже не думал над тем, важно это или нет. Всегда было интересно решать конкретные задачи. А тогда профессор А.В. Овчинников предложил



разработать технологию операции при сужении желудка. Это могло помочь больным. Я стал ее разрабатывать и увлекся. На самом деле нельзя оторвать один вид деятельности от другого, в жизни они одинаково важны. Начинается все с интереса к конкретному вопросу, а потом такой напряженный темп становится привычным. И однажды оказывается, что если приходишь домой не уставшим, если вдруг такое случается, становится не по себе, потому что уверен: такого не должно быть ни при каких обстоятельствах. Привычнее прийти выработанным, чтобы сил уже не было ни на что. Это относится к представителям моего поколения. А о сегодняшних студентах могу с грустью сказать, что у них интерес к хирургии падает с каждым годом. Например, раньше был конкурс среди студентов, желающих заниматься в хирургическом кружке, сейчас они неохотно делают такой выбор, редко распределяются хирургами после получения диплома. Объяснения можно найти: ответственность высокая, работа очень напряженная, а вот зарплата низкая, не соответствует затратам физических и моральных сил. Можно преподавать и не заниматься лечебной работой на других специальностях - в хирургии это невозможно. Наша ка-



федра является по существу настоящей клиникой благодаря тому, что нет разделения между врачами и преподавателями. Доценты ведут больных. Бывшие кружковцы становятся нашим пополнением, приходят на работу в качестве врачей отделения. Поэтому нам легко находить взаимопонимание внутри коллектива - случайных людей у нас нет.

- Какие качества, черты характера должны обязательно присутствовать у хирурга?

- Высочайшее чувство ответственности! Оно, прежде всего, отличает хирурга от других. Приходя в операционную, мы рискуем не своей жизнью. Когда говорят, что хирург взялся за операцию, - это придумки писателей! Что значит «взялся»? Он не себя оперирует, а чужого человека. И отвечает за эту жизнь. Если есть хоть какой-то шанс для спасения, хирург обязан его использовать, взвесить все «за» и «против». Это очень сложные переживания. В хирургии так сложилось: с каждым больным излечиваешься и с каждым больным умираешь. Профессор Гуляев говорил: «Хирург - это вооруженное лицо, и, как всякое вооруженное лицо, он опасен, если применяет свое оружие не так, как следует, и не там, где надо». Эту опасность может изменить только осторожный, взвешенный подход хирурга при принятии решений в ежедневной работе.

- Хирург должен учиться в течение всей жизни?

- Совершенно верно. У меня дома комната отдана под библиотеку - вдоль стены на стеллаже стоят в два ряда книги, и я хорошо ориентируюсь, на какой полке и в каком месте стоит та или иная книга, поскольку часто приходится ими пользоваться. Научная литература быстро устаревает. К счастью, теперь помогает Интернет в поиске необходимой информации. Даже во время работы бывают ситуации, когда экстренно нужно найти ответ на возникший вопрос. У каждого больного свои особенности протекания болезни. Бывает, что ее проявления действительно уникальны.

Хорошо, что университет прекрасно оснащен компьютерной техникой - это помогает в работе. А в клинике мы оперируем каждый день, кроме субботы и воскресенья. Ход лечения каждого больного обязательно обсуждаем. Это тоже важная составляющая учебного процесса для молодых врачей. Каждый врач, который считает необходимым провести операцию конкретному больному, рассказывает о ее порядке. Старшие коллеги советуют, корректируют услышанную информацию.

- Можно определить, будет ли студент в будущем хирургом?

- Прежде всего, это профессия для тех, кто ответственно относится к учебе. Почти всегда такой человек в дальнейшем ответственно и работает. Хотя от разочарований никто не защищен: начинает молодой врач самостоятельно работать, теорию знает хорошо, а практика не идет. В таких случаях, чтобы человек не потерялся, помогаю ему устроиться в другие разделы медицины.

- Ваша специализация - операции на желудке?

- В нашем городском центре эндоскопической хирургии мы оперируем все от пищевода до прямой кишки включительно. Все операции выполняются закрытым эндоскопическим способом. Являемся одними из лидеров

в этой области в России, а по хирургии пищевода - и за рубежом.

- Взгляд на жизнь у хирурга меняется по мере роста его профессионализма?

- Нет, я никогда не рассматриваю человека как анатомическую структуру. В то же время нередко вижу внешние проявления болезни, о которых человек еще не подозревает. Если ситуация позволяет, обращаюсь, объясняю, к какому специалисту следует прийти на прием. Особенность в другом. Круг общения для многих из нас ограничивается профессиональными интересами. По существу, медицине посвящается жизнь. Интересами дела продиктовано решение не говорить о политике, партиях и прочем в течение рабочего дня. Мы не имеем права отвлекаться на это, потому что должны решать задачи, касающиеся человеческой жизни - самого главного. За пределами больницы - пожалуйста, обсуждайте любые проблемы.

- Над вашим столом - портрет учителя?

- Да, это портрет Анатолия Витальевича Овчинникова. Он приехал в Барнаул, когда организовывался медицинский институт, по существу создавалась научная хирургия на Алтае. На этих портретах - другие два основоположника хирургии: **Петр Петрович РАХТАНОВ**, был первым ректором, доцентом, заведовал нашей кафедрой, и **Израиль Исаевич НЕЙМАРК**, возглавивший кафедру факультетской хирургии. Они - ученики академика **МЕЛЬНИКОВА**, дружили между собой очень хорошо. Помню, что на обходах Анатолий Витальевич устраивал каждому сотруднику разнос. Он был очень требователен к тем, кого считал перспективным врачом: «Если я считаю, что что-то можно сделать, я с этим человеком работаю». Также делал Мельников, его учитель. На Алтае всегда много было и остается хороших людей.

- Ваши дети стали врачами?

- Внучка в прошлом году окончила интернатуру, работает врачом. Сына не смог увлечь профессией. Он стал пилотом - летает, большей частью на Севере. Две племянницы в Москве работают врачами.

Скажу о другом. Мы живем в непростое время. Сейчас учу ребят и знаю, что многие из них никогда не будут работать в медицине, потому что зарплата начинающего врача невыносимо низкая. Поэтому дефицит кадров в медицине огромный. Студенты вынуждены подрабатывать медбратом, барменом, упаковщиком. Понимаете? Говорю о студентах-дипломниках. Но я доволен тем, что остаются в медицине высокопрофессиональные, подготовленные специалисты. В клинике работает много прекрасно подготовленных эндоскопических хирургов - профессор **В.А. ГАНКОВ**, доцент **А.А. ГУРЬЯНОВ**, доцент **А.Р. АНДРЕАСЯН**, кандидат медицинских наук **В.В. МАНШЕТОВ**, **В.В. ФЕДОРОВ**, **С.П. БУБЕНЧИКОВ**, **Н.М. МАЛЬЦЕВ**. Хорошо подготовлены анестезиологи.

У нас на кафедре работают несколько поколений, значит, преемственность позволит развиваться и в дальнейшем.

- Что считаете для себя самым главным в работе руководителя кафедры?

- Всегда стремиться к тому, чтобы коллектив был сильным, чтобы каждый был профессионалом и воспитывал свою смену. ☺

Лариса Юрченко





Хорошая осанка - показатель не только здоровья, но и красоты

О важности формирования (именно формирования!) хорошей осанки - наш разговор с Арсеном Ашотовичем ОСИПОВЫМ, доктором медицинских наук, профессором, главным внештатным детским травматологом-ортопедом Алтайского края.

- В начале разговора давайте уточним, что такое осанка. **Осанка - это привычное вертикальное положение тела человека.** Она не дается человеку заранее - с рождения, осанка должна формироваться осознанно и в процессе роста человека. Она может быть изменчивой, часто зависит от настроения. Замечали, что от переживаний человек сутулится больше? Но если нет патологии, изменится настроение - и человек распрямится.

- То есть хорошая осанка - это не «дар природы»?

- Когда мы говорим об осанке детей, надо понимать, что в ее формировании обязательно должны участвовать родители. Когда ребенок только родился, он не может стоять, поэтому у него осанки нет. Ситуация меняется, как только ваш ребенок начинает держать голову: у него формируется первый изгиб позвоночника - шейный лордоз. В шесть месяцев ребенок начинает сидеть - формируется грудной кифоз, изгиб позвоночника назад. Наконец, вместе с освоением ходьбы формируется поясничный лордоз.

Нормальной считается осанка, когда все названные изгибы позвоночника развиты равномерно и одинаково.

- Можно ли дома контролировать нарушения осанки и профилактировать их признаки?

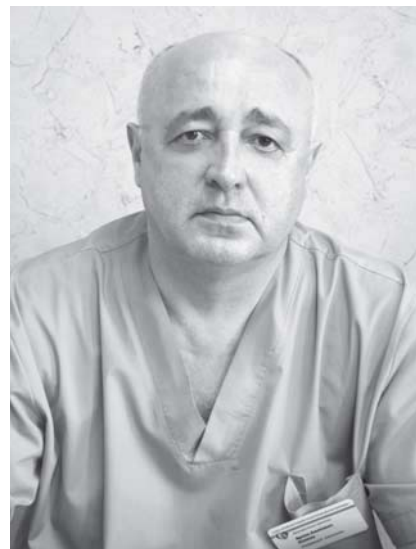
- Есть методика, позволяющая оценить правильность формирования осанки ребенка. Для этого используется всем известный отвес. **Ребенок стоит в привычном положении, отвес касается за-**

тылочного бугра и падает вниз. В норме он должен коснуться грудного кифоза и крестца. При этом отвес должен остаться ровным. Если это так, значит, все изгибы позвоночника развиты правильно и в одинаковой степени.

Когда ребенок растет, посещает детский сад, затем школу, он начинает больше заниматься за столом, партой и находится в положении сидя достаточно долго. Именно в это время надо уделить особое внимание осанке. Мы живем в век компьютерной техники. Как следствие, ребенок увлечен играми, предпочитая это занятие активным прогулкам, спортивным тренировкам.

Родители должны обратить внимание на следующее. **Во-первых, ребенок должен сидеть за компьютером не на каком-нибудь фортепианном стуле, а в нормальном офисном кресле с высокой спинкой.** При этом он должен полностью опираться на спинку стула. **Во-вторых, расстояние между столешницей и грудной клеткой должно равняться ширине ладони ребенка.** Уровень столешницы должен совпадать с мечевидным отростком грудины. **Когда ребенок пишет, свет обязательно должен падать слева** (если ребенок - левша, свет должен падать справа). Наконец, **угол листа должен быть направлен в центр грудины.** При выполнении этих простых правил вам удастся сформировать правильную осанку ребенка.

Если ребенок длительно просматривает телевизионные программы, лучше при этом ему **лежать на животе с опорой на согнутые в локтях руки** и таким



образом снять осевую нагрузку на позвоночник.

- Какие признаки нарушения осанки можно выделить?

- Остановимся на распространенных нарушениях осанки у детей, чаще всего приобретаемых в школьные годы. Они могут быть **возрастными** (легко корректируемыми) и **патологическими** (требующими внимания врача).

Если дети часто поднимают перед собой тяжести или ходят с сумкой - не с ранцем, спина становится сутулой. **Сутулая спина** бывает у девочек в возрасте 11-12 лет, когда начинают расти молочные железы. Так они скрывают свои изменения и поэтому начинают сутулиться. Также и парни в подростковом возрасте начинают сутулиться, когда хотят, чтобы их плечи казались шире. В данном случае нарушение осанки считается возрастным. **Это не болезнь, но требуется коррекция осанки с помощью занятий физкультурой, необходимо изменение отношения к себе.**

Патологическим, болезненным считается состояние, обозначаемое названием **«плоская спина»**. При «плоской спине» **отвес**, о котором мы говорили выше, **коснется толь-**



ко затылочного бугра и крестца. Это плохое нарушение осанки, ведущее к развитию сколиоза и ряду других серьезных заболеваний. Когда детям ставится такой диагноз при профилактических осмотрах в школе, детском саду, родителям надо отнестись к нему серьезно: такие дети должны обязательно состоять на диспансерном учете.

Если диагностируется нарушение осанки в виде **круглой спины**, следует также принимать меры к исправлению ситуации. У таких детей **отвес касается всех основных точек, но изгибается назад.** Такие дети подвержены развитию болезни Шейерманна-Мау. По негативным последствиям она стоит в одном ряду со сколиозом.

При диагнозе «плоская спина» ребенок должен спать на перине, на мягкой постели, чтобы у него спина буквально проваливалась в мягкую среду. В этом случае мышцы спины расслабляются. Таким детям врач обязательно назначает гимнастику для мышц грудного пресса, которая выполняется в положении лежа на спине.

Если «спина круглая», тогда показан сон на жесткой постели и, соответственно, укрепление мышц спины и живота с помощью специальных упражнений.

Все другие виды нарушения осанки считаются возрастными. Например, в пятилетнем возрасте у любого ребенка живот кажется очень большим. Мамы пугаются: не рахит ли это? Объяснение этому простое: у детей в этом возрасте усилен поясничный лордоз, поэтому корпус наклонен вперед и живот кажется большим. Но это нормальная возрастная осанка.

Изучение специалистами факторов, влияющих на осанку ребенка, позволило внести коррективы в занятия физкультурой. Так, запрещено выполнение стойки на матах для развития гибкости приветствуются. При круглой спине занятия школьной физкультурой отменяются полностью. Если речь идет о сутулости или плоской спине, в таких случаях обязательны упражнения для укрепления мышц живота.



Есть нарушения осанки во фронтальных плоскостях, но они тоже не всегда являются патологическими. Например, в норме лопаточки ребенка должны быть на одном уровне. Но если ребенок стоит в привычном положении, как, впрочем, и взрослый, - это может не выполняться. Однако мы будем говорить о нарушении осанки в том случае, если ребенок не сможет встать ровно, несмотря на приложенные усилия.

- Какие, если так можно сказать, типичные ошибки допускают родители и что бы вы посоветовали им?

- Родителям, прежде всего мамам, **необходимо обращать внимание на то, как ребенок просыпается, и научить его делать это правильно.** Вспомните: как просыпаются кошечки и собачки? Они обязательно сначала потянутся, чтобы восстановить тонус мышц. Вот и ребенок должен с этого начинать свой день. Иначе, из-за резких движений, у детей нередко возникают подвывихи первого шейного позвонка. Такое случается чаще у девочек, когда они понимают, что стали дамами и, еще не проснувшись, поправляют прическу. Мамы стремятся, чтобы их сыновья быстро вставали и не опаздывали в школу. А результат тот же - проблемы с шейными позвонками. Таким образом, утром

надо обязательно выполнить комплекс упражнений для восстановления тонуса основных мышц после сна.

Многие родители отдают детей в различные спортивные секции, справедливо полагая, что это важно для их здоровья. Они знакомятся с тренером, узнают расписание тренировок. И часто забывают спросить о самом важном: **есть ли в секции массажист?** Именно он поможет в начале занятий разогреть мышцы и избежать травм. Гармоничное укрепление мышц при занятиях спортом также способствует правильной осанке.

Существует также наследственная предрасположенность к изменению осанки. Она определяется как генотипом человека, так и фенотипом - образом жизни. Вот почему нередко отец и сын, мать и дочь имеют одинаковые проблемы с осанкой. **Но их можно скорректировать специально подобранным комплексом упражнений, необходимым изменением образа жизни.**

Подводя итог сказанному, хочу подчеркнуть, что родителям следует уделять должное внимание формированию осанки своих детей. Правильная осанка - не только красота, но и здоровье человека, основа его счастливо-го будущего. ☺

Лариса Ратомская



ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Уважаемые подписчики и читатели
журнала «Здоровье алтайской семьи»!

С 1 июня началась редакционная подписка на 2015 год!

Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к самым различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения.

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей компании.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!



<p>ИЗВЕЩЕНИЕ</p> <p>Кассир</p>	<p>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</p> <p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2015 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12</td> <td>834-00</td> <td>834-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00					
<p>КВИТАНЦИЯ</p> <p>Кассир</p>	<p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2015 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12</td> <td>834-00</td> <td>834-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00					

Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс журнала - 31039

Реклама

Международный день медицинской сестры - 2014



"Медицинские сестры - движущая сила перемен, жизненно важный ресурс в поддержку здоровья"



(Фоторепортаж с Торжественного посвящения в медицинские сестры Алтайской краевой клинической больницы, 12 мая 2014 г.)