

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 6 (697) 18 июня 2021 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Родом из детства

➤ Стр. 18-20

Общественный совет

➤ Стр. 6-9

Душа роддома

➤ Стр. 10-12



**Виктор
Томенко**

Губернатор Алтайского края



**Уважаемые работники
и ветераны здравоохранения!**

Сердечно поздравляем вас с профессиональным праздником!
В День медицинского работника мы с особым чувством говорим вам слова признательности за тяжелый и ответственный труд. Сегодня, когда весь мир продолжает борьбу с пандемией, человек в белом халате стал символом героизма.

Новая коронавирусная инфекция стала серьезным испытанием для системы здравоохранения Алтайского края. Все силы и ресурсы были брошены на спасение заразившихся земляков. Однако даже в период приостановки плановой помощи медицинские работники продолжали лечить пациентов с сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями.

Сегодня здравоохранение региона возвращается к нормальному режиму работы, но борьба с пандемией продолжается. В ковидных госпиталях наши медработники в сложнейших условиях – в защитных костюмах, выдерживая многочасовые смены, днем и ночью – сохраняют высокий уровень профессионализма, проявляют чуткость и неравнодушие. Каждый день, спасая людей, вы продолжаете рисковать собственной жизнью. Низкий вам поклон за самоотверженный труд и верность долгу!

Уважаемые медицинские работники! В этот праздничный день желаем вам успехов в труде! Пусть ваши пациенты всегда выздоравливают! Пусть в ваших семьях царит счастье и благополучие! Будьте здоровы!



**Игорь
Степаненко**

Заместитель Председателя
Правительства Алтайского края



**Уважаемые работники
здравоохранения Алтайского края!**

В свое время вы выбрали самую гуманную, самую нужную и важную профессию на Земле.

День медицинского работника – замечательный праздник тех, кто посвятил свою жизнь благородному труду – заботе о жизни и здоровье человека. Этот праздник в ряду других профессиональных занимает особое место, ведь профессия врача – это каждодневный подвиг, требующий безграничной доброты, чуткости и милосердия.

Своим благородным трудом вы вносите большой личный вклад в развитие системы здравоохранения Алтайского края, в сохранение лучших традиций отечественной медицины.

Примите искренние слова благодарности за ваш труд.

Отдельно хочется сегодня поблагодарить тех медицинских работников, которые находятся на своих «боевых» постах. Пусть ваша забота и тепло всегда отзываются в сердцах пациентов и возвращаются к вам, согревая в любой жизненной ситуации. Пусть никогда вам не придется усомниться в той пользе, которую вы приносите каждой минутой своей работы! Здоровья Вам, семейного благополучия, профессиональных успехов и все благ!



Дмитрий Попов
Министр здравоохранения
Алтайского края

**С Днем медицинского
работника!**



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

По традиции в третье воскресенье июня мы отмечаем наш главный профессиональный праздник – День медицинского работника. Сердечно поздравляю всех тех, кто по зову сердца связал свою судьбу с благородной профессией медика.

Профессия медика полностью посвящена служению людям. Она требует не только верности клятве Гиппократова и богатых знаний, но и бесконечного терпения, стойкости, чуткости и душевной щедрости.

За последние несколько лет в отечественной медицине многое изменилось: получили развитие медицинская наука и инновационные технологии в сфере здравоохранения, были построены новые высокотехнологические центры, существенно обновлено оснащение больниц и поликлиник, значительно выросла доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

Но ни один, даже самый современный прибор не может заменить профессионализма и мастерства медицинских работников, чуткого и внимательного отношения к пациенту, заложенного в традициях отечественной медицины.

Уже второй год мы отмечаем наш праздник в период пандемии COVID-19. Это время тяжелых утрат и героической работы всех специалистов, которые встали на передовую борьбы с коронавирусной инфекцией.

Пусть труд во благо людей приносит вам только удовольствие и радость, а все добро, сделанное с душой, возвращается в многократном размере! Крепкого вам здоровья, семейного уюта и искреннего уважения близких, коллег и общества!



Вакцинация продолжается

В Алтайском крае продолжается вакцинация населения против коронавирусной инфекции. По состоянию на утро 10 июня 2021 года вакцинируются 268 890 человек, из них полностью привиты 219 615 жителей края.

Вакцина «КовиВак» разработана Федеральным научным центром им М. П. Чумакова. Это вакцина двухфазная, как и остальные, разработана по традиционной технологии: создание иммунитета обусловлено воздействием искусственно ослабленных или убитых вирусов, не способных вызвать заболевание. Интервал между введением первой и второй дозы вакцины составляет две недели.

На утро 10.06.2021 всего в Алтайский край для медицинских организаций поступило 302 877 комплектов вакцины против новой коронавирусной инфекции для иммунизации населения Алтайского края старше 18 лет: 290 817 комплектов «Гам-КовидВак» (Спутник V), 9720 комплектов «ЭпиВакКорона» и 2340 комплектов вакцины «КовиВак». В прививочной кампании участвует 86 медицинских организаций.

По словам главного внештатного эпидемиолога Алтайского края Ирины Переладовой, жители Алтайского края сами могут выбрать вакцину для иммунизации, которая есть в медицинской организации. Но консультация с врачом перед вакцинацией обязательна.

«Вакцинация от коронавируса проводится бесплатно. Противопоказаниями являются симптомы ОРВИ, обострение хронических заболеваний. И самое главное – людей старше 60 лет вакциной «КовиВак» прививать не будут. Ее могут поставить только жителям региона в возрасте от 18 до 60 лет», – говорит главный внештатный эпидемиолог Алтайского края **Ирина Переладова**.

Источник: пресс-служба
Министерства здравоохранения
Алтайского края

Михаил Мурашко: забота и ответственность подталкивают нас к вакцинации

Михаил Мурашко выступил на сессии «Достижение национальной цели 78+: ответ на вызовы пандемии» в рамках Петербургского международного экономического форума. Глава Минздрава подчеркнул, что одной из важнейших тем в связи с борьбой с COVID-19 остается вакцинация и формирование коллективного иммунитета.

«Журналисты часто спрашивают о вакцинации, достижении коллективного иммунитета, как мы оцениваем какие-то цифры. Мы можем оценивать позитивно только в той ситуации, если мы вместе с вами осознаем ответственность за собственное здоровье, за здоровье окружающих», – сказал министр. «Понимаете, вот эта общая забота, чтобы избежать рисков для своих друзей, коллег, родственников, это уже другая мера ответственности».

В своем выступлении Михаил Мурашко уделил также большое внимание профилактике заболеваний, подчеркнув важность ведения здорового образа жизни и заботы о своем здоровье.

«Наши ведущие специалисты, ученые, практики говорят о том, что человеку проще предотвратить заболевание. Вроде банальная, простая вещь, и



ничего проще нет. Но когда это касается каждого, надо встать, сделать зарядку, начать день с улыбки. Мы делаем это почему-то иногда через силу. Нужно это преодолевать. Врачебное сообщество должно работать с пациентами, с нашими гражданами, помогая им в этом».

Источник: minzdrav.gov.ru

Новый ректор Алтайского медуниверситета

Врио ректора Алтайского медуниверситета Ирина Шереметьева 20 мая одержала победу на выборах главы вуза. Срок ее полномочий составит пять лет. Ее поддержало большинство делегатов на конференции научно-педагогических работников и обучающихся АГМУ.

На должность до последнего момента претендовали три кандидата, среди них Ирина Шереметьева, которая 1,5 года возглавляет вуз с приставкой и. о., а также два проректора – по развитию здравоохранения и дополнительному профессиональному образованию (Дмитрий Ганов) и по учебной работе (Игорь Бабушкин). Последний, впрочем, незадолго до го-

лосования снял свою кандидатуру с выборов.

В итоге Ирина Шереметьева набрала 96 голосов, а Дмитрий Ганов – 5. Контракт с новым руководителем вуза будет заключен на пять лет.

Напомним, что кампания по выборам ректора АГМУ оказалась как никогда затяжной. Она продолжалась больше двух лет.

Ирина Шереметьева окончила факультет лечебного дела в Алтайском государственном медицинском институте в 1991 году. Общий стаж ее медицинской деятельности – 25 лет, в том числе 16 лет работала в качестве преподавателя.

Источник: amic.ru

«Школа – территория здоровья»

До 15 сентября принимают заявки на участие в региональном этапе Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья». Его проводят с 1 июня по 1 октября. Организатором выступает Алтайский институт развития образования имени Адриана Топорова. Конкурс проводят с целью привлечения внимания участников образовательного процесса к вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью.

К участию приглашают общеобразовательные организации, осуществ-

ляющие образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам. Региональный этап конкурса предусматривает три номинации: «Лучшая здоровьесберегающая школа», «Лучший конспект урока с применением здоровьесберегающих технологий», «Лучший конспект занятия внеурочной деятельности (дополнительного образования) с применением здоровьесберегающих технологий». Участники конкурса, занявшие призовые места, получают дипломы, сообщают в институте.

Источник: www.altairegion22.ru

Второй БСМП быть

26 мая в Министерстве здравоохранения прошло совещание, посвященное созданию второй больницы скорой медицинской помощи на базе барнаульских горбольниц № 11 и № 12.

В обсуждении вопросов приняли участие заведующие отделений и главные врачи больниц. Это второе совещание по окончательному согласованию структуры новой медорганизации. О предстоящих изменениях рассказал главный врач горбольницы № 12 **Сергей Воронкин**. Он сообщил, что этому предшествовала большая работа с коллективами отделений двух больниц, были учтены все мнения и предложения сотрудников. Всеми участниками встречи новая структура больницы скорой медицинской помощи была принята единогласно.

Министр здравоохранения **Дмитрий Попов** подчеркнул, что совместно с медицинским университетом уже проработан вопрос целевой подготовки кадров для новой больницы. Кроме того, медработникам больниц в приоритетном порядке будет предложена профессиональная переподготовка, что позволит сформировать в новом лечебном учреждении квалифицированный коллектив для оказания экстренной помощи.

Участников встречи волновали не только вопросы структурных изменений, но и условия трудоустройства. Специалисты разъяснили, что в настоящий момент в больницах начинается процесс передачи имущества, процедура лицензирования, и после этого в новое учреждение будут трудоустроены все медицинские работники.



Консультация федерального уровня

Консультативный осмотр детей, страдающих врожденными пороками сердца, провели в детском консультативно-диагностическом центре Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.

Совместно с барнаульскими специалистами за два дня они проконсультировали 109 пациентов. Целью осмотра являлось уточнение диагноза, определение срока хирургической коррекции врожденного порока сердца и дальнейшей тактики ведения оперированных больных.

В итоге на хирургическое лечение (ВМП) в ближайшие один-два месяца будут направлены 35 детей. Из них 2 пациента экстренно, в тяжелом состоянии, 4 детей планируют госпитализировать на обследование в кардиохирургическое отделение Национального медицинского исследовательского центра имени академика Е.Н. Мешалкина с дальнейшим решением вопроса хирургической коррекции. Остальным пациентам даны рекомендации по динамическому контролю состояния и медикаментозной терапии.

«Подобные совместные осмотры очень важны, так как позволяют получить консультацию федеральных специалистов доступно, быстро и на высоком уровне, ведь медлить порой нельзя, на кону здоровье и благополучие детей. Такие консультации совместно со специалистами ФГБНУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» придают уверенности врачам в правильности выбранной тактики ведения пациента, а родителям – в скорейшем выздоровлении детей», – говорит **Ольга Григорьевская**, главный внештатный детский кардиолог-ревматолог Министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая ревматологическим отделением КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ В ОБНОВЛЕННОМ СОСТАВЕ

В региональном Минздраве состоялось первое заседание Общественного совета при министерстве.

В ведомство в апреле поступило более 20 заявлений о включении в новый состав Общественного совета, отбором кандидатов и их утверждением занимался Совет Общественной палаты Алтайского края.

Приветствуя участников встречи, министр здравоохранения Дмитрий Попов поблагодарил их за активную гражданскую позицию, за неравнодушие к медицине региона. «Это еще одно экспертное сообщество, для взвешенного информирования общества, разъяснений, почему те или иные изменения в здравоохранении происходят или не происходят. В нас мы видим людей, которые могут дискутировать, не соглашаться, предлагать свои решения. Уверен, что наша совместная работа в принятии важных, взвешенных решений даст положительные результаты», – отметил Дмитрий Попов.



На первом заседании был выбран председатель совета, заместитель и секретарь. Участники встречи единогласно утвердили председателем Общественного совета **Владимира Трешутина**.

Обсудили и приняли план дальнейшей работы.

Также члены совета обсудили создание мемориала, посвященного мужеству и самоотверженности медицинских работников. Заместитель министра **Владимир Лещенко** ввел их в курс дела. Он сообщил, что на прошедшем совещании рабочей группы были выбраны две территории для организации памятного места. На первом заседании большинство членов Общественного совета проголосовали за сквер у Музея военной истории на пр. Комсомольском, 73б.

В заключение совещания министр здравоохранения вручил благодарственные письма членам Общественного совета предыдущего состава за проведенную работу.

В новый состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Алтайского края вошли:

1. Владимир Апполинарьевич Трешутин, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации, отличник здравоохранения Россий-

ской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

2. Войтюк Сергей Анатольевич, руководитель регионального исполкома ООД «Народный фронт «За Россию» в Алтайском крае, член Совета при Губернаторе Алтайского края по стратегическому развитию и национальным проектам, член Общественного совета при Инспекции финансово-экономического контроля и контроля в сфере закупок Алтайского края, кандидат экономических наук.

3. Головин Валерий Александрович, заведующий отделом ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России по взаимодействию с практическим здравоохранением, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации.

4. Гончаренко Александр Георгиевич, советник руководителя ФКУ «ГБ МСЭ по Алтайскому краю», кандидат медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации.

5. Иванова Людмила Ивановна, президент АКОО «Вместе против рака», член Общественного совета при управлении по труду Алтайского края.

6. Иоценко Андрей Васильевич, главный врач ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул».

Трешутин Владимир Апполинарьевич



Министерство здравоохранения утвердило новый состав Общественного совета. «Мы и здоровье» знакомит читателей с его представителями. Председателем совета единогласно был избран Владимир Трешутин.

7. Комиссаров Константин Викторович, руководитель Научно-практического центра реабилитационных, оздоровительных и массажных технологий, член комитета по медицинскому туризму в СФО, член «ОПОРЫ России», президент Международной лиги массажистов, кандидат медицинских наук.

8. Корепанов Сергей Валерьевич, директор Алтайского краевого фитоцентра «Алфит», член Общественной палаты г. Барнаула, кандидат медицинских наук.

9. Любимова Ольга Марковна, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», руководитель АНО «Институт психологии просвещения и развития человека», кандидат психологических наук, доцент.

10. Николаев Владимир Юрьевич, генеральный директор сети клиник ООО «Здоровое поколение», член Президиума Алтайского бизнес-общества, степень МВА (НИУ ВШЭ, г. Москва), кандидат мед. наук.

11. Попова Тамара Аршалуйсовна, редактор отдела социальной жизни и права КГУП Газета «Алтайская правда».

12. Трибунский Сергей Иванович, и. о. первого проректора ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ, доктор медицинских наук, доцент.

13. Тузовская Светлана Александровна, руководитель Алтайской краевой общественной организации инвалидов по психическим заболеваниям и их родственников «Новые возможности», кандидат химических наук, доцент ФГБОУ ВО «Алтайский государственный технический университет им. И.И. Ползунова».

14. Ушанова Вера Михайловна, заместитель председателя Совета ветеранов работников здравоохранения.

15. Чеганов Владимир Федорович, заместитель директора по медицинской части УАКСП «Санаторий «Барнаульский», кандидат медицинских наук, доцент.

Источник: zdravalt.ru

Его предыдущее место работы – территориальный орган Росздравнадзора по Алтайскому краю, который он создал в декабре 2004 года и возглавлял его до октября 2018-го, когда оставил пост по достижении предельного для государственной гражданской службы возраста.

Свою трудовую деятельность Владимир Трешутин начал в 1977 году по-

сле окончания с отличием Алтайского государственного медицинского института. Работая в АГМИ, он успешно защитил кандидатскую диссертацию, был ассистентом, доцентом кафедры, проректором по воспитательной работе. В 1992 году Владимир Апполинарьевич был назначен исполни-

Продолжение на стр. 8 >>

«Продолжение. Начало на стр. 7»

тельным директором краевого фонда «Лекарство и здоровье», который был создан с целью развития инновационных проектов в области здравоохранения и производства фармацевтической продукции.

В 1994–2004 годах, работая в должностях заместителя, первого заместителя, исполняющего обязанности председателя комитета администрации Алтайского края по здравоохранению, Владимир Трешутин отвечал за реализацию краевых целевых программ и реабилитацию лиц, подвергшихся воздействию при испытаниях на Семипалатинском ядерном полигоне, принимал участие в разработке ряда краевых законов в сфере здравоохранения и фармацевтической деятельности, медико-социальной помощи. При его непосредственном участии был разработан и издан приказ краевого комитета по здравоохранению № 138 от 2 июня 1997 года «О создании единого информационного пространства и совершенствовании системы управления здравоохранения края», опыт которого был востребован во многих регионах России.

Работая в краевом комитете по здравоохранению и занимаясь научно-педагогической деятельностью в АГМУ, он успешно защитил в 2000 году (г. Москва, НИИ им. Н.А. Семашко) докторскую диссертацию («Социально-гигиеническое обоснование мониторинговой системы управления здоровьем населения»), признанной ВАКом по итогам 2000 года лучшей работой по специальности «14.00.33 – Социальная гигиена и организация здравоохранения». Он автор/соавтор 230 научных статей, шести монографий, изобретения и рацпредложений, методических рекомендаций для врачей и студентов.

Профессиональная деятельность Владимира Трешутина была отмечена государственной наградой – почетным званием «Заслуженный работник здравоохранения РФ», нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», благодарностью Комитета по безопасности Государственной Думы РФ,

почетными грамотами Министерства здравоохранения РФ, Росздравнадзора, другими наградами.

Общественный совет при Минздраве Алтайского края, по словам Владимира Трешутина, призван выполнить ряд задач:

– **Общественные советы создаются для того, чтобы совершить две нужные вещи. Первое – улучшить коммуникации между обществом и административной структурой, в частности Министерством здравоохранения Алтайского края. Второе – обеспечить доступность всех проблемных ситуаций, помочь и министерству, и гражданам, и системе здравоохранения в определенных вопросах найти пути решения, оптимизации, направленные главным образом на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, снижение количества жалоб и обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи.**

Состав избранного Общественного совета при МЗ АК очень сильный и компетентный. Сейчас это полноценный, консолидированный совет, с разнонаправленными векторами знаний и компетенций, которые есть у его членов: онкология, кардиология, реабилитация, психиатрия, медико-санитарная экспертиза, медицинское образование, социология. Немаловажно и то, что в нем есть специалисты, работающие в негосударственной и частной системах здравоохранения.

Все они прошли отбор и этапы рассмотрения их кандидатур на раз-

личных уровнях, включая Общественную палату края, что подтверждает их авторитет и налагает дополнительную ответственность. Уверен: все избранные члены нового совета, возможно на стадиях обсуждения вопросов, будут разнополярны во мнениях, но едины в желании помочь, прежде всего людям и системе здравоохранения края!

Одна из задач, обсуждение которой мы выносим на ближайшее заседание Общественного совета, – формирование подобных советов при медицинских организациях. В каждой создать, конечно, не получится, но в большинстве советы выявляли бы сложные, проблемные моменты, где-то бы помогали, поправляли главных врачей, администрацию больницы. Это важный компонент обеспечения доступности взаимодействия общества с властью, формирования объективного срезка происходящих событий, отношения в обществе.

Ранее существовавшая так называемая патерналистская модель советского здравоохранения была разрушена, и на смену ей пришла иная, которая изменила отношения в системе «врач – пациент». Изменилось отношение общества, людей к врачам и медицине. Последних все больше ругают (в обществе, СМИ), что, конечно же, несправедливо. Конечно, есть и грубость, невнимательность, халатность, врачебные ошибки, но это скорее исключение из правил. Принижение роли врачей, медицинских работников в обществе несправедливо и недопустимо, и сегодняшняя пандемия тому подтверждение. Это отношение нужно менять, а для этого нужен постоянный диалог и взаимодействие общества медицинских работников. Это долгий путь, но уверен, что должно быть движение к открытости, доступности, информированности пациентов о состоянии и происходящих процессах в здравоохранении края. А через это – движение и консолидация действий, призванных обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

Подготовила Елена Клишина

Ушанова Вера Михайловна

Вера Михайловна также вошла в новый состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Алтайского края. В настоящее время – заместитель председателя Совета ветеранов работников здравоохранения.

Как рассказывает сама Вера Михайловна, в ее послужном списке – всего три места работы. С 1986 по 1999 год она была главным врачом детской поликлиники № 2 г. Барнаула. После этого была приглашена на должность заместителя председателя городского комитета по здравоохранению, где курировала вопросы детства и родовспоможения до 2010 года. Этим же направлением Вера Михайловна продолжила заниматься в качестве заместителя министра здравоохранения Алтайского края. В этой должности она работала с 2010 по 2018 год.

Вера Михайловна имеет высшую квалификационную категорию по организации здравоохранения, звание «Отличник здравоохранения РФ». Она была награждена медалью Алтайского края «За заслуги в труде», отмечена другими наградами.

В качестве заместителя министра Вера Ушанова работала с предыдущими составами Общественного совета. Сейчас, уже в качестве члена этого органа, Вера Ушанова роль Общественного совета видит в следующем:

– У нас достаточно представительный состав совета по разным направлениям. В основном наша задача – поддерживать те направления развития здравоохранения, которые транслируют федеральное и региональное министерства. Мы будем



рассматривать эти вопросы в рамках поддержки или критики и, соответственно, находить общие пути решения для того, чтобы улучшить качество и доступность оказания медицинской помощи.

Другая важная задача – повышение престижа работников здравоохранения и медицинских профессий.

Вопросы, которые будут рассмотрены на заседаниях совета, достаточно серьезные и глобальные, я их поддерживаю. Это, конечно, кадровая политика в первую очередь. Обеспечение медицинскими кадрами наших медицинских организаций – не такая легкая задача сегодня, учитывая отсутствие распределения. Все равно

есть проблемы в закреплении кадров, несмотря на целевые договоры, денежные выплаты. Из этой проблемы вытекает вопрос доступности медицинской помощи: нет врачей – нет доступности, особенно специализированной медицинской помощи. И сегодня на слуху вопрос льготного лекарственного обеспечения, особенно по орфанным заболеваниям. Стоимость этих препаратов очень высока, эти затраты сейчас возложены на бюджет региона. Еще одно направление – реабилитация детей, которые рождаются с серьезными заболеваниями.

Материалы подготовила
Елена Клишина

Душа роддома

Барнаульский родильный дом № 2 – один из старейших в Алтайском крае. Его история насчитывает более 80 лет. За это время произошло множество перемен – на помощь медикам пришли современные технологии и новые подходы. Неизменным осталось одно – преданность своему делу и профессионализм врачей, дающих путевку в жизнь. Людмила Ананьина работает в роддоме 46 лет, из них более 20 – возглавляет его. Она стала не только продолжателем традиций своих учителей, но и заложила новые. Сегодня она рассказывает о своем профессиональном пути и преимуществах современной медицины.



Выбор сердца

– Людмила Петровна, когда вы поняли, что свою жизнь свяжете с медициной?

– Я росла в педагогической семье – мама была преподавателем математики, а папа на момент моего поступления в вуз – ректором пединститута. По всем правилам я должна была пойти по их стопам. Но случилось иначе. Моя близкая подруга росла в семье известных в городе медиков. Ее дед возглавлял роддом, мать работала кардиологом, отец – хирургом, который в то время выполнял сложнейшие операции. Вдохновившись их примером, я сделала свой профессиональный

выбор. Могу с полной уверенностью сказать – он оказался правильным. Я ни разу не пожалела о нем.

Учеба всегда давалась легко. Я окончила школу с золотой медалью, а в институте за сессию не получила ни одной четверки. Вуз окончила с красным дипломом, была ленинским стипендиатом.

– Со специальностью определились так же легко?

– Меня всегда тянуло на большие дела, и я пошла на «лечебное дело». Казалось, что у лечебников больше работы, больше разносторонних проблем. Мне очень нравится моя профессия, несмотря на то, что она очень сложная, ответственная и вместе с тем

очень значимая! Деторождение – основной этап в жизни человека. Это накладывает обязательства, и хочется всю себя вкладывать в это дело.

– Кто для вас является эталоном в акушерстве и гинекологии?

– Я пришла в наш родильный дом, когда попасть сюда на работу было крайне трудно. Но я хорошо проявила себя в студенческие годы – во время ординатуры и интернатуры. В то время в учреждении мощно развивалось классическое акушерство, работал сильнейший врачебный коллектив. Мне крупно повезло начинать профессиональный путь рука об руку с настоящими мастерами своего дела. Я многому

научилась у Фриды Моисеевны Гарт, которая более 20 лет отработала главным врачом и сформировала это учреждение таким, какое оно есть сейчас. Ее дело продолжила Ольга Евгеньевна Строганова. И вот уже больше 20 лет это делаю я. Очень важно поддерживать и развивать традиции той сильной школы, которую мы все прошли.

Система работы в роддоме всегда предполагала сильную подготовку молодых врачей. В коллективе всегда было требовательно-уважительное отношение друг к другу. С молодых специалистов спрос был точно такой же, как с опытных коллег. Но старшие всегда оказывали поддержку – никто не оставался один на один с возникшей трудностью. А в роддоме сложных ситуаций возникает немало.

Я застала те времена, когда в наших родзалах делали операции на сердце во время кесарева сечения. Наши врачи оказывали помощь, летая на самолетах малой санавиации – АН-2. В те годы не было дежурных неонатологов и реаниматологов. Один анестезиолог дежурил на дому, его вызывали в экстренных случаях. Вся ответственность за жизнь новорожденных ложилась на акушеров. Мы наблюдали за малышами, могли при необходимости интубировать. Сейчас просто счастье работать акушером-гинекологом – медицина шагнула далеко вперед.

Мост между прошлым и будущим

– Людмила Петровна, какие вы можете провести параллели в профессии «тогда» и «сейчас»?

– Сейчас совершенно другие времена и другая медицина. Около 20 лет назад второй роддом был ведущим учреждением родовспоможения в крае. Сегодня нагрузка и функции рассредоточились. В акушерстве работает хорошая система, в которой все взаимосвязано и налажено. Пришли технологии, которые активно развивают и применяют в перинатальных центрах.

Но важно понимать, без классического акушерства в нашей профессии – никуда. Ребенок проходит тот же путь, что и тысячи лет назад, и врачам нужно знать все тонкости. Только в та-

ком случае акушер-гинеколог сможет пройти его вместе с женщиной успешно. Другое дело, что начали применять различные медицинские технологии, родовспоможение стало менее агрессивным – вакуумная экстракция и акушерские щипцы применяются в исключительных случаях, чтобы избежать травматизма малышей. Вместе с тем выросло количество таких операций, как кесарево сечение.

Раньше было несколько схем родостимуляции, использовали медикаментозный сон. Не каждый ребенок мог перенести подобные вмешательства без последствий. Задача стояла одна – родить. Сейчас она звучит несколько иначе – родить максимально здорового ребенка, оберегая здоровье женщины. Во всех роддомах налажен мониторинг за состоянием женщины и ребенка в родах. Несколько десятилетий назад главным инструментом в этом процессе была интуиция акушера.

Аппаратура, которая сегодня пришла в детские реанимации, позволяет выживать глубоко недоношенных детей. Современные медикаменты помогают избежать осложнений. Например, использование сурфактантов позволяет вовремя расправиться легким ребенка.

Благодаря программе «Мать и дитя», которая работает в нашем роддоме уже 18 лет, роды проходят в комфортной для роженицы обстановке – в индивидуальной палате. После них новорожденные находятся рядом с мамой. До этого несколько женщин рожали в одном зале, а малышей на каталках возили на кормление 7 раз в сутки из детского отделения. Женщины, находясь с первых минут с ребенком, быстрее восстанавливаются после родов, быстрее получают навыки по уходу за новорожденным.

– Какие еще плюсы у этой программы?

– Главный бич роддомов – санитарно-эпидемиологический режим. Гнойно-септических инфекций мы боялись как огня. Благодаря новой системе в несколько раз сократилась детская заболеваемость. В роддоме появились разовые расходные материалы, разовое белье, современные дезинфектан-

ты – все эти меры позволили избежать осложнений после родов.

Важное звено в гинекологии сегодня – оказание высокотехнологической медицинской помощи, или коротко – ВМП. В нашем учреждении ее оказывают уже несколько лет. 30 лет назад на базе роддома начало работать краевое отделение репродукции, где решались вопросы подготовки женщины к родам. Оно включало амбулаторную службу и специализированную, где занимались проблемами репродукции, вынашивания и вопросами гинекологической помощи в целом. Также работал стационар. Сейчас здесь оказывают ВМП – проводят эндоскопические операции (устраняют большие миомы матки, новообразования яичников и многое другое).

– Людмила Петровна, в целом рожать и вынашивать современным женщинам стало легче?

– Социум поменялся, и это нашло отражение в нашей сфере. Сегодня девушки раньше начинают половую жизнь. К сожалению, не всегда с соблюдением правил безопасности. В итоге это приводит к инфицированию заболеваниями, передающимися половым путем. Этот фактор неблагоприятно отражается на репродуктивном здоровье. Кроме того, раньше в роды шли в более молодом возрасте – более здоровыми в гинекологической сфере.

Опыт в помощь

– Может ли вас что-то сейчас удивить?

– В нашей профессии это чувство не покидает. Каждый приход нового человека в мир – удивление. Его не было, и вот он появился. Женщина, которая родила, – тоже уравнение с неизвестными: никогда нельзя наверняка знать, какие могут возникнуть осложнения. Хватает сюрпризов в выходные и праздничные дни, когда работают только дежурные смены. На их долю нередко выпадают неотложные ситуации, которые нужно решать очень быстро. Одни из частых акушерских осложнений – кровотечения.

Поэтому очень важно уделять большое внимание профилактике – исследу-

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11

довать систему гемостаза во время беременности. В целом современное акушерство – плановое. Если женщина хорошо подготовлена к беременности, запланировала ее заранее, провела профилактику соматических и гинекологических заболеваний, то осложнения в родах – минимальны. Сегодня мы стараемся максимально подготовиться, а не идти вслед за ситуацией. Безусловно, полностью исключить форс-мажоры невозможно и нужно быть готовыми к ним, уметь оказать помощь при необходимости. Есть жесткие алгоритмы, протоколы оказания помощи при кровотечениях, повышенном давлении в родах и других неотложных ситуациях.

– Чему научил вас опыт врача?

– Не бояться трудностей и смотреть им в лицо. Тогда любую проблему решить легче. Вся моя профессиональная жизнь подтверждает – легче решить проблему, чем прятаться от нее. Она имеет свойство расти и затягиваться, от этого будет только хуже.

Путь, который я прошла, научил меня стрессоустойчивости и позволил стать профессионалом. Это важно для самооценки и самореализации. Медицина – одна из самых сложных наук и профессий. Я несколько десятилетий в ней, но моя абсолютная уверенность в собственных действиях, акушерских решениях появилась только лет 10 назад. И до сих пор я продолжаю думать – права я или не права, принимая какое-то решение. Оно может быть технологически правильным. Но ведь есть еще организм женщины – как он отреагирует на это решение, никто не может дать гарантии. Нужен большой практический опыт – так устроена вся медицина.

– Поэтому вы оспариваете практикующим врачом?

– Я врач по своей сути. Мне хочется лечить людей, помогать им. Когда вижу результаты своего труда – я счастлива. Работать руководителем здравоохранения и не быть врачом, на мой взгляд, неправильно. В руководстве современным учреждением – очень много направлений. Нужна команда, где у каждого – своя функция. Это как быть хозяйкой в большом доме и понимать, как в нем все работает, кому

нужна помощь, все ли довольны. Чтобы учреждение нормально работало, в руководстве должен быть врач – тогда лечебные проблемы (а мы работаем в основном на них) будут решаться. Если ты не понимаешь их сути, то любой сможет обвести вокруг пальца. Компетентность – необходима. Особенно когда делаешь рабочий анализ и заявление коллективу, проводишь оценку какого-либо процесса или состояния.

– Людмила Петровна, какие установки для вас важнее в первую очередь передать молодежи?

– Понимание того, как важно обучиться элементарным навыкам – базе акушерства. После этого максимально использовать все возможности того коллектива, в котором довелось работать. Университет дает фундаментальные теоретические знания, а практические – сама жизнь, работа с профессионалами. Не менее важно овладеть этикой и деонтологией – научиться работать в команде, уважительно относиться к коллегам, а также к пациентам. Не стоит забывать, что любой врач в любой момент сам может оказаться пациентом. А став пациентом, мы становимся беззащитными.

Очень хорошо, что появилась возможность целевой подготовки студентов. Мы их поддерживаем, чтобы после обучения у молодежи было желание и возможность остаться в профессии.

– Наряду с активной врачебной деятельностью вы занимаетесь еще и политической. Какие цели и задачи ставите перед собой?

– Я никогда не ставила перед собой задачи – их передо мной ставила жизнь, а я – решала. Как депутат городской думы Барнаула, я вхожу в состав комитета по социальной политике. Мы защищаем интересы медицины. В прошлом году Алтайский край активно включился в национальный проект «Демография», который затрагивает аспекты, направленные на повышение рождаемости. Это социальная поддержка семей, доступность дошкольных заведений, повышение качества жизни, укрепление здоровья населения и прочее. Барнаульский депутатский корпус проводит масштабную работу в рамках данного проекта. Мои намерения как депутата – повысить

Цифры и факты

Г **27** апреля **2021** года Людмиле Ананьиной исполнилось **70** лет.

С **2000** года она возглавляет родильный дом № **2** г. Барнаула. В декабре **2014** года – удостоена почетного звания «Заслуженный врач РФ».

Награждена дипломом и памятным знаком «За заслуги в развитии города Барнаула» в **2020** году.

В **2010** году два подразделения КГБУЗ «Родильный дом № 2, г. Барнаул» вошли в число лучших коллективов города: коллектив отделения новорожденных занесен на Доску почета «Слава и гордость Барнаула». А коллектив Центра планирования семьи и репродукции – на Доску почета «Клятве Гиппократу верны» комитета по делам здравоохранения.

За **83** года с момента основания роддома № **2** г. Барнаула в нем родилось около **230** тысяч детей.

социальный уровень жизни, улучшить качество жизни наших горожан.

Как руководителю роддома с богатой историей и мощными традициями, мне важно, чтобы учреждение развивалось и работало, уровень квалификации врачей повышался, современные технологии – применялись по мере их появления. Моя задача – развитие и подготовка достойного преемника, чтобы сохранить все добрые традиции. В этот роддом я вложила всю душу и сохранила команду профессионалов.

Ирина Савина. Фото из личного архива Людмилы Ананьиной

Мама учится быть мамой

В Краевом кризисном центре для женщин уже более десяти лет ведется работа с женщинами, направленная на укрепление материнских чувств. В прошлом году в рамках проекта центра «Тепло родительского сердца» за счет средств Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, была открыта комната «Родничок», оснащенная современным оборудованием для развития детей раннего возраста. Важная цель этой работы, по словам детского психолога центра и монтессори-педагога Ирины Черных, – установление тесной связи между матерью и ребенком.



Ситуации бывают разные

На занятия в эту комнату может попасть любая женщина, у которой есть какие-либо трудности, связанные с рождением ребенка и материнством. Жизненные ситуации женщин, с кото-



рыми они приходят в кризисный центр, можно разделить на четыре категории:

1. В период беременности они имели сомнения в том, стоит ли рожать ребенка, и теперь испытывают трудности с принятием ребенка и своего нового статуса матери.

2. Женщины с детьми до полутора лет, которые имеют проблемы, характерные для послеродового периода (послеродовая депрессия и т. д.).

3. Мамы, которые не имеют поддержки родственников, испытывают жизненные трудности, а также трудности в воспитании ребенка и уходе за ним.

4. Молодые мамы, которые впервые испытали счастье материнства.

– Пожалуй, самый распространенный пример такой трудной жизненной ситуации: у женщины материальные трудности, нет своего жилья, не хочет жить со своим сожителем, и ей с ребенком просто некуда идти, – рассказывает Ирина Черных. – Среди участниц программы есть выпускницы домов-интернатов, девушки, которые приехали из глухой деревни учиться в колледже, жили в общежитии, и у них случилась незапланированная беременность. Их родители не хотят, чтобы они возвращались домой, потому что это позор для семьи. Это могут быть социально неблагополучные женщины из алкоголизованных семей, болеющие ВИЧ-инфекцией. Но бывает и так, что к нам приходит благополучная женщина, у которой была престижная работа, все было хорошо, но случился кризис, и все развалилось, квартира была куплена в кредит, и она осталась с детьми на руках, беременна и без жилья. Наш центр заключает с мамами договор сроком на три месяца и оказывает им большой спектр услуг, таких как проживание в социальной гостинице, психологическую, юридическую помощь и др. Мамы узнают о том, как и какие пособия они могут получить, живут в отделении временного пребывания центра, многим удается приобрести или снять жилье. В тяжелых случаях пребывание в центре можно продлить. Но и после окончания срока проживания они не уходят в никуда.

Продолжение на стр. 14-15 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 13»

Далее по месту проживания их сопровождают и помогают социальные службы той территории, куда они переехали. Это глубокая и длительная работа. Ни одна мама потом не отказалась и не вернула ребенка.

С женщинами, которые переезжают из Барнаула, мы держим связь, наши подопечные охотно делятся новостями, успехами своих детей, говорят, что сейчас их ужасает мысль о том, что они могли оставить ребенка.

Первый год - самый важный

Ирина Геннадьевна считает, что сегодня канал передачи материнского опыта в семье от женщин старшего поколения женщинам младшего работает очень слабо:

– Те женщины, которые у нас бывают, говорят о том, что преемственность материнского опыта в их родительских семьях была выражена плохо: или мама рано умерла, или она была социально неблагополучна. Да, есть тенденция, что старшее поколение меньше передает знаний своим детям, ссылаются на то, что не помнят, забыли, заняты. Сейчас многие родители даже не

играют с детьми в ладунки. Но даже в социально благополучных семьях молодые родители не принимают опыт предыдущего поколения – «это прошлый век, устарело», предпочитают посмотреть видео, прочитать статью, сходить на развивающее занятие и этим пытаются ограничить влияние бабушек на детей. Мы пытаемся эту передачу возобновить, обращаемся к опыту наших прабабушек.

Женщина, которая хочет отказаться от ребенка, как бы игнорирует свою беременность: не гладит живот, не обращается словами или мысленно к ребенку. Она боится к нему привязаться. После рождения ребенка она к нему не прикасается, не берет на руки, не кормит грудью, не хочет смотреть на него. Так она выражает свой отказ и протест.

Многие мамочки думают, что в первый год жизни ребенка с ним ничего не нужно делать, просто кормить и ухаживать. Но это ошибка. Первый год – очень важное время для формирования эмоциональной сферы ребенка. Единение с родителями на начальном этапе развития очень важно для дальнейшего интеллектуального развития маленького человека. Недостаток адекватных

социальных и эмоциональных стимулов у детей способствует их отставанию в физическом и умственном развитии, в формировании их отношений с окружающими.

«Родничок»

– Как строится работа с женщинами, которые хотели оказаться от ребенка? И как в этом помогает комната «Родничок»?

– Мы получаем информацию из родильного дома о том, что есть женщина, которая намерена оставить ребенка там. К ней выезжают специалисты кризисного центра для женщин и начинают с ней работать. После выписки женщина три месяца живет в отделении временного пребывания центра и два раза в неделю посещает занятия в «Родничке».

В этой комнате мы начинаем работать с ней на формирование привязанности. Мы показываем, как взаимодействовать с ребенком, как нужно для его развития, как простимулировать его движения. У мамы постепенно начинает формироваться ответственное материнство. Она начинает интересоваться ребенком, обращать на него внимание, а не только выполнять элементарные действия по уходу – покормить, попу вытереть и т. д. Этому мы, кстати, тоже учим. В работе с беременными женщинами в этом помогает манекен ребенка, на нем они учатся ухаживать, пеленать, делать массаж, держать головку.

Мамы выполняют домашние задания, например, изготовить развивающую игрушку. То есть они начинают погружаться в мир ребенка, его познавательных интересов. Кроме этого, с мамами работают психологи центра и по другим проблемам, которые у нее есть. Мама должна иметь силы и мотивацию для дальнейшей жизни, это очень важно.

Чем больше мать проводит времени со своим ребенком, тем больше она привязывается к нему. Многие женщины понимают, что отказ от ребенка – не единственный способ решения ее проблем. Что она не одна в их решении. Некоторые ведь не знают о том, что можно получить помощь,

Важно знать

Записаться на бесплатные групповые занятия с детьми от 7 месяцев до 3 лет в Краевом кризисном центре для женщин можно по телефону 8 (3852) 34-22-55, по электронной почте womenkrizis@yandex.ru или через страницы в социальных сетях учреждения.

О возможности заселения в социальную гостиницу кризисного центра для женщин вы можете узнать по телефону 8 (3852) 33-37-78.

что есть такие службы, организации, где могут помочь.

– Работа в «Родничке» основана на методике Монтессори. В чем ее особенность?

– Огромное отличие этой методики в том, что по ней можно заниматься от рождения ребенка и даже во время беременности. Мы создаем среду, из которой бы ребенок взял самое необходимое для своего развития. Комната «Родничок» направлена на развитие детей от 0 до 14 месяцев. В ней много материала, который помогает развитию движения, ведь именно во время первого года жизни ребенок учится двигаться – вставать, ползать, ходить. Даже кровать должна быть особенной – достаточно низкой, чтобы ребенок мог сам в нее забраться. Задача монтессори-системы – развитие самостоятельности у ребенка. Материал направлен и на сенсорное развитие ребенка через маму – мама показывает, дает потрогать что-то и т. д.

Монтессори-группа – разновозрастная, есть дети двух, четырех, шести месяцев. У более младшего ребенка есть более старший ребенок в качестве ориентира. Более старшие дети приобретают опыт работы с материалом. Это естественная среда, которая потом будет повторяться в жизни. Мы же приходим на работу, у нас там присутствуют люди разного возраста.

Елена Клишина.

Фото предоставлены Краевым кризисным центром для женщин

Ювелирная работа



Гастрошизис – редкое врожденное заболевание. Оно характеризуется дефектом передней брюшной стенки, из-за чего внутренние органы брюшной полости располагаются вне ее. В Алтайском крае в год рождается один-два младенца с такой патологией. Однако в 2021 году врачи Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства прооперировали уже троих новорожденных малышей с гастрошизисом.

Далее - жизнь

Одна из прооперированных малышей – девочка, которой от роду всего месяц. Сейчас она находится в отделении патологии новорожденных АККЦОМД. Заведующая отделением Светлана Дуплик рассказывает, что девочка чувствует себя хорошо и из процедур получает массаж живота, готовится к выписке.

Она хорошо кушает и ей не противопоказано грудное вскармливание, хотя малышка поступила в отделение в возрасте чуть больше двух недель после серьезной хирургической операции.

– Наша мультидисциплинарная команда врачей: хирурги, реанима-

Продолжение на стр. 16 >>



«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

тологи, неонатологи – постаралась, – говорит Светлана Дуплик. – И перевели ее к нам в отделение в стабильном состоянии. Когда я начинала работать, а это было примерно 30 лет назад, такие дети чаще погибали. Сейчас в отделении лежат еще двое прооперированных новорожденных. В последующем, при взрослении, таких ребятшек ждут некоторые ограничения, например, какое-то время необходимо носить корректирующее белье. Но в целом, взрослея, эти дети будут, как правило, жить обычной жизнью, они не уступают в активности и в развитии сверстникам, в том числе девочки впоследствии смогут реализовать себя в материнстве.

Редкая аномалия

О том, что в краевую детскую больницу поступит такая малышка, врачи знали заранее. В больничестве slučajев данный порок диагностируется при помощи УЗИ после 12–14 недель внутриутробного развития плода, рассказывает заведующий хирургическим отделением Александр Денцель. При внутриутробном выявлении гастрошизиса необходимо динамическое наблюдение, выявление сопутствующих пороков развития плода. Если принято решение о сохранении беременности, необходимо четко согласовать действия родителей, педиатров, акушеров и неонатальных хирургов.

Родители девочки знали о патологии, поэтому сразу после рождения она была экстренно переведена из перинатального центра в хирургическое отделение для оперативного вмешательства.

О сложности проведенной операции говорит то, что у ребенка почти все органы пищеварения находились вне брюшной полости. Более того, у новорожденной девочки объем кишечника снаружи превышал объем брюшной полости. Это создавало хирургам серьезные проблемы, ведь им нужно было вернуть кишечник на положенное место, избегая его сдавливания.

– Новорожденного нужно прооперировать в первые часы после появления на свет, – отмечает хи-

Цифры и факты

Статистика заболеваемости по России: один случай на **5000-10 000** новорожденных.

Статистика АККЦОМД: в 2020 году с гастрошизисом в отделении хирургии был пролечен один пациент. С января по май 2021 года с гастрошизисом в отделении хирургии было пролечено три пациента.

рург. – Операция длится около двух часов, послеоперационный период (наиболее важный) длится 10–12 дней. Совместными усилиями вместе с врачами – анестезиологами, реаниматологами, неонатологами, педиатрами – мы достигаем хороших результатов. Такие операции в регионе делают только в Центре охраны материнства и детства. АККЦОМД в Алтайском крае является флагманом в лечении подобной сложнейшей патологии новорожденных.

Каждый ребенок с гастрошизисом проходит несколько этапов реабилитации и восстановления после хирургического вмешательства, начиная с отделения реанимации и заканчивая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра АККЦОМД, откуда ребенка выписывают домой, а дальше необходимо тщательное наблюдение в поликлинике по месту жительства.

Артем Козлов, врач – анестезиолог-реаниматолог, рассказывает об этом случае:

– Сразу после рождения ребенок был переведен к нам, началась экстренная предоперационная подготовка. Риск анестезии оценивался как очень высокий, так как это были первые сутки жизни ребенка – еще не стабильные гемодинамика и сердечная деятельность, легкие не до конца раскрылись, плюс имевшаяся патология насаивала свои особенности. Была проведена подготовка сердеч-

ной деятельности, системы гемостаза (свертывания крови), чтобы избежать лишнего кровотечения во время операции, различные виды инфузионной терапии, электролитная стабилизация состояния. Ребенку была проведена операция под эндотрахеальным наркозом, то есть за него дышал аппарат ИВЛ, было проведено заместительное переливание крови. После операции состояние ребенка оценивалось как очень тяжелое, в течение нескольких дней проводилась искусственная вентиляция легких со специфическими параметрами, учитывая послеоперационную внутрибрюшную гипертензию (давление органов брюшной полости на легкие), которая обычно развивается у таких ребятшек. Проводилось поддержание сердечной деятельности и циркуляции крови специальными препаратами для нормального кровоснабжения, в том числе кишечника. Проводилась профилактика пареза (нарушения сократительной способности) кишечника для того, чтобы избежать послеоперационных осложнений, в том числе бактериальных.

Удел молодых мам

Причины возникновения гастрошизиса на сегодняшний день неизвестны, отмечает Александр Денцель. Известно только, что в результате тромбоза отмирают артерии, питающие кровью переднюю брюшную стенку. Из-за этого появляется дефект – расщелина, через которую выходят наружу желудок, кишечник, печень, яичники у девочек. По наблюдениям врача, гастрошизис чаще встречается у новорожденных, чьи мамы довольно молоды (18–25 лет).

Гастрошизис является скорее генетической патологией, связанной с поломкой хромосом на этапе внутриутробного развития. По словам Александра Денцеля, прогнозы на излечение в ряде случаев благоприятные. Смертность при данной патологии составляет не более 30%. Для сравнения: 30 лет назад смертность от гастрошизиса превышала 70%.

Елена Клишина.

Информация и фото предоставлены пресс-службой АККЦОМД

Протез для дошкольника

«Протезировать? Шестилетке? Какая в этом необходимость? Ну, нет зубов, так ведь новые скоро вырастут!» – такое наверняка часто приходится слышать врачам детских стоматологических поликлиник. Однако если молочные зубы были утрачены раньше срока, то постоянные на их месте могут и не вырасти, рассказывает Евгения Алымова, врач-ортодонт детской стоматологической поликлиники № 1 г. Барнаула.



– Очень часто дети попадают к нам на прием с уже удаленными временными зубами, которые по срокам еще должны находиться в полости рта.

Иногда даже применение лучших стоматологических материалов и современных методик лечения опытными детскими докторами не всегда помогает спасти больной зуб от кариеса и его осложнений, и удаления не удается избежать. Бывает травма временного зуба, после которой его невозможно сохранить.



Минус зубы – минус к здоровью

Родители считают, что преждевременное удаление молочного зуба у ребенка не является проблемой, ведь «молочные зубы все равно рано или поздно выпадут и сменятся на постоянные». Это ошибочное мнение. Удалив молочный зуб раньше времени, можно получить целый ряд нежелательных последствий.

Во-первых, из-за этого нарушается процесс пережевывания пищи. Передний отдел зубного ряда не справляется с возложенной на него нагрузкой, вместо функции откусывания пищевого комка ему приходится и перемалывать его. Часть пищи проглатывается в недостаточно измельченном виде. Это приводит к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Во-вторых, неравномерная нагрузка идет на жевательную мускулатуру, что сказывается на развитии челюстных костей. Те отделы челюсти, которые оказываются выключенными из жевательного процесса вследствие отсутствия зубов, замедляют рост. Так закладываются челюстно-лицевые аномалии, требующие длительного ортодонтического лечения.

В-третьих, если молочные зубы были удалены задолго до срока смены постоянных зубов (6 месяцев и более), то прорезывание зачатков затруднено из-за наличия толстого

уровня костной ткани на альвеолярном отростке. В таком случае зубы прорезаются или вне зубной дуги (дистопия) или вообще оказываются «замурованными» в челюсти (ретенция) и не прорезываются.

Если перед так называемым «шестьмым зубом» (первым постоянным моляром) отсутствуют молочные зубы (рано удалили), то этот зуб смещается ближе к центру челюсти, а остальным зубам не хватает места. Так образуется скученность зубов в переднем отделе.

Недоразвитие челюсти происходит как следствие укорочения зубного ряда и проявляется в нарушении пропорций лица, изменении конфигурации его отделов.

Кроме того, появляются проблемы с дикцией, а отсюда – психологический дискомфорт, который испытывает ребенок при общении со сверстниками.

Дистопия приводит к пародонтиту – воспалению мягких и костных тканей, окружающих скученные зубы. Воспалительные процессы в пародонте и кишечнике становятся причиной снижения иммунитета. Вследствие частых простудных заболеваний замедляется психическое и физическое развитие ребенка.

Возникновение неправильного прикуса в детском возрасте из-за ран-

Продолжение на стр. 18 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 17»

него удаления временных зубов приводит к патологическим изменениям в височно-нижнечелюстном суставе.

Коронка или пластинка?

Что делать, если сохранить молочные зубы все же не удалось и их пришлось удалить? На помощь приходит профилактическое протезирование, этот метод используется для предупреждения патологии прикуса. Есть разные варианты профилактических протезов, и нужный именно вашему ребенку подберет врач-ортодонт.

Один вариант – съемные пластинки с искусственными зубами. Они могут совмещать функции «сохранителя» места и рабочего ортодонтического аппарата, например, для расширения зубного ряда.

Другой вариант – металлическая коронка на рядом стоящий зуб с распоркой. Коронка фиксируется на зубе с одной стороны дефекта зубного ряда, распорка упирается в зуб с другой стороны, сохраняя место, препятствуя смещению зубов, но не препятствует прорезыванию постоянного зуба. Когда зуб прорезывается, аппарат снимают, и зуб занимает свое место в зубном ряду.

Перед тем как принять решение о сохранении места для зачатка постоянного зуба, врач должен сделать ребенку панорамный снимок, чтобы убедиться в наличии зачатков всех постоянных зубов. Потому что при отсутствии каких-то из них тактика лечения может измениться.

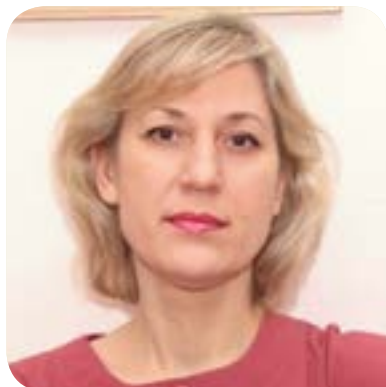
– Самый главный шаг в профилактике – привить ребенку культуру стоматологического здоровья. Не пугайте ребенка предстоящим визитом к стоматологу. Цель родителей и стоматологов – настроить ребенка на регулярное посещение врача для профосмотров. У стоматолога будет возможность «поймать» начальные проявления кариеса, предотвратить его развитие. И тогда проблема раннего удаления временного зуба не коснется вашего ребенка, – советует Евгения Игоревна.

Подготовила Елена Клишина.

Фото предоставлено
Евгенией Алымовой

Родом из детства

Отношения, которые не устраивают. Работа, которая не приносит удовольствия. Жизнь, которая проходит по чужим правилам. С такими мыслями и ощущениями тысячи людей переходят изо дня в день. Когда чувство тупика становится нестерпимым, самые смелые отваживаются на поход к психологу или психотерапевту. И в этой точке начинаются открытия – оказывается, что буквально все неразрешенные ситуации свое начало берут еще в детстве. Как психологические травмы, которые произошли в ранние годы, отражаются на взрослых, а самое главное – что с ними делать – поможет разобраться практический психолог, арт-гештальт-терапевт, семейный психотерапевт с 20-летним стажем Ирина Волченко.



Нырнуть глубже

«Крайне редко люди обращаются с запросом: помогите, у меня психотравма. Чаще всего ее не замечают и приходят на консультацию по поводу того, что не складываются отношения с противоположным полом или же в коллективе. Мы начинаем работать с актуальной для них темой и в процессе общения приходим к пониманию того, что они пережили психологическую травму. Но не прожили ее правильно и застряли в травмирующей ситуации, – объясняет Ирина Волченко. – Практически с каждым пациентом мы «ныряем» в детство, и выясняется, что в отношениях с мамой или папой были поломки. А на этапе первичного становления очень важна поддержка родителей, когда они не ругают, не критикуют, а говорят, что все обязательно получится, не надо переживать – я тебе помогу».

Далеко не всегда причиной рождения травмы становится по-на-

стоящему стрессовая ситуация – катастрофа, потеря близких, прямое или косвенное участие в насилии – физическом или эмоциональном. Довольно часто травмирующими оказываются, казалось бы, безобидные реплики со стороны взрослых – «у тебя руки не оттуда растут», «на тебя нельзя положиться», «не умничай» и прочие. Так рождается обесценивание каких-либо качеств ребенка, которое в дальнейшем влияет на его самооценку. По словам психолога, травма может произойти в любом возрасте, но в подсознание уходят именно детские травмы и там фиксируются.

Специалисты в области психологии различают 5 основных травм: травма предательства, несправедливости, травма покинутого, отверженного и – униженного. Они вырастают из простых бытовых ситуаций. «Так, например, молодым родителям нужно учиться или строить карьеру, и они на какое-то время отдают

ребенка на воспитание бабушке. Она поможет закрыть все основные физические потребности малыша, но не в ее силах «напитать» ребенка, создать ему необходимую психологическую атмосферу, у нее нет гормонального фона мамы, – поясняет Ирина Волченко. – Взрослые могут этого не осознавать, а у ребенка формируется травма покинутого. Когда это происходит, на подсознательном уровне он чувствует, что что-то недополучил, возникает вопрос его ценности, значимости, неприятия миром. Такое может произойти и когда первый ребенок видит, сколько внимания уделяется младшему, когда он сам был обделен им. В таком случае может возникнуть травма несправедливости и вместе с ней – чувство ущербности, неполноценности. Повторюсь, все это происходит на подсознательном уровне. И когда ребенок становится взрослым и вступает в отношения, у него запускается определенная линия поведения».

По стопам родителей

«Когда человек начинает формироваться как личность, он ищет признания, а также того, кто подтвердит его ценность. Если родители дали правильные базовые установки: с тобой все в порядке, ты желанный, ценный, значимый, талантливый, любимый, нужный, то ребенок гармонично развивается. Он раскрывает свои таланты и активно реализуется в жизни, – продолжает эксперт. – Если родители этого не дали, ребенок начинает добирать недостающее из внешней среды – от друзей, преподавателей, коллег, любимых. И часто случается так, что такие люди попадают в ситуацию, которая будет их травмировать. Например,

в паре приветствуются партнерские отношения – два взрослых человека строят совместный быт, обмениваются любовью, заботятся друг о друге. Если же была психотравма, то один будет от другого буквально выжимать признания в любви, требовать ее, просить оценить и признать его. То есть формируется отношение как к матери или к отцу».

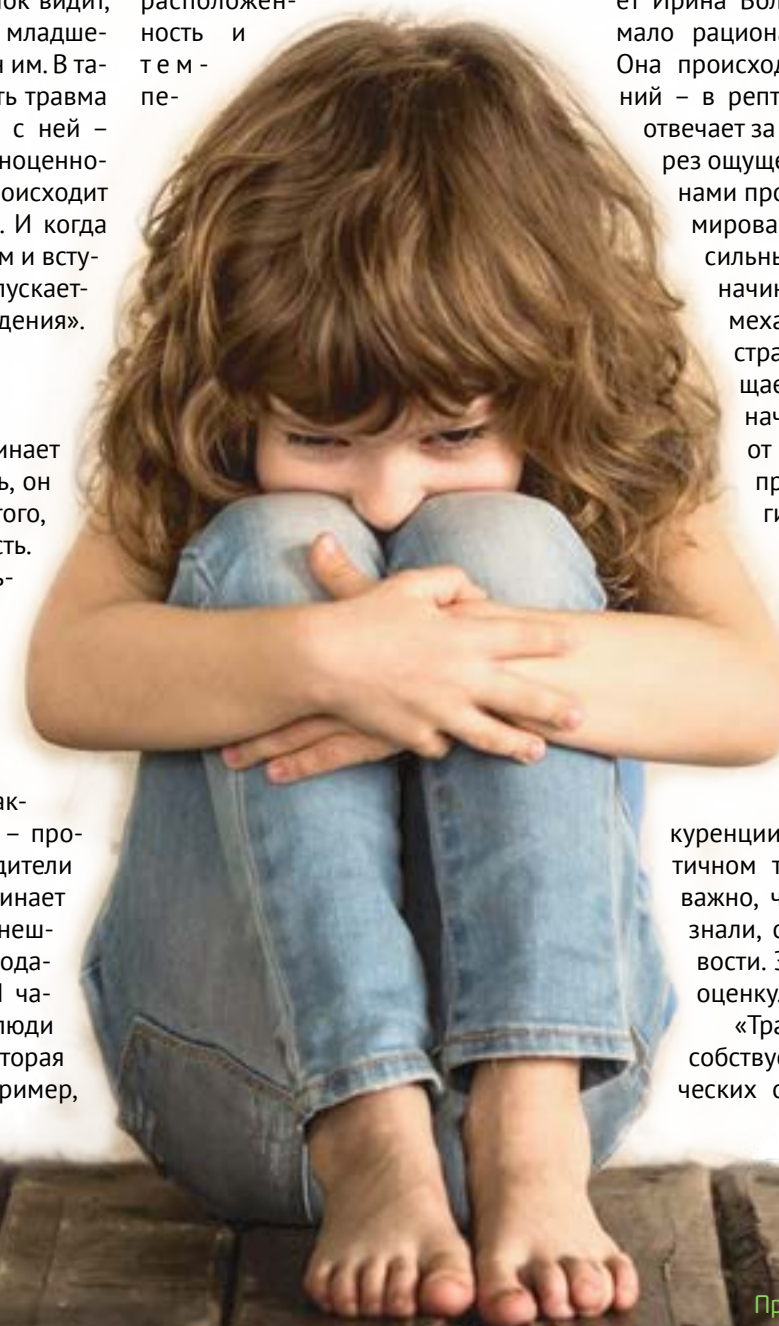
По словам психотерапевта, практически каждый человек был травмирован. Но у всех разные психические ресурсы, разная генетическая predisposition и темпе-

рамент. Так, холерики и меланхолики обладают более слабой и подвижной нервной системой. Им сложнее справиться с трудностями самостоятельно, чаще требуется помощь психологов.

«Как правило, психотравма формируется на основе сильных неконтролируемых эмоций. Впоследствии она проявляется в определенных условиях и ситуациях. Не всегда это видно сразу. Посттравматическое стрессовое, депрессивное или же тревожное расстройство может появиться и спустя полгода, – продолжает Ирина Волченко. – В психотравме мало рационального, сознательного. Она происходит на уровне ощущений – в репильном мозге, который отвечает за выживание. Именно через ощущения мы понимаем, что с нами происходит. Во время формирования травмы возникают сильные волнения, и активно начинает работать защитный механизм. Психика перестраховывается и защищает организм – человек начинает отгораживаться от реальности, включается процесс отрицания и другие механизмы».

Каждая травма накладывает отпечаток на определенную сферу жизни. Так, травма несправедливости больше проявляется в карьере. Например, когда речь идет о конкуренции и нездоровом, фанатичном трудолюбии. Человеку важно, чтобы его заслуги признали, оценили по справедливости. Это влияет на его самооценку.

«Травма покинутого способствует созданию невротических отношений в паре или



Продолжение на стр. 20»

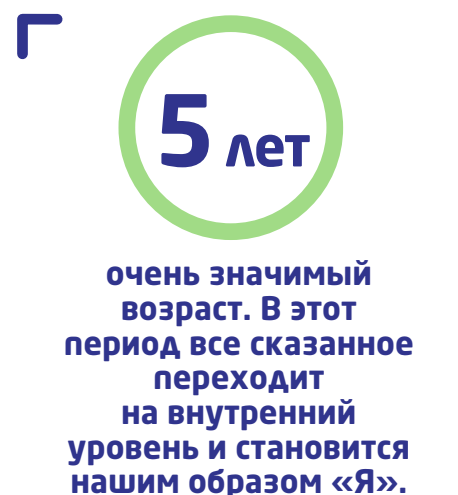
«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

семье. Человек будет зависеть от партнера – привяжется сам и будет привязывать его. Так он пытается обрести защищенность и успокоенность, но это приобретает такие формы, что партнеру в подобных отношениях становится трудно дышать – ему не дают свободу, нарушают границы. Отношения становятся токсичными, из них хочется выкарабкаться. В такие моменты начинаются болезненные разрывы, люди могут несколько раз сдвинуться и расойдуться, – объясняет Ирина Волченко. – Происходит возврат в первичные отношения, важно все высказать родителям. Именно поэтому мы говорим о том, что большую роль в жизни каждого играет то, как относились к нам родители, что говорили, как оценивали. В этом плане очень значим возраст в районе 5 лет – в этот период все сказанное переходит на внутренний уровень и становится нашим образом «Я». Позитивные оценки формируют успешный образ «Я». Негативные – соответствующий. Детские установки влияют на уверенность в себе – с создавшейся самооценкой мы идем в интимные, семейные, деловые отношения, в коллектив».

Помоги внутреннему ребенку

«Травмы формируются в детском возрасте – ребенок в буквальном смысле страдает. Он вырастает, становится взрослым, но внутри него остается жить детский опыт. Эмоциональный внутренний слой – это наш внутренний ребенок. Если он удовлетворен, обласкан, согрет любовью, ему дали в детстве внимания столько, сколько нужно, – он гармонично живет в нас и проявляется в отношениях через спонтанность, гибкость, открытость. Если эмоциональная сфера страдает, то это страдает наш внутренний ребенок. Именно поэтому нужно идти разбираться в детство», – говорит Ирина Волченко.

Если человек не готов обращаться за помощью к психологу, можно попробовать гармонизировать эмоциональную сферу самостоятельно. Для



очень значимый возраст. В этот период все сказанное переходит на внутренний уровень и становится нашим образом «Я».

этого в тот момент, когда человеку плохо, нужно понять, в каком состоянии находится его внутренний ребенок. Он может быть не только капризным, но и обиженным, униженным, оскорбленным. В такой ситуации важно быть в контакте с окружающим миром, уметь слушать своего партнера, который также может делать подсказки, отмечает психотерапевт. Подобная диагностика может быть довольно эффективна. Если же приходит четкое понимание тупика – стоит обратиться к специалисту.

«Самопомощь поможет разгрузить, но не решить проблему. Скорее всего, человек будет наткаться на нее снова и снова. Это могут быть нескончаемые трудности с финансами, со здоровьем (психосоматика), в отношениях с близкими людьми и коллективом, – говорит эксперт. – Самостоятельная работа – схематична и ограничена. Если человек не осознает свои чувства, ему будет тяжело погрузиться в них. Когда он застревает в какой-либо ситуации, у него нет ресурсов отрегулировать свое состояние. Он не может создать нужный настрой, сконцентрироваться, у него отсутствует эмоциональная стабильность. Если человек осознанный – понимает, что травма мешает жить, он идет глубоко – прорабатывает ситуацию и проще ее проходит. Мы обращаем внимание на проблему, даем энергию, снимаем часть напряжения, и психика начинает перестраиваться. Другими словами,

психотерапевт помогает расширить восприятие проблемной ситуации».

В непонятной ситуации – иди к терапевту

Как правило, для устранения детских травм психологи проводят не одну встречу. Чтобы проработать проблему, требуется цикл сеансов. Во время них человек получает информацию о себе, и это дает возможность осознавать, что с ним происходит в напряженный момент, и регулировать внутреннее состояние, отмечает Ирина Волченко.

Чтобы помочь пациенту пройти травмирующий опыт, психологи и психотерапевты используют различные методики. Одними из ключевых методик Ирина Волченко называет арт-терапию и телесно-ориентированную терапию. Первая работает на образах и помогает глубоко заходить в подсознание, а вторая выявляет тревожные симптомы и дает возможность через ощущения и телесный контакт проработать проблемы. Каждый метод включает широкий набор терапевтических практик.

Психолог рекомендует в первую очередь обращать внимание на телесный уровень. Через него можно отслеживать прогресс. «При травмирующем опыте тело всегда выдает различные соматические симптомы – оцепенение, гипервозбуждение, не очень адекватное поведение, уход от контакта с реальностью, – поясняет специалист. – Кроме того, напряжение скапливается в различных участках тела, и возникают телесные зажимы. Так, зажатый плечевой пояс говорит о гиперответственности. Как правило, мы не умеем распознавать свой чувственный пласт. Важно научиться слушать себя. Возник страх – задайте себе вопрос: о чем этот страх? И отслеживайте свои ощущения, чувства».

Современный мир таков, что жить приходится в ежедневном стрессе и информационных атаках. В таких условиях важно научиться отличать свои переживания от идущих извне – со стороны общества – и слышать себя.

Ирина Савина

Осторожно: КЛЕЩ!

Мистер Кот идет в поход

ЗНАТЬ ОБ ЭТОМ ДОЛЖЕН КАЖДЫЙ: БЕЗОПАСНОСТЬ – ЭТО ВАЖНО!

и вовремя проходить вакцинацию

а чтобы такого не повторилось, всегда пользуйтесь репеллентами

тщательно осматривайте себя

вспученного клеща поместите в баночку и отвезите в ближайшую лабораторию для анализа

куда сдать клеща можно узнать по телефону (3852) 50-40-34

ничетом захватите клеща как можно ближе к хоботку

покачиваясь стороны

в сторону аккуратно потяните вверх

это еще не конец, кот! на твое место придет другое!

о нет, я забыл о хвосте

ну ничего, сейчас мы с этим разберемся

отличное место для пива и олочки

шляпка

шарф

заправленная в штаны куртка

плотно прилегающие рукава

КРАЕВОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

656056, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23, т. (3852) 666-750, www.medprofaltay.ru

Заложники еды

Пища – то, без чего не сможет жить и развиваться любая живая организм. Вместе с тем примерно 9% населения земного шара страдает нарушениями пищевого поведения. Для одних еда становится культом, для других – бичом здоровья. В чем причина таких расстройств и как найти золотую середину, расскажет старший медицинский психолог Алтайского краевого наркологического диспансера, кандидат психологических наук Галина Неверова.



Новые игроки

Сегодня психологи и психотерапевты довольно часто сталкиваются с пищевыми зависимостями и другими нарушениями пищевого поведения. Наиболее распространены – анорексия и компульсивное (неконтролируемое) переедание, отмечает эксперт. «Такие заболевания относятся к эмоциональному типу расстройств и включают в себя целый ряд нарушений. **Анорексия** – полный или частичный отказ от



приема пищи. Люди, страдающие ею (чаще всего это девочки-подростки), сначала снижают количество потребляемой пищи, а потом могут отказаться от нее вообще. Их вес обычно ниже нормы минимум на 15%, но они продолжают считать себя полными (толстыми) и боятся набрать «лишние килограммы», – поясняет Галина Неверова. – Также нередко приходится сталкиваться со случаями **булимии**. Этому расстройству пищевого поведения свойственны повторяющиеся приступы обжорства, так называемые пищевые «кутежи». После них люди стараются избавиться от съеденного, вызывая у себя приступы рвоты или же принимая слабительное. Жизнь в стрессе приводит к тому, что участились случаи **компульсивного переедания**, которое приводит к набору лишнего веса. А это порождает новый стресс».

Сравнительно недавно на поле пищевых нарушений появился новый игрок – **нервная орторексия**. «Это расстройство пищевого поведения, для которого свойственна навязчи-

вая потребность употреблять только здоровую, или «чистую» пищу. При этом продукты обычно делятся на две жесткие категории: «хорошая» и «плохая». Список второй может расти непропорционально, что приводит к увеличению иррационального страха перед этими продуктами, – отмечает психолог. – Выбор продуктов питания происходит по качественным характеристикам, а не личным вкусовым предпочтениям. Под запрет попадает сладкая, соленая, жирная пища, алкоголь, кофеин, генетически модифицированные продукты, а также продукты, которые содержат глютен (клейковину), крахмал, дрожжи, химические консерванты. Человек начинает активно увлекаться «полезными» диетами и системами питания, к примеру сыроедением. Каждый день он строго планирует меню и способ приготовления блюд».

По словам эксперта, страх перед запрещенными продуктами может доходить до степени фобии. В случае употребления «вредного» продукта

приверженцы такого подхода в питании начинают себя «наказывать». При этом, как правило, информация о вреде или полезных качествах продуктов берется из непроверенных источников, что может негативно сказаться на здоровье.

«Полное исключение из рациона определенных групп продуктов может привести к истощению или социальной блокаде – орторексии плохо находят общий язык с людьми, которые не разделяют их убеждения в плане питания, даже если это родные и близкие. Более того, иногда круг социальных контактов резко ограничивается. Люди делятся на две категории: «свои» (питаются правильно и достойны уважения) и «чужие» (употребляют вредную пищу, над ними проявляется явное чувство превосходства), – говорит Галина Неверова. – Стоит сказать, что орторексия может привести к неосознанному протесту из-за жесткого регламента по питанию. В результате чего человек начинает употреблять в больших количествах «запрещенные» продукты, а это самый короткий путь к развитию булимии. Даже если он справится со срывом, его будет мучить депрессия и чувство вины, усугубляя психологическое расстройство».

В поисках красоты?

Причина подобных нарушений пищевого поведения нередко лежит на поверхности. «Молодые девушки и женщины начинают экспериментировать с питанием зачастую из-за желания похудеть. При неуверенности в себе и склонности к психологическому самобичеванию, попав под влияние модных течений о правильном питании, они пересматривают свое меню, начинают перечитывать статьи о продуктах и общаться с людьми, которые «проповедуют» правильное питание, – продолжает Галина Неверова. – В какой-то момент оно становится навязчивой идеей. Это приводит к тому, что из меню исключаются многие «спорные» продукты. Отказ от посиделок с друзьями в кафе становится все более частым по причине отсутствия там полезной пищи. В целом в общении с окружающими появляются

проблемы, ведь не всем хочется постоянно слушать речи исключительно о правильном питании».

В группу риска могут входить также зрелые люди, для которых слово «правильный» играет важную роль: правильное питание, правильный образ мысли и жизни, правильный подход ко всему, с чем приходится сталкиваться. Это является подсознательным стремлением к одобрению со стороны, ведь правильное ни сам человек, ни его окружающие не могут оценить негативно, отмечает психолог. Орторексия может возникнуть и у перфекциониста – человека, который во всем стремится к совершенству, предъявляя к самому себе завышенные требования.

Исцеление через осознание

«Расстройства питания связаны с приемом пищи и с предшествующими или последующими эмоциональными состояниями. На поверхности лежат переживания, связанные с количеством и видом потребляемой еды, «потерей контроля» над своим пищевым поведением, избытком съеденной пищи или попытки как можно скорее избавиться от съеденного. Также большую роль играют глубокие переживания из-за недовольства своей внешностью, в частности весом. Все вышеперечисленное оказывает разрушительное влияние на самооценку, взаимоотношения с окружающими и способность справляться с жизненными проблемами вообще, – подчеркивает эксперт. – Самостоятельно избавиться от любого расстройства пищевого поведения (РПП) получается довольно редко. Прежде всего потому, что они затрагивают функционирование нашей психики. И в то время как люди, страдающие РПП, думают, что надо просто разобраться с едой (как, что, сколько есть), на деле разобраться надо с собственными психическими процессами: чувствами, мыслями, установками, поведением. А это не всегда просто, особенно учитывая, что часть этих процессов может протекать вне нашего осознания».

Так, лечение нервной орторексии заключается в том, чтобы помочь че-

ловеку восстановить здоровые отношения с пищей и решить физические и психологические проблемы, которые способствовали ее возникновению. «Ключевым шагом на пути к выздоровлению является осознание самим пациентом того, что его тяга к здоровому питанию перерастает в одержимость, ухудшает качество жизни. На начальных этапах с расстройством можно справиться самостоятельно: необходимо переключиться с мыслей о пользе еды, не отказываться от встреч с друзьями в ресторанах и кафе, прислушиваться к желаниям организма», – говорит Галина Неверова.

Но если человек чувствует, что все же не справляется с ситуацией самостоятельно, ему следует обратиться за профессиональной помощью. Ее оказывают врачи-психиатры, психологи и диетологи. Комплексное лечение включает психотерапию, постепенное изменение рациона, а также прием медикаментов. «Психотерапевт поможет скорректировать ошибочные, деструктивные представления (о своей личности и эталонах красоты, здоровья, успешности), выработать новые поведенческие паттерны – пищевых привычек, навыков саморегуляции, общения, а также проработать личностные проблемы. При выраженном эмоциональном напряжении, тревожности, подавленности, депрессии потребуются прием медикаментов. Препараты назначаются психиатром индивидуально, – подчеркивает специалист. – И, в свою очередь, диетолог составит программу питания, включающую несколько этапов. Постепенно в рацион вводятся продукты из «запрещенных» ранее, дополнительно назначаются витаминно-минеральные комплексы. Успешность введения нового рациона обсуждается на сеансах психотерапии».

Конечно, расстройства пищевого поведения не столь социально опасны, как, например, зависимость от алкоголя или наркотиков. Но от них тоже необходимо избавляться, тем более что без табака, алкоголя, азартных игр, наркотиков человек может прожить всю жизнь, а без еды жизнь невозможна.

Ирина Савина

Время бросить курить

31 мая с 1988 года по инициативе ВОЗ отмечается как Всемирный день без табака. В этом году весь май был объявлен месяцем отказа от никотина. Наступление на пагубную привычку идет буквально по все фронтам – во всем мире, в России и в ее регионах.

Хроника борьбы

В декабре прошлого года Всемирная организация здравоохранения запустила глобальную кампанию «Пандемия COVID-19 – повод отказаться от табака», рассчитанную на год. Она была объявлена в рамках подготовки к Всемирному дню без табака в 2021 году. В частности, ВОЗ учредила новую инициативу по обеспечению доступа к средствам для отказа от табака, которая предполагает бесплатное предоставление цифровых консультаций. Партнерами ВОЗ в этом вопросе стали Facebook, WhatsApp и другие компании ИТ-сферы. С их помощью ВОЗ внедряет чат-боты и цифровых «работников здравоохранения». К примеру, цифровой консультант по имени Флоренс помогает составить персональный план по отказу от табака и рассказывает людям о доступных в их странах мобильных приложениях и бесплатных телефонных линиях по поддержке отказа от курения. Также ВОЗ запустила в мессенджере WhatsApp челлендж «Откажись от табака» (QuitChallenge) – подписанные на него люди будут бесплатно получать на свои мобильные устройства сообщения с информацией о том, как бросить курить.

Предполагается, что благодаря цифровым инструментам смогут бросить курить 1,3 млрд человек во всем мире. «Ежегодно курение убивает



8 млн человек, но пандемия является эффективным стимулом для курильщиков, которым для преодоления этой привычки требуется дополнительная мотивация», – отметил Генеральный директор ВОЗ доктор **Тедрос Аданом Гебреисус**.

Накануне Всемирного дня борьбы с курением были отмечены положительные результаты российских мероприятий, направленных на борьбу с никотиновой зависимостью. А именно то, что распространенность потребления табака среди взрослых россияне снизилась с 39,4% в 2009 году до 25% в 2020-м. В связи с этим Минздрав России был удостоен награды ВОЗ за вклад в борьбу с табакокурением.

Курят, подражая взрослым

В краевой столице в рамках акции «Единые дни профилактики», организованной комитетом по образованию г. Барнаула, психологи детско-подросткового отделения Алтайского краевого наркологического диспансера провели профилактические занятия с учащимися городских школ. Цель этих встреч – формирование у школьников устойчивой мотивации к здоровому образу жизни и отказу от табакокурения. Занятия состоялись 28–30 апреля и 12–13 мая. В них приняли участие более 400 учащихся двенадцати образовательных организаций – школ,

ВОЗ рекомендует

Отказ от табака – немедленная польза

Отказ от табака приносит пользу здоровью как сразу, так и в долгосрочной перспективе.

- Через 20 минут после прекращения курения замедляется пульс.
- В течение 12 часов содержание угарного газа в крови снижается до нормального уровня.
- В течение 2–12 недель улучшаются кровообращение и функция легких.
- В течение 1–9 месяцев постепенно пропадают кашель и одышка.
- Через 5–15 лет риск инсульта уменьшается до аналогичного уровня у некурящего человека.
- В течение 10 лет риск развития рака легких уменьшается, по сравнению с риском для курильщика, примерно в два раза.
- В течение 15 лет риск развития болезней сердца уменьшается до аналогичного уровня у некурящего человека.

гимназий и лицеев. Также занятие по запросу было проведено в детском туберкулезном санатории.

– Курение – вид наркомании. Для многих курильщиков курение является способом самовыражения, и поэтому бросить курить не так просто, – считает медицинский психолог АКНД **Светлана Коновалова**. – Кроме того, вместе с привычкой постепенно формируется никотиновая зависимость. И если привычка возникает только у 7–10% курильщиков, то зависимыми становятся порядка 90%. Впервые прикоснувшись к сигарете, а это часто происходит в подростковом возрасте, человек не задумывается о последствиях для своего здоровья. Но дым сигарет постепенно подтачивает здоровье курильщика и приводит к появлению серьезных болезней.

Ее коллега **Полина Корелова** подтверждает: особенно сильно страдает еще не окрепший детский и подростковый организм. Вред подростко-

вого курения состоит в угнетении центральной нервной системы и головного мозга. Никотиновые смолы истончают нервные клетки, вызывают утомление, понижают активность головного мозга, снижают зрительное цветовое восприятие. При постоянном курении у подростков уже с первых недель потребления никотина начинается слезотечение, появляются отечность и краснота глаз. В дальнейшем курение приводит к хроническому воспалению зрительного нерва, повышению чувствительности к свету и отслоению сетчатки. Появляются тяжелые заболевания пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем.

Основная часть курильщиков – это ученики старших классов в возрасте от 14 до 16 лет. Школьники в основном обманом достают деньги у родителей и родственников на приобретение сигарет. В результате ухудшаются семейные взаимоотношения и возникают серьезные конфликты. Основными причинами курения подростков являются: стремление стать взрослыми; подражание сверстникам и старшим товарищам; негативная обстановка в семье; психологические проблемы; проблемы социальной адаптации, взаимоотношений и общения.

– Что может помочь в борьбе с подростковым курением? Прежде всего пример взрослых. Если мы хотим, чтобы ребенок не курил, тогда и сами не должны делать этого, – рассказывает медицинский психолог АКНД **Сергей Носырь**. – Родители несут ответственность за детей, в том числе она предполагает осознанное отношение к своему поведению. Причем задумываться над тем, как мы себя ведем, следует еще до появления ребенка на свет. Кроме того, воздерживаться от курения могут помочь физическая культура, спорт, занятия в кружках, библиотеках, правильная организация свободного времени, интересный и содержательный отдых. А праздность и безделье, наоборот, почва для формирования вредных привычек. Каждому необходимо это как можно глубже понять и осознать. Никто не должен добровольно разрушать свой организм.

Факт

Хорошая новость: можно обрести существенные преимущества для здоровья, бросив курить в любом возрасте. Те, кто бросил курить в возрасте **30–35** лет, имеют продолжительность жизни, равную продолжительности жизни никогда не куривших людей.

Механизм развития никотиновой зависимости

Обычно пристрастие к табаку начинается в подростковом возрасте и принимается за некое бальзамство. Однако эта пагубная привычка очень быстро перерастает в зависимость. Сначала, конечно, психологическую, так как для любого курильщика процесс курения становится методом общения с другими людьми, способом отвлечься, сосредоточиться и т.д.

У большинства зависимых людей есть привязка курения к разным ситуациям – перерыв на работе, завтрак с чашечкой кофе и сигаретой, ожидание транспорта, встреча и отдых с друзьями, волнение перед различными событиями. Курение становится мощным ритуалом, который формировался годами. Но это обман и само внушение, а разрушить его непросто. Из-за него у человека не срабатывает функция самозащиты, которая должна предостерегать его от всего, что может навредить, считают специалисты.

Формирование физической зависимости от табака происходит при участии центральной нервной системы. Основное вещество, которое передает импульсы между ядрами и клетками ЦНС, – нейромедиатор дофамин. Если высвобождается много дофамина, человек испытывает удовольствие, а при падении количества дофамина он ощущает абстинентные симптомы. Через 7–10 секунд курения никотин по-

Продолжение на стр. 26 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

падает в головной мозг. После первичного потребления никотин повышает дофаминовую передачу, давая приятные ощущения и вызывая привыкание. Регулярное курение меняет комплекс передачи дофамина, никотин становится частью этого комплекса, то есть без данного вещества передача дофамина не будет нормальной. Возникает сильная тяга к курению, или никотиновая зависимость.

Важно!

Вред никотина

Этот алкалоид является очень сильным нейротоксином. Слишком большое содержание его в крови может привести к остановке сердца и параличу центральной нервной системы.

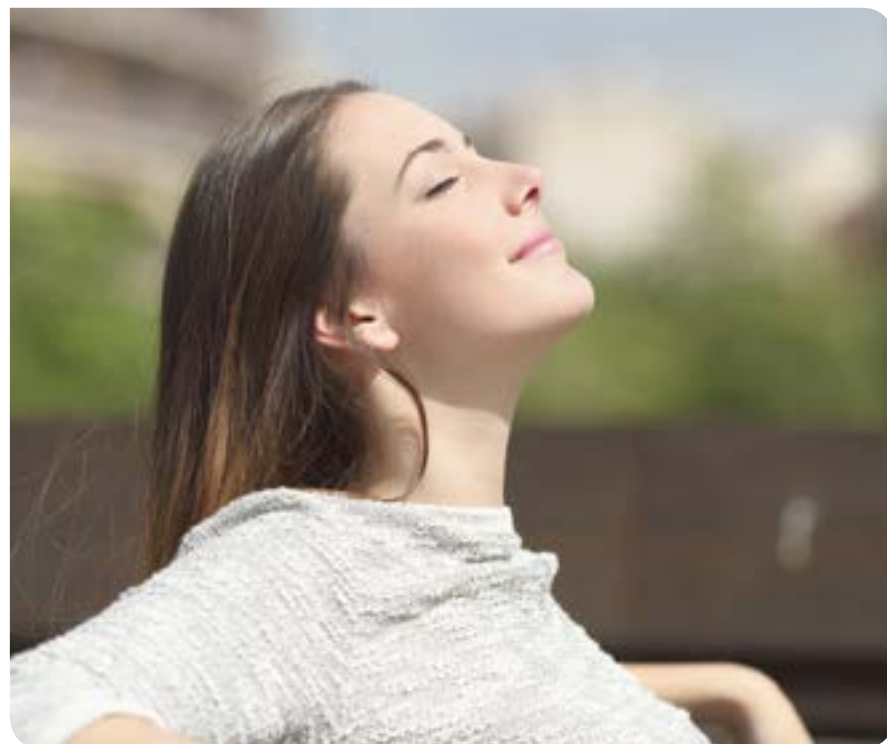
Смертельная доза для среднестатистического взрослого мужчины – от 40 до 80 миллиграммов.

Никотин вызывает зависимость, а при регулярном попадании в организм может привести к развитию различных сердечно-сосудистых заболеваний, рака легких, стать причиной воспалительных процессов мягких тканей ротовой полости.

Вот перечень некоторых последствий влияния никотина на организм человека: воспаление слизистой оболочки желудка; нарушение обменных процессов; цирроз и некоторые другие заболевания печени; остеондроз позвоночника; ангиоспазм внутренних органов; геморрой; ожирение; язвы на коже; трофические расстройства; воспалительное поражение периферических нервов; ишемический инсульт; нарушение мозгового кровообращения; атеросклероз; шум в ушах; снижение зрения.

Информация и фото предоставлены АKNД. Использована информация сайта ВОЗ

Легко дышать



Уже больше года люди стали чаще слышать слово «одышка». Зачастую теперь оно ассоциировано с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также ее осложнением – пневмонией. На самом деле одышка может быть тревожным звонком и указывать на развитие различных заболеваний. О каких патологиях она сигнализирует – поможет разобраться врач-терапевт Диагностического центра Алтайского края Евгения Ларионова.



Физиология или патология?

– Одышка, или диспноэ, с греческого языка дословно переводится как «нарушение дыхания». Это субъективное чувство дыхательного дискомфорта, которое может различаться

качеством ощущений и их различной интенсивностью, – поясняет Евгения Ларионова. – Другими словами, это приспособительная функция организма, которая выражается в изменении частоты, ритма и глубины дыхания. Нередко такое состояние сопровождается чувством нехватки воздуха.

В зависимости от факторов, которые привели к возникновению одышки, ее подразделяют на физиологическую и патологическую, отмечает терапевт. Первую испытывал хоть раз в жизни каждый человек, и это нормально. Она возникает при повышенной физической нагрузке как реакция организма на нее. Особенно если организм не подвергается физическим нагрузкам постоянно. Также физиологическая одышка появляется на больших высотах в условиях гипоксии (нехватки кислорода) и в замкнутых помещениях с увеличенным количеством углекислого газа (гиперкапния).

Как правило, физиологическая одышка проходит быстро. Достаточно просто устранить гиподинамию (сидячий образ жизни), при занятиях спортом постепенно увеличивать нагрузку и также постепенно адаптировать организм к подъему на высоту.

Но если одышка не проходит долгое время и создает существенный дискомфорт, это говорит о ее патологическом характере и сигнализирует о наличии заболевания в организме.

«Обычно это происходит внезапно или с постепенным усилением интенсивности в тех ситуациях, при которых ее ранее не было. Такая одышка может появиться при небольшой физической нагрузке или даже в покое», – отмечает врач.

Системы в тревоге

По словам специалиста, патологическая одышка – один из наиболее неприятных симптомов у больных с заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Вследствие данных патологий нарушается кровообращение. Внутренние органы страдают от нехватки кислорода, а в крови происходит накопление углекислого газа. Реакция организма на такое состояние – учащение дыхания: за единицу времени через легкие прокачивается больший объем воздуха. Если в положении лежа и после физической нагрузки одышка возникает или же усиливается – это говорит о сердечной патологии.

Если для одышки характерен затрудненный вдох и она проходит в положении сидя или полусидя, то это

говорит о проблемах с дыхательной системой. В таких случаях появление одышки связано с возникшими препятствиями для прохождения воздуха по дыхательным путям (к примеру, сужением просвета бронхов).

В связи с этим одышку считают типичным симптомом бронхиальной астмы. При ней у пациента затруднен выдох. Кроме того, одышка возникает в случаях, если дыхательная поверхность легочной ткани уменьшена. При этом интенсивность работы легких увеличивается – люди делают частые вдохи, которые необходимы для сохранения необходимого количества кислорода, поступающего в кровь.

В список патологий дыхательной системы, сопровождаемых одышкой, входят новообразования, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких и ряд других.

Но не только кардиореспираторная система может подавать такие сигналы. «Одышка также способна возникнуть при воздействии на дыхательный центр различных токсинов, в том числе при инфекционных заболеваниях, приеме наркотических веществ, при воздействии отравляющих веществ на клеточном уровне», – продолжает терапевт.

Кроме того, причиной одышки может быть анемия. Даже при нормальной деятельности легких и сердца дефицит гемоглобина и эритроцитов приводит к недостаточному обеспечению органов необходимым объемом кислорода. Для компенсации этого нарушения организм увеличивает частоту дыхания неврозами и паническими атаками. В таких случаях клинические обследования не выявляют сердечно-сосудистых и легочных патологий, однако субъективно человек страдает от недостатка воздуха, а появление психоэмоциональных изменений провоцирует учащение дыхания, вследствие чего возникает одышка.

Также она может быть вызвана различными опухолями, травмами грудной клетки, проблемами с желудочно-кишечным трактом. Так, например, осиплость голоса, кашель, одышка – характерные симптомы эзофагита. Ожирение и сахарный диабет – частые причины возникновения одышки.

Справка

Одышка – это нарушение дыхания, которое сопровождается изменением его частоты и глубины. Как правило, дыхание при одышке учащенное и поверхностное, что является компенсаторным механизмом (приспособлением организма) в ответ на недостаток кислорода. Одышка, возникающая при вдохе, – инспираторная. При выдохе – экспираторная. Также она может быть смешанной, то есть встречаться и на вдохе, и на выдохе. Субъективно одышка ощущается как нехватка воздуха, ощущение сдавливания грудной клетки.

Во всех этих случаях одышка ограничивает физическую активность пациента и снижает их качество жизни. Зачастую она сопровождается чувством тревоги и страха.

Причина и следствие

– Учитывая такое множество причин для одышки, пытаться лечить это состояние самостоятельно – абсолютно нецелесообразно. Любая одышка, возникшая остро, особенно при небольшой физической нагрузке, в покое, быстро нарастающая по выраженности, сопровождающаяся болями в груди, нарушением сознания, – это повод для немедленного обращения к врачу. Зачастую такие состояния требуют госпитализации в стационар, – подчеркивает Евгения Ларионова.

Одышка – несамостоятельное заболевание, а симптом. Поэтому крайне важно, прежде чем начать лечение, понять, что явилось причиной ее возникновения. Для этого следует обратиться к терапевту. Как ни странно, зачастую врач может установить диагноз уже после тщательного опроса и осмотра пациента. При необходимости он использует лабораторные и инструментальные методы обследования и направляет на консультацию к кардиологу, пульмонологу или другому профильному специалисту.

Ирина Савина

Гречневая королева

Хотите похудеть или набрать вес? Есть продукт, который способен помочь в этом вопросе. Главное знать, что взять за основу. Конечно же, речь идет о кашах. Кукурузная, овсяная, ячневая – каждая хранит в себе множество полезных микроэлементов и витаминов. Но всегда ли каши будут полезны и как выбрать «свою» крупу – поможет разобраться диетолог Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики Ксения Чуманова.



Супертрио для завтрака

Каша по праву можно назвать базовым продуктом. Они сочетаются не только с мясом, рыбой, грибами, но и с овощами и даже – с фруктами. Их можно употреблять как самостоятельное блюдо, а также как гарнир или десерт. Они полезны тем, что содержат пищевые волокна, полиненасыщенные жиры, а вот холестерин в них – отсутствует.



Бесспорными лидерами в рейтинге полезности Ксения Чуманова называет гречневую и овсяную крупы. «Овсяная проигрывает гречневой в том, что обладает более высоким гликемическим индексом. А это означает, что после ее употребления последует большой выброс инсулина. Зато она содержит большое количество натуральных антиоксидантов, метионин – аминокислоту, которая положительно влияет на нервную систему, а также минералы, которые восстанавливают костную ткань, и железо, препятствующее развитию анемии», – подчеркивает диетолог.

Также в овсянке большое количество растительного белка, который необходим для строительства клеток. А кроме того, пищевых волокон. Они связывают холестерин и способствуют очищению стенок кишечника. Еще в состав овсяной крупы входит комплекс аминокислот и витамины группы В, оказывающие положительное влияние на состояние волос и ногтей. Из нее можно приготовить не только каши, но и кисели, овсяное печенье и котлеты, а также и много других вкусных и полезных блюд.

В 100 граммах овсяной крупы содержится около 12 г белка, 65 г углеводов и почти в два раза больше ценных растительных жиров, чем в гречке, – 5,8 г.

«По содержанию минералов гречка – на втором месте. Но главный плюс крупы – у нее низкий гликемический индекс, что делает ее королевой всех диетических столов. А еще гречка содержит рутин – вещество, которое улучшает реологию* крови, – продолжает специалист. – Она обладает антиоксидантными свойствами, способствует выведению из организма избыточного холестерина и ионов тяжелых металлов, снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний».

Гречневая крупа содержит в среднем 14 г белков, 67 г углеводов, более 3 г жиров (на 100 г сухого продукта).

Замыкает тройку лидеров перловая крупа – это очищенные от цветочной

пленки и отшлифованные зерна отборного ячменя (из ячменя вырабатывают два вида круп – перловую и ячневую). Эксперт отмечает, перловка содержит внушительный набор полезных веществ. Это витамины группы В, А, Е, РР, а также минералы и микроэлементы – цинк, кальций, медь, железо, хром, фтор, никель, натрий. «Перловая крупа – лидер по количеству фосфора. Она содержит лизин – аминокислоту, которая обладает противовирусным действием, поддерживает жизненный тонус организма и участвует в выработке коллагена. Также в ней большое количество клейковины – белкового вещества хлебных зерен, которая необходима людям с болезнями желудочно-кишечного тракта», – говорит Ксения Чуманова.

Ячневую крупу получают из дробленого, но не шлифованного ячменя, поэтому клетчатки в ней больше, чем в перловой. Семена ячменя содержат ферменты, витамины группы В, D, Е, РР, минеральные вещества – кальций, магний, фосфор, железо.

Перловая крупа содержит 9,3 г белка, 67 г углеводов, 1,1 г жира (на 100 г сухого продукта). Ячневая – 10 г белка, 1,3 г жира, 66 г углеводов.

Полезность в каждой ложке

«Трудно переоценить полезные качества каш – практически все они содержат витамины группы В и множество аминокислот и микроэлементов. Для завтрака каша – оптимальное блюдо, поскольку это медленные углеводы, которые дают нам энергию на весь день. При этом организму необходимо затратить энергию, чтобы их переварить, – продолжает Ксения Чуманова. – Практически все крупы содержат большое количество клетчатки, которая заставляет наш кишечник работать в активном режиме и, соответственно, улучшает моторику, что препятствует развитию запоров. Особенно это актуально при сидячем образе жизни».

Диетолог обращает внимание на то, что многие крупы можно использовать

для снижения веса. Исключение составляют манная каша и белый пропаренный рис. «Калорийность каш примерно у всех одинаковая, но вот гликемический индекс – разный. У пропаренного риса и манки он – высокий. К тому же они практически не содержат витаминов. Блюда из этих круп подойдут для набора веса, особенно тем, у кого проблемы с ЖКТ, – отмечает специалист. – Как мы уже говорили, гречка обладает низким гликемическим индексом. Ее можно использовать тем, кто хочет сбросить вес. Рис также можно использовать при похудении – он способен выводить избытки лишней жидкости. Несмотря на его калорийность и довольно высокий гликемический индекс, он отлично подойдет для монодиет и разгрузочных дней».

Если стоит цель – не навредить фигуре, то каши нужно есть с утра. Но стоит помнить: если добавить в них молоко, сахар, масло и подать такую кашу на ужин – она будет способствовать набору веса. В этом случае каша пойдет в плюс тем, у кого килограммы в минусе. Другими словами, наблюдается дефицит веса.

Диетолог обращает внимание то, что есть так называемые «пустышки» – каши, приготовленные из круп, которые руются (измельчаются). Например, манка – дробленая пшеничная крупа. Аналогично тому геркулес уже менее полезен, чем целый овес. В этот же список попадает пропаренный рис. «Все эти крупы обладают низкой пищевой ценностью. Следует помнить: чем больше обработана крупа – тем меньше в ней пользы. Практически все витамины содержатся в оболочках либо в слое под оболочкой, – отмечает Ксения Чуманова. – Большую пользу несет гороховая каша – источник белка и азотистых оснований. Она содержит около 20 г растительного белка и подойдет тем, кто придерживается диетического меню. Но перед приготовлением ее следует предварительно вымачивать в воде».

**Реология крови – ее текучесть. Ее определяет совокупность функционального состояния форменных элементов крови (подвижность, деформируемость, агрегационная активность эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов), вязкости крови (концентрация белков и липидов), осмолярности крови (концентрация глюкозы).*

На заметку

Рис – источник сложных углеводов и качественного белка. Он содержит высококачественный крахмал, витамины В1, В2, В6, РР, Е, а также фолиевую кислоту, которая участвует в кроветворении. Рис легко усваивается. Это незаменимый продукт для людей, страдающих болезнями пищеварительной системы. Он отлично сочетается с овощами, бобовыми и стручковыми культурами.

Кукурузная крупа содержит соли калия, фосфор, магний, медь, витамины группы В, Е, каротин, ферменты и крахмал.

Манную крупу изготавливают из зерен пшеницы. Центральная часть зерна, его сердцевина, делится на мелкие частицы. В манной крупе много крахмала – 73 г. Она содержит небольшое количество витаминов В1, В2, В6, Е, а также минеральные вещества – калий, кальций, натрий, магний, фосфор, железо. Процесс приготовления манной крупы значительно быстрее, чем других круп, поэтому манная каша сохраняет все полезные вещества. Она обладает высокой калорийностью и питательной ценностью.

Пшеничную крупу получают из проса. Она содержит около 12 г белка, 67 г углеводов, 3,3 г жиров, биологически активные аминокислоты и витамины В1, В2, В5, РР, а также множество микроэлементов – железо, золото, фтор, магний, марганец, кремний, медь, кальций, калий и цинк. Ее еще называют женской кашей, поскольку содержит множество веществ, полезных для волос и ногтей.

Пшеничная крупа вырабатывается из твердых сортов пшеницы. Это уникальный источник энергии для тех, кто ведет активный образ жизни. Она содержит 11,5 г белков, 1,3 г жиров, 63 г углеводов – на 100 г сухой крупы.

Ирина Савина

Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900)

Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900) – русский психиатр, один из основоположников нозологического направления в психиатрии и московской научной школы психиатрии, автор классического «Курса психиатрии» (1893), один из основателей экспериментальной психологической лаборатории в Москве в 1886 году.

Научный вклад

- Дал клиническое описание нарушения памяти на актуально происходящие события, сопровождающегося пространственной и временной дезориентировкой, которое получило название «корсаковского синдрома» и «корсаковского психоза» (при сочетании с полиневритом).

- Корсаковым выделено и описано еще одно психическое расстройство, так называемое *rapanoia hyperphantasia*.

- Весьма ценным вкладом в научно-учебную медицинскую литературу являются его «Курс психиатрии» (3-е издание, 1914) и журнальные статьи («Болезненные расстройства памяти и их диагностика», «К психологии микроцефалов», «По вопросу о свободе воли», «К вопросу о призрании душевнобольных на дому» и другие).

- Многочисленные ученики Корсакова создали особую школу психиатров и невропатологов.

- В России систематическая разработка проблем психиатрической деонтологии и ее осуществление на практике связаны в первую очередь с именем С. С. Корсакова и созданной им московской школой.

- Корсакову принадлежат работы о постельном содержании и призрании душевнобольных на дому. Он резко выступил против предложенных и проводившихся на практике американскими хирургами стерилизации и кастрации душевнобольных, назвав эти мероприятия изверскими. Свой опыт в области организации психиатрической помощи С. Корсаков обобщил в известной работе, которая была опубликована после его смерти в первом номере «Журнала неврологии и психиатрии» (1901), созданного по его инициативе. В работе получили отражение пять принципов, легшие в основу проводившейся в то время реформы психиатрии:

1. Моральное воздействие врачей-психиатров на душевнобольных.
2. Принцип нестеснения.
3. Принцип открытых дверей.
4. Принцип постельного содержания отдельных категорий пациентов.
5. Система рабочего режима.

Информация с сайта ru.wikipedia.org, фото – ifotki.info



День медицинского работника – это праздник людей, посвятивших себя благородному делу – сохранению здоровья и жизни сограждан. Мы хотим пожелать медикам терпения в нелегком труде, достойной оплаты, настоящего признания и удовольствия от работы.

Какая великолепная смена растет! Хочется всем сказать: так держать! Благодарим вас за заботу, искреннее желание помочь, безукоризненно подготовленные к выписке документы. Вы нас вернули в строй! Желаем вам здоровья и счастья.

Тамара Ивановна Аладикова, Галина Степановна Ракшина, Юлия Анатольевна Масленникова, Яна Петровна Схоменко, Татьяна Георгиевна Тертышная, Татьяна Валентиновна Горюнова, Марина Валерьевна Степура, Ольга Васильевна Шатрова, Екатерина Федоровна Киреева, Людмила Васильевна Павлиди, Татьяна Валерьевна Сорокина, Марианна Андреевна Егорова, Галина Николаевна Селиверстова, Юлия Сергеевна Сторожилова, Вера Викторовна Запара, Лидия Ервандовна Бакуни, Татьяна Александровна Мартыненко.

Хочу выразить глубокую признательность **Дмитрию Александровичу Стребкову**, врачу КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул». 21 мая около 4 часов утра у моего 80-летнего папы случился сердечный приступ. Бригада во главе с Дмитрием Александровичем приехала быстро и приступила к реанимационным действиям. Но самое важное – это те слова поддержки, которые он сказал в самый сложный для нас момент. Дмитрий Александрович, большое спасибо!

Татьяна Подуровская

Выражаю огромную благодарность операционной бригаде и лично врачу-хирургу КГБУЗ «Михайловская ЦРБ» **Евгению Владимировичу Дедову**, анестезиологу **Константину Анатольевичу Святцу**, травматологу **Роману Витальевичу Рощупкину**, а также **Е.П. Константиновой**, **Ю.В. Гончар**, **М.П. Куликовой**. Спасибо вам большое! Вы провели сложную работу, случай оказался необычным, но в результате мой сын вновь радуется жизни и полностью здоров. От всей души желаю вам и вашим семьям крепкого здоровья, счастья и благополучия.

Надежда Петровна Абрамова

Хочу от всей души поблагодарить врача-стоматолога КГБУЗ «Михайловская ЦРБ» **Светлану Владимировну Кудряшеву** за чуткость, профессионализм, терпение и идеальное отношение к пациенту. Светлана Владимировна приветливая, всегда отвечает на вопросы, если необходимо, окажет консультативную помощь дистанционно. Желаю Светлане Владимировне успехов и новых достижений в профессии. Также хочу отметить комфортную обстановку поликлиники. Всегда приветливый и дружелюбный коллектив!

Ольга Юрьевна Процкая

Хочу выразить огромную благодарность КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» за профессионализм. Я сразу решила, что рожать буду только здесь! Роды были стремительные, около 4 часов! Хочу выразить огромную благодарность акушерке **Дарье Смирновой**. Она почти всегда была со мной, отходила только позвать врача или по каким-то делам, касающимся меня! Еще хочу поблагодарить АФО и всех специалистов, которые там работают. От вас не хотелось уходить, честно. Спасибо вам большое!

Екатерина Свинцова



С Международным днем защиты детей!

1 июня в рамках Международного дня защиты детей всех пациентов Краевого психоневрологического детского санатория поздравили веселые аниматоры – студенты и сотрудники Алтайской академии гостеприимства. Они провели несколько познавательных конкурсов на свежем воздухе, вручили сладкие подарки. Такие мероприятия проводятся в учреждении постоянно. Они помогают детям проще адаптироваться и воспринимать лечебный процесс при восстановлении.

Источник: пресс-служба
Министерства
здравоохранения
Алтайского края



и открытых источников сети Интернет: photonomy.ru, go64.ru, inquiriesjournal.com, healyourhunger.com, monster.ru, drivenn.ru, moveat.interiorconstructor.com, ifotki.info

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Мы за ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Свидетельство ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина
Издатель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.
Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «А1»:
656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru.
ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 11.06.2021.
По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.