

Мы

и ЗДОРОВЬЕ



№ 9 (723) 13 сентября 2023 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



На линейку - в белых халатах

➤ Стр. 32

«Поэтому только вперед!»

➤ Стр. 8-10

Меньше слов - больше дела

➤ Стр. 10-12

Именные губернаторские стипендии

В новом учебном году 8 студентов и 3 преподавателя медицинских колледжей Алтайского края будут получать именные губернаторские стипендии. Соответствующее распоряжение подписано 30 августа Виктором Томенко.

Губернаторские стипендии назначены: **Кристине Бербушенко, Анне Негодяевой** из Благовещенского медицинского техникума, **Анастасии Раздоловой** и **Анастасии Рубцовой** из Барнаульского базового медицинского колледжа, **Дарье Труновой** из Родинского медицинского колледжа, **Арине Букреевой** из Каменского медицинского колледжа, **Анастасии Кудиной** из Рубцовского медицинского колледжа и **Дарье Рычковой** из Бийского медицинского колледжа. А также преподавателям: **Алене Гамм, Галине Димаковой** и **Татьяне Слюсаревой** из Благовещенского медицинского техникума.

Именные стипендии Губернатора Алтайского края назначаются студентам очной формы обучения, осваивающим программы подготовки специалистов среднего звена, показавшим высокие результаты в учебной и учебно-научной деятельности, а также призерам и победителям профессиональных олимпиад.

В этом году в комиссию по назначению губернаторских стипендий портфолио представили 13 преподавателей и 16 обучающихся. Они представили документы, подтверждающие высокие успехи в учебе, а также победы в профессиональных олимпиадах различных уровней, в том числе международных и всероссийских.

Кандидаты из числа педагогических работников подтвердили уровень своего профессионализма большим количеством подготовленных призеров и лауреатов всероссийских олимпиад и конкурсов, личным участием в различных форумах и мастер-классах, демонстрируя свой успешный педагогический опыт.

111 автомобилей для социальной отрасли



Торжественное мероприятие по вручению автомобилей учреждениям социальной отрасли края прошло на площади Сахарова. Участие в мероприятии приняли Губернатор Алтайского края Виктор Томенко, министр здравоохранения Дмитрий Попов, министр социальной защиты Наталья Оськина, министр образования и науки Светлана Говорухина, главы муниципальных образований, руководители организаций.

Всего было передано учреждениям 111 машин. Это автомобили скорой и неотложной медицинской помощи, школьные автобусы и машины для учреждений социальной защиты населения.

«Такого масштабного обновления автопарка наших учреждений не было долгие годы. Это уже второе серьезное поступление за последние полгода. Весной больницы края получили 48 автомобилей скорой помощи



и 15 передвижных ФАПов. За последние 5 лет мы обновили больше половины машин для медиков, но потребность в закупке новых автомобилей сохраняется, поэтому продолжаем эту работу», – отметил Виктор Томенко.

Средства на приобретение автомобилей учреждениям социальной отрасли были выделены из федерального и краевого бюджетов.

Новое оборудование

Новый современный цифровой маммограф появился в городской поликлинике № 3 г. Барнаула. Оборудование позволяет проводить исследования быстро, точно и с максимальной достоверностью.

«Маммография – это скрининговый рентгенологический метод диагностики заболеваний молочных желез, который рекомендуется ежегодно проходить женщинам после 40 лет. С помощью

маммографа можно на ранних сроках выявить изменения и патологии в молочных железах, включая онкозаболевания. Новый цифровой маммограф стоимостью 14,2 млн рублей приобретен в рамках национального проекта «Здравоохранение» и уже введен в эксплуатацию. Оборудование пока работает в тестовом режиме», – рассказывает и. о. главного врача городской поликлиники № 3 г. Барнаула **Елена Овчинникова**.

В АГМУ подвели итоги приемной кампании

В Алтайском государственном медицинском университете завершилась приемная кампания 2023 года. Первое зачисление студентов на специалитет (на целевую форму обучения) состоялось еще в конце июля. Завершено зачисление на бюджетную и коммерческую формы обучения. К занятиям приступили более тысячи студентов-первокурсников.

На бюджет были зачислены 677 человек. Из числа бюджетников 269 абитуриентов поступили по общему конкурсу, в том числе двое – без вступительных испытаний как победители олимпиад, 41 человек – по отдельной и особой квотам, а 367 – на целевую форму обучения. На платной основе в АГМУ будут учиться 255 человек.

260 и более баллов ЕГЭ из числа зачисленных набрали 23 человека, подавляющее большинство из них – жители Алтайского края. Из высокобалльников 10 человек поступили на лечебное дело, 10 выбрали стоматологию, двое – фармацию и один человек – клиническую психологию. Также 100 баллов по ЕГЭ и внутренним испытаниям набрали еще 8 человек.

По мнению ректора университета **Ирины Шереметьевой**, высокобалльники, став студентами АГМУ, как правило, продолжают демонстрировать высокие результаты в учебе, рано на-

чинают заниматься наукой или ярко проявляют себя во внеучебной деятельности, многие заканчивают обучение с красным дипломом.

Как и в 2022 году, абитуриенты АГМУ, поступающие на бюджетные места и набравшие по результатам ЕГЭ 260 баллов и более, будут получать стипендию ректора. В 2023 году администрация вуза приняла решение увеличить размер этой стипендии в два раза: с 10 до 20 тыс. рублей. Кроме того, для поступающих в АГМУ по программе специалитета на коммерческой основе с результатами ЕГЭ 169 баллов и более снижается оплата за первый год обучения.

В Институт СПО (среднего профессионального образования) на пять специальностей («лечебное дело», «лабораторная диагностика», «профилактическая стоматология», «фармация» и «сестринское дело») зачислены 88 абитуриентов.

По программам ординатуры на целевое обучение на бюджетные места приняты 146 человек. Приемная кампания в ординатуру АГМУ продолжается: на 2023/24 учебный год выделено еще 173 места на обучение в ординатуре на коммерческой основе. Заявления принимаются по 16 специальностям. Также в АГМУ до ноября продолжится набор иностранных студентов.

В Бийске открылось межрайонное танатологическое отделение

24 августа в г. Бийске главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, д. м. н., профессор **Игорь Макаров** принял участие в торжественном открытии танатологического отделения и презентации реконструированного здания Бийского межрайонного отделения Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы.

Это знаковое событие для города, который является вторым в крае по

численности населения, крупным промышленным и научным центром.

Всего на реконструкцию здания и строительство нового морга было потрачено более 53 млн рублей. Проведенная работа по реконструкции здания, строительству и оборудованию нового морга будет способствовать значительному улучшению условий работы сотрудников Бийского межрайонного отделения, росту качества и сокращению сроков выполняемых ими экспертиз, нормализации социального климата жителей города Бийска и прилегающих районов.

Выбран «Лучший социально ответственный работодатель года»

22 августа состоялась торжественная церемония вручения наград победителям и призерам конкурса «Лучший социально ответственный работодатель года».

В мероприятии приняли участие заместитель Председателя Правительства Алтайского края, министр экономического развития региона **Анатолий Нагорнов**, руководители органов власти, краевые объединения работодателей, представители Алтайского краевого союза организаций профсоюзов.

В 2023 году определены победители и призеры конкурса по 15 номинациям (42 работодателя). Среди них оказались три медицинские организации. В номинации «За трудоустройство инвалидов» победила Краевая клиническая больница. В номинации «За сокращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в организациях непроизводственной сферы» 1-е место заняла Павловская центральная районная больница. В номинации «За лучшие условия труда работникам с семейными обязанностями в организациях непроизводственной сферы» 2-е место занял Павловский детский санаторий «Зарница».

Краевой конкурс «Лучший социально ответственный работодатель года» является региональным этапом Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности». Сегодня в краевом реестре социально ответственных работодателей более 400 организаций, и этот список продолжает расти.



«Мой телефон за двадцать лет выключался только раз»

Во время своего июльского визита в Алтайский край министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко вручил награды работникам здравоохранения региона. Министр вручил почетный знак «Заслуженный врач Российской Федерации» Олегу Дубинину, заведующему отделением скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, врачу – анестезиологу-реаниматологу КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск». Для наших читателей Олег Алексеевич рассказал о своем профессиональном пути.



Потом, когда я уже учился в нашем медицинском институте, кардиохирургия несколько отошла на второй план, потому что меня заинтересовала другая медицинская профессия.

Наставники

– Человек, без упоминания которого рассказ о своей профессии любого врача нашего профиля был бы весьма неполным, – это заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии АГМУ, профессор **Михаил Израилевич Неймарк**. Он решил мою профессиональную судьбу окончательно. Я даже не знаю, какие слова подобрать для него, но это величайший из людей, который выпустил в жизнь тысячи специалистов нашей специальности и который продолжает этим заниматься. Моя благодарность ему не имеет никаких границ и временных рамок. Мы все, кто в профессии, учились у него и продолжаем с ним общаться. Это человек, которого нельзя забыть никогда.

Начиная со второго курса, я работал на скорой помощи – сперва санитаром, затем медбратором и фельдшером. Я работал в реанимационной бригаде на центральной подстанции в Барнауле. Там и познакомился с теми замечательными людьми, которые стали моими наставниками. Это нынешний главный врач Станции скорой медицинской помощи Барнаула **Андрей Евгеньевич Посекунов** и **Борис Михайлович Осипов**, сыгравший в моем профессиональном самоопределении, пожалуй, главную роль. Он работал в отделении реанимации Железнодорожной больницы, потом в службе скорой помощи. Что такое анестезиолог-реаниматолог, я в школьные годы не очень-то и знал. А на скорой я увидел, как они работают. На третьем курсе я уже точно знал, что хочу быть реаниматологом. Андрей Евгеньевич потом повлиял на то, что я, уже после того, как уволился со скорой и проработал много лет в реанимации, вернулся в скорую помощь,

Выбор профессии

– Мои школьные годы проходили в Змеиногорске, и я примерно класса с седьмого-восьмого знал, куда я пойду учиться после школы, кем стану. Во-первых, в 1970-е годы профориентация в школах работала замечательно: с нами кто-то всегда разговаривал, как-то настраивали на выбор будущей профессии. Не скажу, что школа сыграла решающую роль при выборе профессии, но в школе тоже всегда об этом говорили. Но были и другие причины. У моей мамы было два образования: «технолог пищевой промышленности» и «фельдшер». Она их успешно совмещала, работая диетсестрой в больнице. Я стал думать, что хотел бы стать врачом, наверное, кардиохирургом.

Справка «МиЗ»

Олег Дубинин трудится в здравоохранении края 36 лет. Под его руководством отделение стабильно функционирует в штатных и экстремальных условиях, оказывая специализированную помощь при эвакуации пациентов с различными заболеваниями, после ДТП. Работу заведующего он успешно совмещает с дежурствами в ночное время в должности врача – анестезиолога-реаниматолога.

Благодаря инициативе Олега Алексеевича при транспортировке применяются самые современные подходы в лечении больных с острой дыхательной недостаточностью, нарушением сознания, различными видами шоков. При появлении технических возможностей с 2019 года в практике отделения стала широко применяться неинвазивная вентиляция легких.

Весомой заслугой врачей его отделения является освоение и эффективное применение методики временной электрокардиостимуляции, выполняемой на выездах.

точнее, в организацию, схожую по своим функциям со скорой помощью.

О работе

– В 1989 году я приехал в Бийск после окончания института, устроился на работу в медсанчасть олеумного завода, сейчас это горбольница № 2. Меня приняли в отделение реанимации, там я проработал 17 лет. А потом поступило предложение заняться созданием отделения краевого центра медицины катастроф. В 2003 году я стал создавать в структуре центра бийский филиал. Первый год мы работали очень узким составом – набирали опыт, скажем так. Через пять лет состав расширился до такой степени, что у нас появилась возможность организовать круглосуточное дежурство. В 2018 году центр медицины ката-

строф перестал существовать, и наш филиал стал работать как отделение скорой специализированной помощи ЦГБ Бийска – с сохранением наших функций и коллектива.

Мы занимаемся чаще всего эвакуацией тяжелых пациентов из районных больниц в лечебные учреждения Бийска и Барнаула. Как правило, это реанимационные больные, которые нуждаются в сопровождении реанимационной бригады, зачастую с замещением каких-либо витальных функций (искусственная вентиляция легких, транспортная иммобилизация, инфузионная терапия и т. д.). Нередко перед самой эвакуацией проводится подготовка к транспортировке.

Зона нашего обслуживания – 13 сельских районов, Бийск и Белокуриха. Самый отдаленный – Солонешенский район, 165 км от Бийска. Если мы едем оттуда в Барнаул и обратно, то один рейс может составить около 600 км. Если мы эвакуируем пациента за пределы региона, например, в новосибирский Центр им. Мешалкина, то длина маршрута, соответственно, увеличивается. Средний суточный километраж бригады составляет от 400 до 1200–1400 км.

В спокойные годы наша нагрузка – 360–420 эвакуаций пациентов в год. В ковидные годы мы работали, мягко говоря, на износ – 1200 эвакуаций в год. Это в три раза больше обычной средней нагрузки. Обстановка была невероятно тяжелой. При этом у каждого выезда всегда есть свои особенности, потому что нет двух одинаковых людей, все пациенты разные.

В отделении работают шесть врачей, кроме заведующего, шесть средних медработников и четыре водителя. В составе круглосуточной реанимационной бригады – врач-реаниматолог, фельдшер и водитель.

Правила жизни

– У меня никогда не было мыслей о том, что нужно сменить работу на более спокойную. За то время, что я работаю, я пришел к единственной главной мысли: если можешь помогать – помогай. Неважно, на работе ли ты в этот момент, или ты домой уже

приехал, или находишься на отдыхе. Если к тебе кто-то приходит или звонит и просит помощи, надо ее оказать. Иначе просто нет смысла работать не только в нашей профессии, но и в медицине вообще.

Так совпало, что начало моей работы в центре медицины катастроф в 2003 году пришлось на повсеместное распространение сотовой связи. Тогда у меня появился сотовый телефон, и вот уже двадцать лет он у меня не выключался ни днем, ни ночью. Перерыв был только один, когда я из старого телефона переставлял сим-карту в новый. Сейчас у нас ночью нет дежурного диспетчера, работает только дежурная бригада. Если в это время нужна наша помощь, то доктора из районов звонят мне.

Ситуации, когда кому-то нужна помощь где-нибудь в дороге, возникают постоянно. У нас нет привычки проехать мимо любой «автодорожки». Если на дороге что-то случается, обязательно надо остановиться и спросить, нужна ли помощь, особенно если там еще нет машин скорой помощи. Знаете, иногда вопрос жизни и смерти решается за считанные мгновения, и возможно, ты окажешься именно в ту секунду, которая решит чью-то жизнь. И я не только про себя говорю. Наша бригада оказывает помощь и на обратном пути, когда возвращается после эвакуации. Даже кому-то в магазине на трассе давление измерить – святое дело.

О семье

– У нас вся семья – медики. Мы с супругой поженились, когда учились в институте. На втором курсе у нас родилась старшая дочь, которая «окончила» институт вместе с нами. Супруга **Ирина Ивановна** – заведующая отделением гинекологии бийской городской больницы № 2. Дочь Евгения работает хирургом в Норильске. Сын **Антон** – анестезиолог-реаниматолог в Железнодорожной больнице Барнаула. К своей семье сложно эпитеты подобрать, но я считаю, что она идеальная.

Елена Клишина.

**Фото: сайт краевого
Министерства здравоохранения**

Вместе с первого дня первого курса



Этим летом в барнаульскую городскую поликлинику № 10 пришли работать молодые врачи Маргарита Искакова и Сергей Шимин. Они трудятся участковыми терапевтами. Молодые люди решили связать свою жизнь не только с медициной, но и друг с другом – они собираются пожениться. Мы задали ребятам одни и те же вопросы и предлагаем сравнить их ответы.



– Как вы выбирали профессию, кто повлиял на этот выбор (родственники, друзья, другие люди)?

Маргарита: – Осознанно стать врачом я решила только в старшей школе, хотя интерес к медицине у меня был еще с детства. Выбор основывался только на моих представлениях и убеждениях, так как никто из моих близких людей не связал свою жизнь с медициной. Врачи мне всегда представлялись героями в белых халатах, которые могут помочь человеку и даже спасти жизнь. Уже во время поступления я понимала, что на практике не будет столько романтики, которая есть в книгах, фильмах и сериалах, и все же считаю профессию врача одной из самых значимых. Всегда, когда тебя благодарит пациент, чувствуешь, что не зря выполняешь свою работу и понимаешь, что для кого-то сегодня ты сделал жизнь немного проще и лучше.

Сергей: – Профессия врача в момент выбора жизненного пути показалась мне интересной и дающей возможность помогать людям. Из всех вузов я выбрал АГМУ, так как универ-

ситет дает возможность получить все необходимые знания, как теоретические, так и практические. Достаточно обширный список клинических баз, как терапевтического профиля, так и хирургического. Преподаватели всегда готовы посодействовать. Итогом шестилетнего обучения стала возможность помогать людям, у которых возникло то или иное заболевание, назначить необходимую терапию и помочь им вернуться к своему привычному ритму жизни. Самое ценное для терапевта – благодарности довольных пациентов.

– Что самым сложным для вас было во время учебы? Кроме того, на годы вашей учебы пришелся период пандемии.

М.: – Для меня самым сложным на первых порах было правильно распределить свое время. Нам давали всегда очень много информации, которую нужно быстро выучить, так что первые несколько месяцев для меня стали настоящим испытанием. Но ко всему можно привыкнуть, так что скоро я втянулась и начала получать

удовольствие от обучения. С наступлением пандемии появились другие проблемы. Я не работала в каких-либо медицинских организациях, не участвовала в волонтерском движении и сейчас сильно об этом жалею. Хотя университет и организовал обучение в дистанционном формате, но общение с пациентами вживую ничем заменить не удастся. Уже позже я остро почувствовала недостаток практических навыков, который пришлось быстрее восполнять на старших курсах.

С.: – Во время учебы самое сложное для меня было выстроить свой распорядок дня. Часто не хватало времени на повседневные дела. Занятия проходили в нескольких учебных корпусах, нужно было успевать из одного корпуса добраться до другого, где-то перекусить и почитать какой-нибудь материал для занятия. Но со временем мне удалось привыкнуть к такому быстрому темпу. Также сложность была в усвоении большого объема информации. Чтение различных учебников, статей и исследований отнимало значительную часть времени. Но именно это

помогает разобраться в различных заболеваниях, их диагностике и лечении. Второй семестр третьего курса выпал на пандемию COVID-19, было введено дистанционное обучение, и возникла сложность с освоением практической медицины. Потом пришлось потратить время, чтобы восполнить эти пробелы. Но есть и положительный момент – появилось чуть больше свободного времени, которое можно было использовать для повседневных дел и поиска актуальной информации, чтобы глубже погрузиться в медицинскую науку.

– Как вы познакомились, почему обратили внимание друг на друга?

М.: – Мы с Сергеем познакомились в первый учебный день, потому что оказались в одной группе. Долгое время мы толком не общались, но позже выяснилось, что у нас много общего. Как-то само собой получилось, что уже на втором курсе мы стали проводить вместе много времени, а позже начали и встречаться.

С.: – Сперва мы общались только по учебе – обсуждали, какую книгу лучше взять в библиотеке или где найти более актуальную информацию. Со временем общение стало дружеским, мы стали общаться на темы, не связанные с учебой, гуляли в перерывах между занятиями, вместе ходили на обед. На втором курсе уже было понятно, что это не просто дружба, а что-то большее.

– Почему вы решили пойти работать в одно учреждение? Совпадают ли у вас рабочие графики? Проводите ли вы по выходным «консилиумы»?

М.: – Потому что это показалось нам лучшим вариантом. Вместе намного удобнее в том плане, что можем поддержать и помочь друг другу в любой момент. Ну, и это удобно: мы вместе идем на работу, вместе уходим с работы, нам проще планировать быт и совместные дела. Наши графики могут иногда не совпадать, но это случается не так часто, поэтому особых неудобств не доставляет. А «консилиумы» у нас проходят и по выходным, и каждый день после работы. Делимся чем-то новым, что узнали во время работы, или советуемся в сложных случаях, когда не совсем понятно, как нужно

действовать в том или ином случае. И конечно, нам очень хорошо помогают сотрудники больницы, делясь своим опытом.

С.: – В одну поликлинику мы решили устроиться из прагматичных соображений. Не нужно искать жилье, чтобы оно располагалось между двух учреждений. Можно помогать друг другу в различных сложных и не очень ситуациях. Чаше видимся. Вместе ходим на работу. Минус только один, иногда не совпадают графики работы. При выборе места работы большую роль сыграло то, что именно в этой поликлинике работает сплоченный дружный коллектив. Здесь работают специалисты своего дела, которые могут помочь практически в любой ситуации.

– Что вы успели понять о своей работе, пациентах и профессии за это время? Какие первые впечатления после погружения в профессию?

М.: – Признаюсь, в первые дни работы чувствовала небольшую растерянность. Но теперь я ощущаю себя намного спокойнее благодаря помощи и советам моих коллег, а также знаниям, полученным во время обучения. Я уже успела подчеркнуть для себя в очередной раз важность индивидуального подхода к каждому пациенту. Нужно уметь все объяснить человеку так, чтобы у него не осталось вопросов и сомнений в назначенном лечении, чтобы было понимание, что и для чего назначено, иначе доверия между врачом и пациентом не появится.

С.: – Первое, что я для себя понял, – что пациентам нужно в максимально удобной для них форме рассказывать все тонкости назначенного им лечения. Только тогда человек будет соблюдать все предписания врача и сможет вылечиться или достичь необходимого уровня контроля над заболеванием. Когда человек понимает суть своего заболевания, ему проще соблюдать рекомендации, понимая, для чего назначается тот или иной препарат и как он действует. Очень важно найти индивидуальный подход к пациенту. Не существует универсального лечения, которое со стопроцентной гарантией поможет каждому. Первое впечатление о работе у меня

положительное. Уже есть благодарные пациенты, решившие свои проблемы. Из-за нехватки опыта сложным остается оформление документации, это занимает много времени. Но по сравнению с первым днем работы некоторые моменты, казавшиеся очень трудными, уже стали простыми.

– Есть ли у вас в планах получить в будущем другую медицинскую специализацию? Какая область медицины привлекает вас больше всего?

М.: – Еще на шестом курсе я перешла в спецгруппу по кардиологии (субординатура), буду продолжать обучение по этой специальности. Мне она кажется довольно перспективной и интересной, так как, к большому сожалению, в мире очень много людей с заболеваниями сердца и сосудов.

С.: – С первого курса я задумывался о специальности анестезиолога-реаниматолога, ходил в научный кружок по этой дисциплине. Но, как бы это направление ни было интересно для меня, в нем очень высокая нагрузка, к которой я пока не готов. Сейчас я рассматриваю для себя сферу гастроэнтерологии. Не исключено, что мой выбор еще поменяется, в медицине очень много возможных путей развития, главное – правильно выбрать свой путь, чтобы работа приносила удовлетворение мне и пользу людям.

– Есть ли у вас свободное время после работы, чем вы любите заниматься на досуге?

М.: – Свободное время есть, но не так много, и его большая часть уходит на повторение пройденного, изучение необходимой информации для работы и прочее.

С.: – Пока идет адаптация к работе, свободного времени практически не остается. Нужно запомнить, что необходимо для каждого пациента, изучать современные методы терапии, искать более подходящие препараты для лечения каждого человека индивидуально. С опытом, безусловно, появится свободное время. Пока время – самый ценный ресурс, которого часто не хватает.

**Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлены героями публикации**

«Поэтому - только вперед!»

Год назад в Алтайском крае было принято положение о наставничестве в краевых государственных медицинских организациях. Наверняка в каждой медицинской организации региона можно найти примеры, как это положение реализуется. Предлагаем познакомиться с тандемами «наставник – молодой врач» на примере поликлиники Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2 и Краевого центра охраны материнства и детства.

Куранов - Рябцева

Наставник – **Андрей Куранов**, заведующий терапевтическим отделением поликлиники. Молодой врач – **Юлия Рябцева**, участковый терапевт.

Андрей Куранов:

– Мое отделение работает на базе второго поликлинического подразделения БСМП № 2. Отделение включает 17 терапевтических участков, в нем работают 15 терапевтов, из них 9 – молодые специалисты, которые работают первый год.

Если говорить о молодых специалистах, то помощь требуется всем. И поэтому мы работаем со всеми молодыми врачами, независимо от того, являются ли они участниками программы наставничества официально или нет. Я не делю их и всем стараюсь помогать – оказываю методическую, дружескую, наставническую, коллегиальную помощь.

Молодой специалист еще не имеет понятия о том, что такое медицина, работа врачом, кто такие пациенты со



всеми их особенностями. У молодых специалистов еще нет четкой ориентированности в профессии. Для того чтобы стать настоящими специалистами, им нужно приложить много усилий и пройти очень большой путь – проб и ошибок, обучения, понимания, восприятия, путь становления личности в профессии.

Ко мне они могут обращаться по самым разным вопросам, в том числе по постановке диагноза, как лучше понимать пациента, по профессиональному выгоранию, адаптации на рабочем месте. Один из моментов наставничества как раз заключается в помощи с адаптацией, с включением в нашу работу, в нашу профессиональную среду.

Юлия Анатольевна – это действительно специалист, хотя пока и молодой. В ней сконцентрировано все, что должно быть присуще молодому врачу: интерес к профессии, неравнодушие, сопереживание, она обучаемая, у нее есть необходимые врачу аналитические способности – умеет думать. Плюс у нее есть необходимая стойкость, она стрессоустойчива. Когда она пришла год назад, какие-то из этих качеств у нее уже были, а какие-то за

этот год сформировались, развились и закрепились. Хочу надеяться, что этот специалист задержится и в нашей поликлинике, и в терапевтической практике, и в медицине в целом. Это и врач, и коллега, и помощник. За этот год у нее произошел большой рывок в профессии.

Пациенты нередко могут относиться к молодым врачам с предубеждением. Мы беседуем в том числе и с пациентами и убеждаем их в том, что молодым врачам нужна помощь и пациентов. Пациенты относятся к этому с пониманием и уже даже пишут в адрес нашей молодежи, которую еще вчера критиковали, благодарственные письма и положительные отзывы.

Я заведу отделением с 2019 года, с 2011-го работаю врачом-терапевтом. Поначалу думал, что между ролью заведующего и наставника нет никакой разницы. Но она есть: наставник более тесно общается с молодыми специалистами, он больше, чем просто коллега. Я сам благодарен людям, которые были моими наставниками. Это заместитель главного врача по поликлинической работе, тогда была заведующей отделением, – **Наталья Анатольевна Чернова**. Это замести-

тель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности – **Наталья Ивановна Батырева**. И заведующая терапевтическим отделением – **Марина Львовна Серякова**. Эти люди привили мне интерес к профессии, всегда и во всем поддерживали.

Когда работаешь с молодежью, начинаешь чувствовать себя таким же молодым, таким же окрыленным, и возникает ощущение, что все впереди, все только начинается. У моих подопечных в багаже уже есть целый год работы, поэтому – только вперед!

Юлия Рябцева:

– В прошлом году я окончила медицинский университет. В школе мне очень нравилась биология, и я решила, что хочу стать врачом, и из того, где биология применяется, медицина – самое востребованное, самое интересное. Я хотела быть неврологом, но получилось так, что я стала терапевтом, и сейчас я довольна этим выбором. Уже год работаю терапевтом. Во время учебы я работала медсестрой в отделении острых нарушений мозгового кровообращения, и там я окончательно решила, что стану врачом. Когда работаешь, появляется еще больший интерес, еще большая тяга к знаниям.

Когда я начинала работать на участке, сперва было очень страшно, так как не было представлений об отношениях врач – пациент, приходилось постоянно что-то спрашивать у коллег. Были вопросы о том, как пользоваться программой, что говорить пациенту, по назначениям. Сейчас уже такого страха нет. Был большой интерес, и я могла приходиться на работу рано утром, а уходить поздно вечером. Было интересно добираться до истины, до постановки диагноза, рекомендовать лечение, потом оценивать динамику пациента.

Из сложных случаев в моей практике: пациента с фибрилляцией предсердий нужно было госпитализировать в кардиологическое отделение. А он не хотел ложиться в стационар. Я обратилась к своему заведующему, мы сделали необходимые исследования, поговорили с пациентом, в итоге его госпитализировали, ему помогли, сейчас ему лучше.

Андрей Леонидович очень внимателен к нам, он заинтересован в нашей работе, поначалу он советовал нам записывать все вопросы, которые возникают, чтобы мы их не забыли задать. Эти вопросы мы задавали ему на мини-рапортах. У него я хотела бы научиться выдержке, самообладанию в общении со сложными пациентами.

Даже несмотря на то, что прошел год, я буду все равно подходить к нему, что-то спрашивать. После года наставничества я чувствую себя более уверенно с пациентами. У меня появилось больше знаний в медицине, больше навыков, характер стал тверже – ежедневное общение со множеством разных людей очень закаляет. С их стороны видишь не только болезни, но и доброту, благодарность. Хотя поначалу были и случаи, когда пациент входил в кабинет и сразу же, увидев меня и мой возраст, выходил из него.

На участке мне помогает медсестра **Оксана Сергеевна Пуртова**. К участку прикреплены 1800 человек. Поликлинику посещают в основном пожилые люди, как правило, бабушки.

В нашем отделении много молодых врачей примерно одного возраста, я практически всех знала по учебе. У нас сложилось не только профессиональное, но и дружеское сообщество. И это помогало осваиваться на новом месте работы, когда было сложно, мы друг друга поддерживали.

Завьялов – Донских

Наставник – **Алексей Завьялов**, заведующий отделением анестезиологии-реанимации АККЦОМД. Молодой специалист – **Дмитрий Донских**, врач анестезиолог-реаниматолог.

Алексей Завьялов в 2021 году стал победителем краевого конкурса «Лучший шеф-наставник». В 2023 году ему была вручена федеральная награда – знак отличия «За наставничество».

Алексей Завьялов:

– Наставничество – это товарищество в большей степени. Взаимоотношения старших и младших товарищей по работе. Это постоянный контроль за ситуацией в отделении. Моя задача заключается и в том, чтобы все врачи были готовы, готовились к тем случаям, которых еще не было, но с которыми они могут столкнуться в своей практике. Научить их думать и анализировать. Кроме того, наша работа – это постоянно читать, искать нужную информацию, что-то дифференцировать в историях болезней. И я приветствую тягу молодых специалистов к медицинской литературе. Я считаю, что нельзя научить того, кто сам не хочет учиться.

Дмитрий Донских:

– Я работаю в отделении уже два года – пришел в качестве врача-ста-

Продолжение на стр. 10 >>



«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

жера на втором курсе ординатуры. В первый год работы я всему учился и продолжаю делать это сейчас. Интубация, подключичные катетеры, инфузионная терапия, ИВЛ, работа в операционной – всему этому и многому другому я учился именно здесь. Опытные коллеги постепенно стали мне доверять делать расчеты наркотических препаратов, и спустя время я начал давать наркоз самостоятельно. За второй год я научился практически всему. Алексей Егорович очень много знает и умеет, иногда, в сложных случаях, подключичный катетер пациенту может поставить только он. Он ответит на любой вопрос, даст совет в любой ситуации, ему можно позвонить в любое время.

Буквально вчера Дмитрий Донских сопровождал в реанимобиле из Камня-на-Оби ребенка, вдохнувшего семечку. Малыш (почти 2 года) во время игры нашел семечку и вдохнул ее. Она залетела в правый бронх. Ребенок дышал самостоятельно, но во время транспортировки в Центр охраны материнства и детства был подключен к кислороду. Когда начинал плакать, сильно закашливался. У него могла произойти остановка дыхания. Его доставили в отделение хирургии, сделали бронхоскопию, извлекли инородное тело. Сейчас находится в стабильном состоянии.

Лесников - Вагнер

Наставник – **Андрей Лесников**, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных № 2 АККЦОМД, молодой врач – **Татьяна Вагнер**.

Андрей Лесников:

– Я принимал этого молодого врача с мыслями, что будет очень сложно, в том числе очень сложно учить. Профессия анестезиолога-реаниматолога довольно тяжелая, очень высокая психологическая нагрузка. А потом оказалось, что все мои опасения были напрасны.

Моя помощь как наставника требовалась буквально во всех моментах: как себя вести с пациентами, со средним и младшим медперсоналом,



как правильно подходить к больному. Наши больные еще ничего сказать не могут, только кричат – и за него нужно думать, что ему мешает, почему он кричит. Как работать с медицинской документацией, различными источниками информации.

Наставничество в медицине было всегда. В любом случае молодого специалиста всегда нужно было продвигать в правильном направлении, чтобы он потом мог работать самостоятельно. Как говорил Роден: «Отсекая все ненужное, я создаю скульптуру».

Татьяна Вагнер:

– Я работаю второй год после выпуска. Сначала я полгода проработала в качестве неонатолога, а потом стала проходить профессиональную переподготовку по специальности «анестезиология-реаниматология». Во время учебы в вузе я уже понимала, что хочу работать именно с новорожденными детьми, а потом поняла, что хочу работать именно с экстренными случаями. За этот год Андрей Николаевич меня очень многому научил, например, как интубировать новорожденного недоношенного ребенка со множественными пороками развития. Сейчас я умею это делать намного лучше и быстрее, чем раньше. Чувствую себя гораздо увереннее, чем год назад.

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой БСПМ № 2

По такой простой формуле живет и так учил жить и работать своих студентов заслуженный врач России, доцент АГМУ Юрий Савенков. В 70-х годах прошлого века он основал в Алтайском крае эндокринологическую службу. Много лет преподавал в Алтайском медицинском институте, оставаясь при этом практикующим врачом. В 54 года увлекся бегом и стал многократным чемпионом России в ветеранском беге, а также призером и чемпионом Европы и мира. В августе ему исполнилось 85 лет.

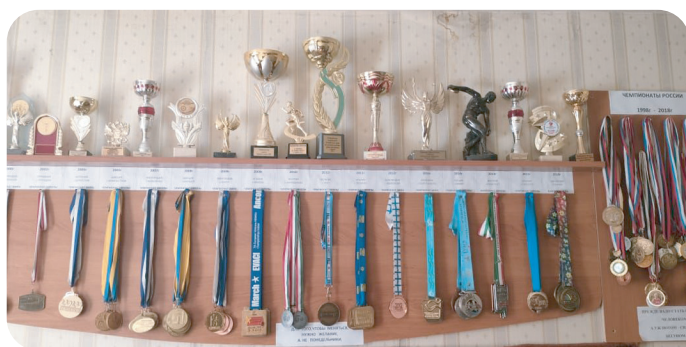
Корреспондент «Мы и здоровье» встретился с легендой алтайской медицины, чтобы вспомнить яркие моменты.

От доброго семени - добрый всход

После окончания Рязанского мединститута Юрий Савенков несколько лет проработал в городе Советске Тульской области хирургом и терапевтом. После четырех лет активной практики принял решение поступить в аспирантуру по эндокринологии – тогда эта специальность была перспективная, заболевания эндокринной системы только начинали изучать. Когда он приехал в Барнаул, оказалось, что на весь регион было всего три врача-эндокринолога – два в краевой больнице и один – в городской.

Тогда молодого специалиста поразило количество пациентов, поступавших по скорой помощи в

Меньше слов – больше дела



состоянии комы. Нередко такие случаи заканчивались летальным исходом – в те годы у терапевтов и хирургов не хватало знаний и опыта, как работать с подобными состояниями.

Впоследствии в 1977 году на базе городской больницы № 5 благодаря Юрию Савенкову появилось эндокринологическое отделение сразу на 60 коек. Так начался его путь организатора службы. Он готовил проекты развития, обучал врачей, проводил семинары, привлекал необходимых специалистов, сам читал лекции, вел прием пациентов – деятельность развернулась крайне насыщенная. Семена попали в благодатную почву, и сегодня жители региона пожинают плоды трудов Юрия Ильича.

Сегодня в каждом районе края есть свой эндокринолог. А пациенты с комами стали исключительной редкостью. Медицина вышла на принципиально новый уровень – качество диагностики, а также степень компетентности врачей выросла в разы, появились современные препараты. Но, справедливости ради, эндокринных патологий стало значительно больше, отмечает врач. Как правило, чаще всего причина кроется в метаболических нарушениях. «Бывает, что внешне здоровый человек метаболически уже нездоров. Эти изменения обязательно проявят себя в виде скрытых или явных болезней – гипертонии, сахарного диабета 2-го типа, подагры, ожирения. Причем все эти болезни человек взращивает сам – своим отношением к себе», – говорит Юрий Савенков.

Не искать легких путей

У Алтайского края свои медико-географические особенности. В свое время регион стал участником государственной программы «Семипалатинский полигон». Юрий Савенков также вложил в этот процесс немалую лепту – был участником, организатором, проводил научно-практические экспедиции. Ни для кого не секрет, что испытания на ядерном полигоне в Казахстане «зацепили» и жителей Алтайского края. В прошлом веке количество онкологических заболеваний, в том числе и щитовидной железы, просто зашкаливало. Ученый и врач не мог оставаться в стороне. «Щитовидная железа – индикатор состояния организма. Она отвечает за его приспособляемость ко всем изменениям и поэтому мощно реагирует на внешние факторы, особенно когда речь идет о радиации. При атомном взрыве выделяется большое количество радиоактивного йода, который щитовидная железа захватывает из воздуха, воды, пищи и накапливает. В связи с этим в Алтайском крае было много пациентов с радиоактивными тиреозитами, которые способны перейти в тиреотоксикоз или же в гипотиреоз, – вспоминает Юрий Савенков. – Кроме того, выяснилось, что для Алтайского края характерна зубная эндемия – йодная недостаточность. Начали проводить исследования, и оказалось, что не только атомные испытания, но и дефицит йода влияет на состояние щитовидной железы. Когда этого элемента не хватает, она начинает перенапрягаться, чтобы восполнить дефицит. Так появляются диффуз-

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

ные нарушения железа – гипотиреозы или даже тиреотоксикозы. Но причина не может быть исключительно одна. Влияет множество факторов в комплексе – генетика, возраст, состав почвы, где живут люди, и так далее. Каждый случай заболевания необходимо рассматривать в индивидуальном ключе».

Алтайским эндокринологам-первопроходцам приходилось заниматься не только заболеваниями щитовидной железы. Уже в те годы в регионе было большое количество людей с лишним весом. Юрий Савенков отмечает, что еще главный внештатный эндокринолог Советского Союза, академик **Баранов** обратил внимание на факт – чем беднее население, тем больше людей, страдающих ожирением. Свои потребности в калориях они закрывают более дешевой углеводистой пищей с большим количеством сахара. Сидя на сладкой игле, люди наряду с зависимостью приобретают лишние килограммы и множество сопутствующих заболеваний, которые сегодня называют социальными.

В наши дни к ожирению добавился метаболический синдром, который может передаваться по наследству. «Есть гиперпластическое ожирение, есть алиментарное. Если второе зависит от культуры питания, то в первом случае детям от родителей передается количество жировых клеток, которые сами себя продуцируют и требуют питания, – говорит врач. – Изменилась сейчас ситуация и с сахарным диабетом. Если раньше он чаще встречался 1-го типа (аутоиммунный), то сегодня даже у детей чаще возникает заболевание 2-го типа, который связан с перекармливанием и гиперинсулинемией. Чем больше человек ест, тем больше поджелудочная железа вырабатывает инсулина, а нужно понимать, что это гормон, который стимулирует аппетит. Создается замкнутый круг».

По мнению заслуженного врача, беда современности в том, что сегодня люди много знают, читают, понимают, но практически ничего не делают. По крайней мере, на регулярной основе. Мало кто любит трудиться и потеть, работая на благо организма.

Большинство в поисках легких путей. Кроме того, в питании акцент с качества сместился на количество. Лучше стремиться к аскетизму, чем к перебору в еде, уверен Юрий Савенков. Он рекомендует всем развернуться в сторону культуры питания и движения.

Держать руку на пульсе

Почти полвека Юрий Савенков посвятил работе в медицинском университете. Своих студентов обучал главному – больше делать, чем говорить. «Чтобы стать хорошим врачом, важно освоить необходимую программу. Но не менее важно – самому соответствовать тому, что доносишь людям. К сожалению, у нас сегодня побеждают те, кто умеет красиво говорить. Нередко можно увидеть, что разговор на рубль, а дел – едва на копейку наскребешь», – говорит Юрий Ильич.

Сам он всегда был эталоном здорового отношения к жизни для коллег, пациентов, знакомых и близких людей. На работу всегда добирался бегом – пораньше встал, оделся и – в путь. Даже зимой преодолевал расстояние 10 км – от дома до городской больницы №5. В ее стенах пользовался лифтом в исключительных случаях – всегда на 7-ой этаж поднимался по лестнице. А в 54 года пришел в спорт – ветеранский. Благодаря чему объездил полмира, стал многократным чемпионом и рекордсменом России в ветеранском беге, а также многократным призером и чемпионом Европы и мира. При этом не оставлял преподавательской и врачебной деятельности.

«Неважно, каким видом физической нагрузки заниматься, главное – насыщать кислородом клетки организма и придерживаться оптимальных показателей пульса. Чем старше человек, тем ниже они должны быть от верхней границы – 120. Дело в том, что если пульс выше – происходит уже не аэробное питание мышц. Анаэробный режим пользы не принесет», – отмечает врач.

Сегодня в Барнауле регулярно проходят Кубки по бегу в честь Юрия Савенкова, которые организуют его последователи. Он их посещает

Справка «МиЗ»

Заслуженный врач России Юрий Савенков родился 25 августа 1938 года. Почти полвека работал на кафедре госпитальной терапии и эндокринологии АГМУ, занимался научной деятельностью – изучал проблемы сахарного диабета и патологии щитовидной железы. Стал основателем эндокринологической службы Алтайского края. Много лет работал главным внештатным эндокринологом региона.

Всегда был приверженцем здорового образа жизни, а в 54 года увлекся бегом и стал участником клуба «Восток». Любимыми дистанциями стали средние, но вполне успешно справлялся и со стайерскими, а также с полумарафонами. Стал многократным чемпионом и рекордсменом России в беге на средние и длинные дистанции среди ветеранов, чемпионом Европы и мира по легкой атлетике.

в качестве почетного гостя. Для бега уже здоровье не то, поясняет Юрий Ильич. Сегодня он предпочитает проводить время за более спокойными занятиями – чтением классиков (для нашей беседы отвлекся от чтения рассказов Чехова. – Прим. ред.).

Врач убежден, что сохранение здоровья во многом зависит от самого себя, а не от медицины. Поэтому крайне важно найти оптимальную для себя физическую нагрузку, исключить излишества на столе и добавить пищу для интеллекта. В таком случае шанс дожить до глубоких лет в бодром состоянии духа – значительно выше.

Ирина Савина.
Фото автора

Главные по таблеточкам

25 сентября отмечен в календаре как День фармацевта. Редакция «МиЗ» рассказывает о том, как фармацевтическое производство представлено в Алтайском крае и как готовят кадры для этой отрасли.

Все посчитано!

По данным краевого управления пищевой, перерабатывающей и фармацевтической промышленности, в нашем регионе производством фармацевтической продукции и биологически активных добавок к пище занимаются 80 предприятий.

Два из них имеют лицензии на производство лекарственных средств. 19 предприятий выпускают медицинские изделия. 49 предприятий являются держателями свидетельств о государственной регистрации биологически активных добавок (БАД) и занимаются их производством.

Крупнейшие представители фармацевтической отрасли: предприятия «Алтайвитамины», «Эвалар», ООО «Михайловский завод химических реактивов». Медицинские изделия производят «Технология-Стандарт», ФНПЦ «Алтай», компания «ТММ» и другие.

В регионе выпускается более 100 наименований лекарственных препаратов. В их списке – противовирусные, витаминные, гормональные, антигистаминные средства, антибиотики, медицинский кислород и другие, в том числе импортозамещающие и из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Производители медицинских изделий выпускают наборы и реагенты для оценки системы гемодиализа, медицинской техники, физиотерапевтического оборудования и других.



В 2018–2022 годах алтайские производители зарегистрировали (перерегистрировали) более 300 наименований фармацевтической продукции – как готовых лекарственных препаратов, так и фармацевтических субстанций и медицинских изделий.

Фармацевтические предприятия края активно участвуют в программе обеспечения лекарственной безопасности страны, выпуская востребованные субстанции (тилорон, стрептоцид растворимый, диазепам, нитразепам, калия хлорид, магния окись, натрия хлорид и др.).

К крупнейшим производителям БАДов в крае относят компании «Эвалар», «Алтайвитамины», ООО «Фармацевтический завод «Гален»», «Витамин Продукт», «Грин Сайд», ООО «Компания Хорст». В крае выпускается около 1200 наименований БАДов.

Четыре региональных предприятия, выпускающие готовые лекарственные формы, фармацевтические субстанции и медицинские изделия, в 2022 году вошли в «Перечень системообразующих организаций Алтайского края,

имеющих региональное значение и оказывающих в том числе существенное влияние на занятость населения и социальную стабильность в Алтайском крае». Это «Алтайвитамины», «Алтайский Химпром им. Верещагина», АПЗ «Ротор» и «Эвалар». Предприятие «Алтайвитамины» также входит в федеральный перечень системообразующих организаций российской экономики.

А кто работать будет?

Специалистов для фармацевтической отрасли в России готовят около 40 вузов, в том числе Алтайский государственный медицинский университет. В этом году на бюджетные и коммерческие места в Институт фармации АГМУ были зачислены 40 абитуриентов. По окончании учебы они станут специалистами, которые будут создавать лекарственные препараты и биологически активные добавки, обеспечивать качество, эффективность и безопасность лекарственных препаратов и их рациональное при-

Продолжение на стр. 14-15 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13»

менение. Студенты института получают знания обо всех этапах жизненного цикла лекарственных средств: от разработки, изготовления и контроля качества до их реализации.

Основная образовательная программа по специальности «фармация» стала победителем всероссийского конкурса «Лучшие образовательные программы инновационной России – 2022». В состав Института фармации входят четыре кафедры (фармации, химии, биологической химии и клинической лабораторной диагностики, физики и информатики) и кафедра фармакологии, которая носит имя профессора **Валерия Брюханова**, первого декана фармацевтического факультета, открытого в сентябре 1975 года) и две научных лаборатории: биомедицины и экспериментальной фармакологии и фармации.

Каждый год для практического обучения студентов в институте является новое современное оборудование, которого требуют новейшие тенденции развития фармацевтического бизнеса. Во время летней ботанической и фармакогнозической практики учащиеся знакомятся с разными лекарственными растениями и учатся их определять в природе. Будущие провизоры проходят практику по фармацевтической технологии, управлению и организации фармации, фармацевтической химии.

Студенты регулярно участвуют в профстажировках, где встречаются с потенциальными работодателями, получают реальные задачи (кейсы) от компаний. Базы студенческой практики, партнеры АГМУ – крупнейшие фармацевтические предприятия края: «Эвалар», «Алтайвитамины», «Гален», крупные аптечные сети региона. Практические занятия начинаются уже с первого года обучения, а с третьего курса студенты, сдав сертификационный экзамен, могут параллельно с учебной работой работать как средний и младший фармацевтический персонал.

Директор Института фармации **Олеся Мазко** отмечает:

– Фармацевтическая промышленность развивается, потребность в

провизорах и фармацевтах в последние годы значительно увеличилась и продолжает расти, поэтому к моменту получения диплома большинство наших выпускников уже трудоустроены. За нашими специалистами приезжают и из других регионов, например из Калининградской и Тюменской областей, наши кадры очень ценятся. Выпускница 2023 года **Виталина Кольцова** выиграла профстажировку, и ей предложили работу в крупнейшей российской инновационной биофармацевтической компании BIOCAD.

Молодые студенты-инноваторы АГМУ создают и реализуют научные проекты по разработке лекарственных препаратов и БАДов. Более 100 выпускников факультета стали кандидатами наук. Часть выпускников продолжает активно работать в качестве руководителей кафедр, лабораторий, центров в различных образовательных и научных организациях; многие руководят крупными аптечными организациями и предприятиями, занимают ключевые посты в органах управления здравоохранением и фармацевтической службой разных регионов страны, работают специалистами крупных фармацевтических предприятий, служб контроля качества лекарственных средств.

В этом году 35 выпускников Института фармации получили дипломы по специальности «фармация» и квалификацию провизора, каждый третий молодой фармацевт окончил вуз с красным дипломом. Это уже 44-й выпуск фармацевтов.

Институт фармации уделяет много внимания профориентационной работе среди старшеклассников: для них регулярно проводятся дни открытых дверей, выездные мероприятия, действуют клуб «Юный провизор» и кружок «Научная школа фармакологии».

А что в аптеках?

Одна из баз для прохождения практики студентов Института фармации – краевая аптечная сеть «Аптеки Алтая». Студенты проходят практику в производственной аптеке по направлению «фармацевтическая техноло-

Новость в тему

О фармацевтике – школьникам

Новая профориентационная площадка Института фармации АГМУ открылась в Заринске в конце августа. Аптека «Фармация», расположенная в Северном микрорайоне Заринска, считается флагманом района. Не так давно она отметила свой вековой юбилей, здесь осталось собственное производство. Помимо основной деятельности работники аптеки своими силами организовали музей аптечного дела, а теперь тут есть и площадка для профориентации молодежи.

– Это действительно одна из самых современных профориентационных точек, – отметила Олеся Мазко. – Здесь есть весы, водяная баня, магнитная мешалка, телевизор, мини-ПК для демонстрации видеоматериалов – все это однозначно вызовет интерес к аптечному делу, поможет определиться с выбором будущей профессии у школьников.

В день торжественного открытия площадки был подписан договор о сотрудничестве с Институтом фармации АГМУ. Мероприятие прошло под патронатом фонда «Милосердие» и стало возможным благодаря поддержке фонда и победе проекта в программе «Стальное дерево». «Стальное дерево» – проект поддержки социально значимых общественных инициатив. Его основная цель – реализация идей, направленных на создание благоприятной среды проживания, улучшение качества жизни.

гия», а студенты пятого курса в испытательной лаборатории предприятия изучают контроль качества лекарственных средств.

В начале 2023 года в Барнауле была открыта обновленная производственная аптека сети «Аптеки Алтая»

по адресу ул. Малахова, 111. В здании провели ремонт, установили современное специализированное оборудование.

Аптека выпускает в основном экстемпоральные препараты, то есть по индивидуальному рецепту, для конкретного пациента. В производстве не используют консерванты и неиндифферентные вещества, поэтому у тех, кому их назначают, исключены аллергические реакции.

Сейчас аптека выпускает более 300 наименований, в том числе детские лекарственные формы. Например, порошок антигриппин, детские капли с протарголом, микстуры успокаивающие для взрослых и детей, лекарственные средства для физиолечения, мази для лечения кожных заболеваний, грибковых поражений кожи и ногтей, пластины, лосьоны для лечения угревой сыпи и многое другое. И провизоры готовы расширять ассортимент.

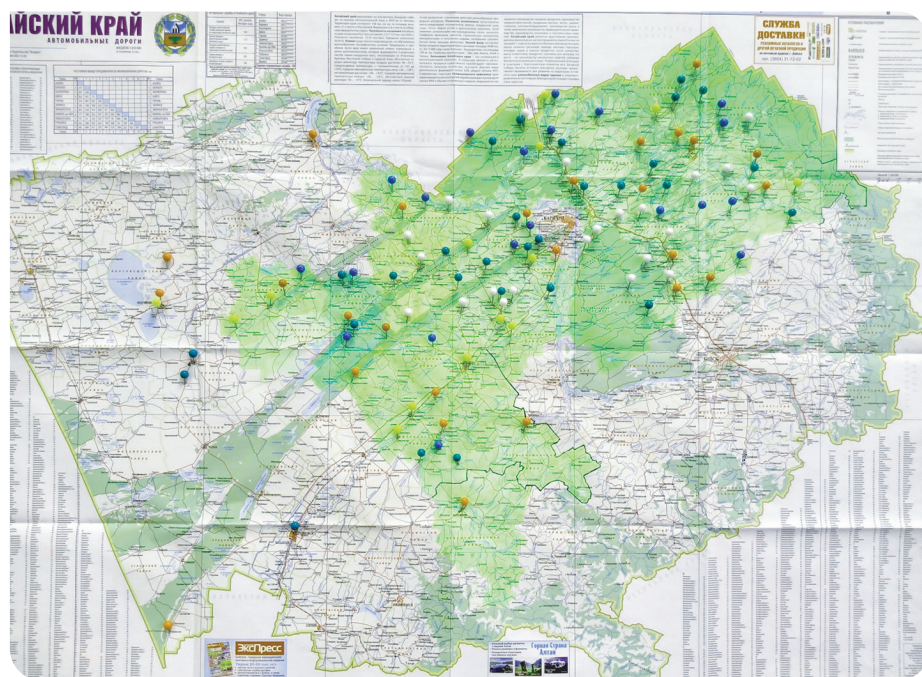
– Наше преимущество – мы производим то, что не производится в заводских условиях! Например, мы изготавливаем эффективные мази от пролежней и геморроя. У последней нет аналогов с таким составом у российских производителей, – рассказывает заведующая РПО «Аптеки Алтай» **Светлана Ворсина.**

С 1 сентября вступил в силу новый закон об изготовлении аптечных лекарственных форм из лекарственных препаратов и фармсредств, которые включены в госреестр или единый реестр лекарств ЕАЭС (Приказ Минздрава РФ от 22 мая 2023 г. № 249н). «Благодаря новому закону сейчас мы можем использовать готовые лекарственные средства для изготовления своих лекарственных форм. Это позволит существенно расширить наш ассортимент!» – отмечает Светлана Валентиновна.

Подготовила Елена Клишина.

Информация и фото представлены пресс-службами АГМУ и АКГУП «Аптеки Алтай»

Карта боли

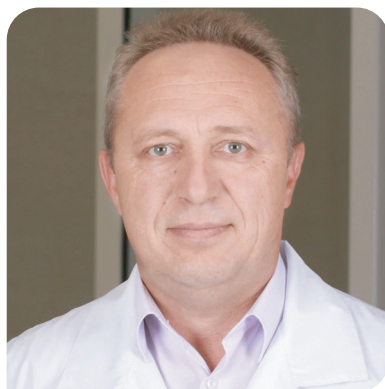


Несколько месяцев назад Виктор Павлишинец, заведующий отделением выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи краевого онкодиспансера «Надежда»,

главный внештатный специалист края по паллиативной помощи,

был назначен также главным внештатным специалистом Сибирского федерального округа.

Редакция «МиЗ» поговорила с Виктором Михайловичем о помощи паллиативным пациентам края и о том, как изменился круг его обязанностей.



Пациенты

Виктор Михайлович говорит, что сразу после нашей беседы он поедет к пациентке – девушке 18 лет, которой повезет домой подменный аппарат искусственной вентиляции легких. Ее состояние ухудшилось, и теперь ИВЛ дышит за нее почти целые сутки – около 22 часов. Если пациент находится на ИВЛ более 20 часов в сутки,

в его доме должен быть подменный аппарат на тот случай, если основной вдруг выйдет из строя.

В Алтайском крае на учете в службе паллиативной помощи состоят около 20 000 пациентов, включая детей (их примерно 300). Из общего числа паллиативных паци-

Продолжение на стр. 16-17 >>

«Продолжение. Начало на стр. 15»

ентов – примерно 60% онкологические больные.

– Паллиативные пациенты – это не только онкобольные, но еще и неврологические, и терапевтические больные. Неврологические паллиативные пациенты состоят у нас на учете, к примеру, с боковым амиотрофическим склерозом, со спинальной мышечной дистрофией. При этом надо отметить, что наблюдается рост заболеваемости онкологией. На рост числа паллиативных пациентов также влияет увеличение среднего возраста населения региона. Чем население становится старше, тем больше будет нуждающихся в паллиативной помощи, – отмечает Виктор Павлишинец.

В отделении, которым он руководит, есть карта Алтайского края (см. фото), на ней отмечены все населенные пункты, в которых есть паллиативные пациенты. И это настоящая карта боли. Одна булавочная головка на этой карте может означать, что в данном городе или селе не один, а несколько паллиативных больных.

Если паллиативный пациент не находится в специальном отделении больницы, то врач паллиативной помощи приезжает к нему домой. Для этого созданы специальные выездные бригады. В задачи врача входит также обучение родственников и законных представителей основам ухода за паллиативным пациентом, в том числе профилактике пролежней, питанию и гигиене, уходу за стомами, катетерами и использованию специального оборудования вроде аппарата ИВЛ. Врач также контролирует, как ведется уход за больным. «Врач и родственники становятся членами одной команды вокруг пациента», – отмечает Виктор Михайлович.

Паллиативная помощь в крае

Виктор Павлишинец говорит, что один из критериев оценки качества работы паллиативной службы – это отсутствие жалоб пациентов и их родственников. Таких жалоб, по его словам, в крае нет.



Другой критерий оценки – уровень обеспеченности паллиативных пациентов обезболивающими препаратами. В 2017 году он составлял всего 20% и был одним из самых низких в Сибири. В конце того же года был предпринят ряд мер, и уже по итогам первого полугодия 2018 года Алтайский край по этому критерию вышел на первое место с показателем 86%.

– Сегодня в плане обезболивания край занимает одно из первых мест в России. Подтверждение этому – на профильных комиссиях окружного и федерального уровней наш регион всегда отмечен положительно. В апреле 2022 года на одном из совещаний под председательством министра здравоохранения РФ я представлял опыт Алтайского края по обеспечению обезболивающими препаратами как передовой. В апреле этого года в крае работала команда экспертов ОНФ, которые дали организации паллиативной помощи достаточно высокую оценку.

Третий показатель – рост коечного фонда паллиативных отделений больниц. В 2017–2018 годах в крае было всего 60 паллиативных коек. Сегодня – 185 коек, из них 23 детские. В 2024–2025 годах планируется открыть еще около 30 онкологических паллиативных коек на базе краевого онкодиспансера.

В крае работают 14 кабинетов амбулаторной паллиативной помощи

и 10 отделений выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. К пациентам выезжают 11 бригад, включая три детские. Скоро должны добавиться еще три бригады, край получит для организации их работы три новых автомобиля. Одна бригада в дополнение к двум, уже работающим, будет создана в краевом онкодиспансере, плюс одна бригада появится на базе барнаульской горбольницы № 3 и третья – в барнаульской детской больнице № 7.

В крае ведется регистр паллиативных больных. На базе онкодиспансера создан координационный центр, который следит за тем, как пациенты по всему краю обеспечиваются медикаментами, медицинскими изделиями и оборудованием для поддержания жизненно важных функций организма на дому. Проводятся телемедицинские консультации как в формате «врач – врач», так и «врач – пациент», при необходимости организуют телемедицинские консультации с федеральным центром паллиативной медицинской помощи на базе Московского университета им. Сеченова.

В крае сейчас разрабатывается региональная программа развития паллиативной медицинской помощи, в которой всем этим и другим вопросам, а также вопросам взаимодействия с органами социальной защиты будет уделено основное внимание.

Обязанности

О том, как изменились его обязанности после назначения, Виктор Павлишинец говорит следующее:

– В должности главного внештатного специалиста края – это в первую очередь взаимодействие с отделом организации паллиативной помощи Минздрава края, координация деятельности всех краевых структур, как стационарных, так и амбулаторных. Организационно-методическая, консультативная работа. В должности главного внештатного специалиста СФО – это взаимодействие с федеральным центром по организации и оказанию паллиативной помощи, а также с главными внештатными специалистами регионов округа. Сюда входит и организация научно-практических конференций, и решение возникающих вопросов. Уже был проведен окружной паллиативный форум в Новосибирске, на котором обсуждались вопросы обеспечения препаратами и медицинскими изделиями паллиативных пациентов, вопросы организации паллиативной помощи и другие.

О хосписах

– Хосписы нужны, и в первую очередь необходим детский хоспис. Рассматривались варианты создания хосписов на основе частно-государственного партнерства. Но пока основной упор делается на развитие коечного фонда паллиативных отделений больниц. Тенденция последних лет – развитие амбулаторного звена паллиативной помощи. Но и работа по вопросам организации хосписов тоже проводится.

О боли

– Нет ни одного инструмента, оборудования или аппарата, который мог бы определить объективно уровень боли пациента. Боль – это чисто субъективные ощущения пациента. Но при этом оценку боли дает врач, потому что есть случаи, когда боль воспринимается пациентом как сильная, но, когда он получает от врача какой-то слабый анальгетик, она быстро проходит. Для оценки уровня боли врачи используют множество шкал. Специалисту бывает достаточно посмотреть в глаза паци-

Справка «МиЗ»

Виктор Павлишинец окончил в 1995 году АГМУ по специальности «лечебное дело». После окончания интернатуры работал в одном из учреждений краевой пенитенциарной системы в должности заведующего отделением торакальной хирургии. С 2012 года работает в краевом онкодиспансере – сперва в должности торакального хирурга в поликлинике, затем в службе паллиативной помощи. С 2019 года возглавляет отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи онкодиспансера.

енту, чтобы составить предварительное представление об уровне его боли.

Тип боли имеет значение, так как к разным типам боли и подход разный, требуется назначение разных препаратов. Как правило, у онкологических больных характер боли всегда смешанный – примерно в 70% случаев, поэтому надо врачу разбираться, какой тип боли преобладает, чтобы назначить правильную терапию.

Не всегда паллиативная помощь заключается в назначении наркотических препаратов. Паллиативная помощь – это в первую очередь купирование всех тягостных симптомов и синдромов, и это не только боль.

Если была бы возможность...

– Я бы изменил то, что сегодня остается проблемой: медицинская паллиативная помощь не выделена в отдельную медицинскую специальность. Врач паллиативной медицинской помощи – такой специальности не существует, это создает много проблем. Например, мы не можем получить или подтвердить категорию по паллиативной помощи. Мы все должны либо быть онкологами, либо торакальными хирургами, как я.

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой АКОД «Надежда»

Новости

Вдох глубокий, руки шире!

Получасовые тренировки проходят трижды в неделю для пациенток, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии № 3. Оно специализируется на ведении беременных пациенток, которым диагностирован сахарный диабет любого типа. С женщинами занимается инструктор лечебной физкультуры Елена Чернышева – старшая акушерка отделения, которая прошла первичную специализацию и получила соответствующий сертификат.

Рассказывает заведующая отделением патологии беременности № 3 **Светлана Дурягина**: «Мы знаем, насколько положительно при сахарном диабете влияет физическая активность на состояние углеводного обмена. Наряду с диетотерапией физические тренировки являются терапевтическим инструментом, который корригирует его нарушения у пациенток. Механизм очевиден: во время умеренной физической нагрузки увеличивается потребление глюкозы мышечными клетками и усиливается действие инсулина, что положительно влияет на уровень глюкозы в крови. Отмечу, что всем пациенткам, выписывающимся из нашего отделения, в числе рекомендаций мы указываем умеренные аэробные нагрузки общей продолжительностью не менее 150 минут в неделю».

Разумеется, занятия фитнесом возможны только при отсутствии противопоказаний. При хорошем самочувствии заниматься можно на любых сроках беременности, начиная с первого триместра. В комплексе упражнений, которые выполняют пациентки, отсутствуют физические нагрузки с высоким риском травматизма: выпады, резкие повороты и приседания. При составлении программы тренировок инструктор ЛФК учитывает особенности конституции будущих мам.

Сбиваясь с ритма

Всемирный день сердца отмечают 29 сентября.

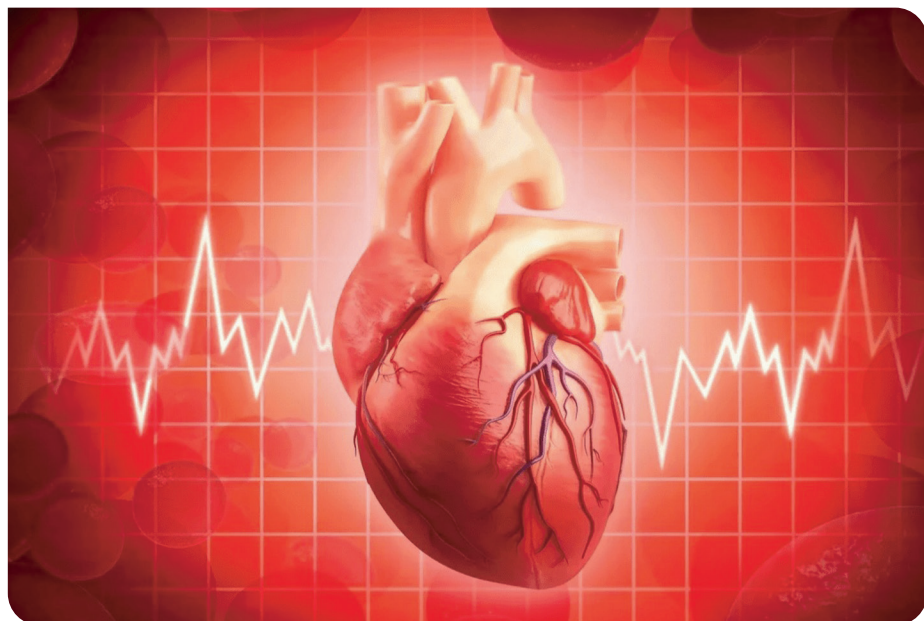
И если медики всегда держат руку на пульсе, то большинство обывателей начинает задумываться о здоровье своего «мотора», только когда он начинает выходить из строя. Одним из распространенных его сбоев является мерцательная аритмия. Что она собой представляет, как ее вовремя обнаружить и помочь сердцу жить полноценно – узнаем у врача-кардиолога, профессора кафедры АГМУ, главного внештатного специалиста – кардиолога Министерства здравоохранения Алтайского края Анны Ефремушкиной.



Отклонение от нормы

– Анна Александровна, что такое мерцательная аритмия и почему она возникает?

– Мерцательная аритмия (далее МА. – Прим. ред.) – это нарушение сердечного ритма. Оно возникает в пред-



сердиях и вызывает нерегулярный и часто учащенный ритм. Из-за нерегулярной и быстрой активации предсердий сокращение уменьшается, вызывая замедление или даже застой кровотока. Причины мерцательной аритмии до конца не изучены. И хотя сама по себе аритмия обычно не опасна для жизни, у некоторых людей она может стать серьезным заболеванием, которое требует срочного лечения. Одна из причин заключается в том, что мерцательная аритмия увеличивает вероятность образования тромбов в верхних отделах сердца, которые могут быть откачаны в другие органы. Если эти сгустки блокируют артерии в таком органе, как мозг, то они прекращают доставку крови и кислорода и могут привести к инсульту.

– Какие симптомы указывают на ее присутствие?

– Наиболее очевидный симптом – учащенное сердцебиение (неприятное ощущение сердцебиения), которое обычно превышает 100 ударов в минуту и является хаотичным и нерегулярным. Кроме того, сюда можно добавить усталость, затрудненное дыхание, одышку, слабость, головокружение. Боль в груди и тошнота также являются распространенными симптомами. Следует отметить, что мерцательная аритмия не

проявляется одинаково у всех людей. Симптомы и частота, с которой они возникают, могут сильно различаться. У человека с мерцательной аритмией также может не быть симптомов вовсе – аритмию обнаруживают случайно во время обычного осмотра.

Контролировать сердце

– Анна Александровна, какие заболевания могут привести к мерцательной аритмии и, соответственно, что делать, чтобы не допустить ее возникновения?

– Нарушение сердечного ритма связано с состояниями, которые повреждают структуру сердца. Люди с высоким кровяным давлением, ишемической болезнью сердца, пороками сердца,

На заметку

Мерцательная аритмия – наиболее распространенное нарушение сердечного ритма. Она встречается примерно у 1% населения. Редко бывает у молодых людей, но встречается у 5% людей старше 65 лет и у 10% пациентов старше 80 лет.

сердечной недостаточностью или же заболеваниями сердечных клапанов, ревматическими заболеваниями сердца, а также гипертиреозом, диабетом, метаболическим синдромом, заболеваниями легких, почек, апноэ во сне и семейной историей фибрилляции предсердий имеют более высокий риск развития мерцательной аритмии.

Иногда она появляется вследствие заболеваний, которые носят временный характер и поддаются лечению, например, заболевания щитовидной железы, перенесенной инфекции или дисбаланса электролитов в организме. В таких случаях после лечения острого заболевания вероятность повторного возникновения мерцательной аритмии в краткосрочной перспективе снижается.

Профилактика нарушения сердечного ритма заключается в своевременном выявлении и лечении тех заболеваний, о которых было сказано выше. Это можно сделать при помощи регулярной диспансеризации.

– Может ли нарушение сердечного ритма возникать у условно здорового человека и что его может спровоцировать в таком случае?

– Нездоровый образ жизни – злоупотребление алкоголем, ожирение, отсутствие физической активности, курение. Стресс и злоупотребление стимуляторами (включая кофеин) также может увеличить риски.

И все же мерцательная аритмия может возникнуть и у молодых людей со здоровым сердцем и без каких-либо других заболеваний.

– Что происходит с сердцем во время приступа мерцательной аритмии и к чему он может привести?

– Нарушение ритма возникает, когда аномальные электрические импульсы внезапно начинают возникать в верхних отделах сердца (предсердиях). Это приводит к тому, что они сокращаются нерегулярно, а иногда слишком быстро, чтобы сердечная мышца могла должным образом расслабиться между сокращениями, что снижает производительность сердца.

Многие люди с мерцательной аритмией не знают, что она у них есть, поскольку какие-либо симпто-

мы отсутствуют. Однако их отсутствие не означает, что риск образования тромбов и инсультов хоть сколько-нибудь уменьшается. У пациентов с мерцательной аритмией вероятность инсульта в 4–5 раз выше, чем у пациентов без нее. Инсульт обычно возникает у людей, которые не знают, что у них есть мерцательная аритмия, и не принимают лекарства для защиты.

Кроме того, если сердечный ритм очень быстрый весь день и ночь в течение многих недель, это может ослабить сердечную мышцу и вызвать сердечную недостаточность – состояние, при котором в сердце не может циркулировать в достаточном количестве крови для удовлетворения потребностей организма.

– Каковы прогнозы при повторяющихся приступах? Что нужно делать в таких случаях?

– При наличии длительных заболеваний, предрасполагающих к нарушению сердечного ритма (высокое кровяное давление, ожирение, обструктивное апноэ во сне и т.д.), приступ мерцательной аритмии с большей вероятностью повторится. Если эти состояния не лечить, есть вероятность, что она будет возникать чаще и даже прогрессировать до постоянной. Когда мерцательная аритмия диагностирована, лечение и улучшение образа жизни необходимы для снижения риска других проблем, связанных с сердцем, таких как инсульт и сердечная недостаточность. Поэтому необходимо регулярно (2 раза в год) наблюдаться у врача и принимать все назначенные препараты.

Предотвратить инсульт

– Анна Александровна, что категорически нельзя делать при мерцательной аритмии и что, наоборот, может облегчить состояние?

– Врач назначает определенные группы препаратов, которые будут снижать вероятность развития сердечной недостаточности и предотвращать инсульт. Поэтому необходимо следовать всем рекомендациям. Ни в коем случае не бросать прием антикоагулянтов – препаратов, разжижающих кровь, а также нельзя пропускать их прием или увеличивать дозу.

При пароксизмальной форме МА (когда приступы возникают периодически) врач может порекомендовать использовать для снятия приступа определенные таблетки. Их доза также регламентирована, увеличивать самостоятельно ее нельзя. Если пациент испытывает какие-либо неприятные симптомы, которые заставляют чувствовать себя действительно плохо (тошнота, боль в груди, обморок и т.д.), следует немедленно обратиться за медицинской помощью в больницу.

– В каком случае нужно обращаться к врачу и каким будет лечение?

– Если человек часто испытывает учащенное сердцебиение, то стоит подумать о том, что, возможно, происходит что-то серьезное с организмом. Нарушение ритма сердца может вызвать затруднение дыхания, боль в груди и головокружение. Если вы обнаружите, что сердце бьется учащенно в состоянии покоя или выше среднего во время физических нагрузок, необходимо записаться на прием к участковому терапевту или кардиологу для дальнейшего обсуждения этих симптомов. Лечащий врач может попросить вести дневник, в котором отмечаются все случаи учащенного сердцебиения.

При подозрении на сердечную аритмию врач направит пациента на ЭКГ (электрокардиограмму) в состоянии покоя или долговременную запись ЭКГ (с помощью носимого регистратора ЭКГ).

Если результаты исследований показывают, что пациент страдает мерцательной аритмией, лечащий врач может принять решение назначить лекарства для контроля симптомов, особенно если они сопровождаются болью в груди или дискомфортом.

Из-за риска образования тромбов, потенциально приводящих к инсульту, также могут назначить препараты, разжижающие кровь (антикоагулянты).

Во многих случаях с мерцательной аритмией можно справиться с помощью соответствующих медикаментов. Однако в некоторых случаях может потребоваться дальнейшее лечение в виде медицинских процедур, включая кардиоверсию и абляцию.

Записала Ирина Савина

Суставная гимнастика при остеоартрозе

Болезни костно-мышечной системы по распространенности занимают четвертое место в мире. Боли в суставах – достаточно частая причина обращения пациентов как к врачам общей практики, так и к специалистам узкого профиля. Лечебная гимнастика является основным компонентом комплексного курса лечения при остеоартрозе (ОА). Занятия физической культурой разрешаются только после купирования острого периода заболевания. При этом боль и воспаление почти отсутствуют. Прежде чем приступить к зарядке, пациенту следует получить разрешение врача.

Основные правила организации гимнастики для суставов при ОА:

- 1. Заниматься только в специальной спортивной, обязательно удобной одежде.** Кроссовки должны быть с твердой прорезиненной подошвой толщиной не менее 2 см, с мягким верхом, который не будет сдавливать стопу.
- 2. Все упражнения делаются плавно, размеренно,** не должно быть



рывков, чтобы еще сильнее не деформировать сочленения.

3. Расслабиться перед началом тренировки. Это улучшает приток крови к суставу, а делать упражнения становится проще.

4. Занятия начинают с более простых упражнений, по мере привыкания тренировка усложняется.

5. Все упражнения сначала выполняются в медленном темпе, с небольшой амплитудой, затем амплитуда увеличивается, немного растет и темп. При шейном артрозе запрещается выполнять резкие повороты и наклоны головой.

6. Для занятий требуется 30–40 мин. каждый день. Рекомендуется поделить указанное время на 2–3 тренировки по 10–20 мин. Между тре-

нировками делается перерыв 4–6 ч, чтобы суставы успели отдохнуть. За этот период успевают завершиться регенерация хряща.

7. Когда занятия окончены, следует немного полежать, вытянув ноги и расслабиться.

К движениям в суставе приступают сразу же после снятия воспаления и боли через 3–5 дней. Задачи ЛФК при комплексном лечении артроза можно представить в виде пирамиды, в основании которой лежит восстановление подвижности и необходимой амплитуды движений в суставе; увеличения силы и выносливости мышц; аэробная тренировка.

Дозирование нагрузки – самая трудная задача ЛФК. С одной стороны, достижение реабилитационного

эффекта физической нагрузки при коротком воздействии просто невозможно, с другой – недопустима перегрузка сустава, ведущая к обострению болезни.

Двигательный режим (объем эффективной, но безопасной нагрузки, необходимость дополнительной опоры) и конкретные формы, средства и методики ЛФК зависят от стадии, локализации, особенности течения заболевания и определяются индивидуально врачом после обследования и оценки функционального состояния пациента.

Ходьба – это основная естественная локомоция человека. Важно, чтобы ходьба стала основным средством профилактики ОА. Именно поэтому при последствиях травм и артрозах суставов нижних конечностей рекомендуют дозированную ходьбу как основной метод профилактики и лечения. Рекомендую увеличить двигательную активность, прежде всего имеют в виду пройденные в течение дня километры (до 7 км). Дозированные ходьбы – это ограничение времени непрерывного (без отдыха) пребывания «на ногах» не более 30–40 мин., но не пройденного расстояния за день.

Гимнастика – позволяет надолго сохранить подвижность суставов. Физическими упражнениями следует заниматься в положении лежа или сидя, когда максимально снижена нагрузка весом на суставы. Упражнения не надо делать через боль, лучше приступить к ним после приема обезболивающих средств. Интенсивность занятий и частота повторений определяются выраженностью боли в суставах. Энергичные движения противопоказаны.

Объем движений следует увеличивать постепенно. Занятия лучше всего начинать под руководством специалиста по реабилитации (врача ЛФК). После окончания занятий в группе следует продолжать заниматься дома, используя полученные навыки. Главный принцип – частое повторение упражнений в течение дня по несколько минут.

Упражнения нужно выполнять медленно, плавно, постепенно увели-

чивая объем движений. У большинства пациентов эти упражнения не вызовут усиления боли в суставах. Если незначительная боль продолжается дольше, чем через 20 мин. после выполнения упражнений, надо уменьшить число повторов до 5 упражнений за раз, потом постепенно увеличивать их число до 15, когда позволит самочувствие.

Представлен простой комплекс упражнений для самостоятельного выполнения. Выполнение упражнений лучше разделить на несколько занятий по 10–15 мин. Выполнять их нужно медленно, плавно, постепенно увеличивая амплитуду. Сгибать и разгибать суставы максимально до боли, но не через боль, постепенно увеличивая амплитуду движений. Упражнения выполнять не менее 5 раз. Рекомендуемое время занятий – 30–40 мин. в сутки.

Комплекс упражнений при ОА коленного сустава

1. Исходное положение: сидя на столе. Сесть на столешницу стола. Сидеть прямо. Поболтать ногами с умеренной амплитудой движений.

2. В том же положении поднять ногу и поддержать ее 3 сек. параллельно полу. Стопа при этом под прямым углом к голени. Поменять ногу. При выполнении этого упражнения нужно почувствовать напряжение в мышцах бедра и голени.

3. Стоя на полу, ягодицами опереться о столешницу. Колени чуть согнуты и разведены. Носки в стороны. Не сгибая спины, наклоняться вперед и возвращаться назад.

4. «Малый велосипед». Согнуть обе ноги в коленях, стопы на полу. Правую ногу привести к животу коленом, затем выпрямить ее, медленно опустить на пол и вновь привести ко второй ноге. Стопа при этом всегда под прямым углом. Ноги менять.

5. Лежа на полу на спине. Ноги вытянуты. Согнуть колено, при этом стопу чуть приподнять над полом. Поддерживать так 5 сек. Ноги поменять.

6. «Большой велосипед». Лежа на полу на спине крутить ногами, как при

езде на велосипеде. Выполнять сначала медленно, потом быстрее; медленнее – быстрее. Все время обращать внимание на напряжение в мышцах бедра.

7. Лежа на полу на спине, согнуть ногу в колене, обхватить бедро рукой и подтянуть к животу. Вытянуть колено (стопа под прямым углом, «натягивать» пятку). Почувствовать напряжение в мышцах. Подержать так 5–8 сек. Опустить пятку на пол, затем вытянуть ногу. Ноги менять одну за другой. Вторую ногу, которая лежит на полу, стараться не сгибать.

8. Положение на спине, ноги вытянуты, расслаблены. На счет «раз-два» нога сгибается в коленном суставе до максимума, стопа при этом скользит по подстилке. На счет «три» нога сгибается в тазобедренном суставе и руками прижимается к туловищу (спину от пола не отрывать). На счет «четыре-пять» удерживать ногу. На счет «шесть» опустить стопу на пол. На счет «семь-восемь» выпрямить ногу. Движение повторяется другой ногой. Повторить 10–15 раз.

9. Лежа на спине. Выпрямленная нога отрывается от пола на 20–30 см и удерживается в таком положении несколько секунд, затем опускается. Движение повторяется другой ногой. Повторить 10–15 раз.

Комплекс упражнений при ОА тазобедренного сустава

1. Исходное положение: лежа, ноги прямые. При необходимости согнуть одну ногу в коленном суставе. Поочередно прижимать колено к животу на выдохе. В конце движения помогать руками, достичь максимального объема. Повторить 10–15 раз одной ногой, затем другой.

2. Лежа на спине, ноги прямые. Поднять выпрямленную ногу от пола на максимально возможную высоту, затем опустить. В конце движения помогать руками, достичь максималь-

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

ного объема. Повторить 10–15 раз одной ногой, затем другой.

3. Положение лежа на спине. Обе ноги сгибаются в коленных суставах до максимума, стопы не отрываются от пола. В таком положении колени разводятся в стороны и снова сводятся. Стараться постепенно увеличивать амплитуду движений. Повторить 10–15 раз.

4. «Ножницы» – исходное положение лежа на спине, ноги выпрямлены.

Одна нога отрывается от пола и совершает движения из стороны в сторону с максимально возможной амплитудой. Стараться не сгибать ногу в коленном суставе. Повторить другой ногой.

5. Лежа на спине. Оторвать выпрямленную ногу от пола на максимально возможную высоту, затем опустить. Повторить 10–15 раз одной ногой, затем сменить ногу.

6. Лежа на спине, ноги прямые. Согнуть одну ногу в коленном суставе.

Отведение другой ноги в сторону. Повторить 10–15 раз каждой ногой. Стараться постепенно увеличивать амплитуду движений. При хорошей тренированности можно совершать движения одновременно двумя ногами (упражнение «ножницы»).

7. Сидя на стуле, постараться в наклоне туловища вперед коснуться руками кончиков пальцев стоп, затем выпрямиться. Повторить 10–15 раз.

8. Исходное положение стоя, одна нога стоит на невысокой подставке (ступеньке), рукой опереться о стол. Другой ногой совершать махи вперед и назад, постепенно увеличивая амплитуду. Позже добавляются движения ногой в сторону. Повторить 10–15 раз.

Т.В. Кудеярова,
к. м. н., доцент кафедры
поликлинической терапии;
Н.В. Дуруда, к. м. н.,
доцент кафедры
поликлинической терапии

Преждевременная недостаточность яичников



Термином «преждевременное истощение (недостаточность) яичников» (ПНЯ) обозначается синдром, характеризующийся снижением или полным отсутствием функции яичников у женщин в возрасте моложе 40 лет. В отличие от своевременной менопаузы, когда наблюдается окончательная потеря функции яичников, при ПНЯ может наблюдаться ее спонтанное возобновление.

Эпидемиология

Частота заболевания в среднем составляет 1%, однако она зависит от возраста и этнической принадлежности пациенток. В России доля больных репродуктивного возраста с первичной и различными формами вторич-

ной яичниковой недостаточности составляет 0,7%.

Актуальность

Дефицит половых гормонов в возрасте до 40 лет не только способствует формированию бесплодия, вазомоторных и эмоционально вегетативных

проявлений, но и является фактором риска развития остеопороза, а также сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что у женщин с преждевременной недостаточностью яичников вероятность развития ишемической болезни сердца и инсультов после 50 лет повышается в 2,08 и 2,19 раза в сравнении с женщинами в естественной менопаузе.

Причины возникновения

В большинстве наблюдений точно выявить этиологию данного заболевания крайне сложно, в связи с чем неустановленные причины в структуре преждевременной недостаточности яичников продолжают составлять более 50%.

По современным представлениям ПНЯ развивается вследствие резкого снижения числа фолликулов за счет их ускоренной гибели, недостаточной их закладки во время внутриутробного развития или при нарушениях созревания. Наиболее распространенными причинами являются генетические (наследственные) факторы, перенесенные ранее оперативные вмешательства на яичниках, лучевая или химиотерапия при онкологии, инфекционные заболевания (ВИЧ, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит, туберкулез), аутоиммунные нарушения (гипотиреоз, сахарный диабет 1-го типа, болезнь Аддисона) и неэндокринные поражения (тромбоцитопеническая пурпура, витилиго, алопеция, злокачественная или аутоиммунная анемия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, синдром Шёгрена, первичный билиарный цирроз и др.).

Клинические проявления

Признаками заболевания у женщин с преждевременной недостаточностью яичников являются нарушения менструального цикла в виде длительных задержек менструаций, вплоть до полного их отсутствия (аменорея). На фоне аменореи появляются приливы, постоянное необоснованное чувство усталости, снижение работоспособно-

сти, ухудшение познавательной функции и памяти, нарушение настроения (раздражительность, депрессия), сухость во влагалище, отсутствие полового влечения, что обусловлено выраженным дефицитом половых гормонов. Преждевременное истощение яичников сопровождается развитием бесплодия – наиболее тяжело преодолимого симптома заболевания.

Диагностика

Специфических маркеров для ранней диагностики преждевременной недостаточности яичников не существует. Ведущими клиническими признаками являются возраст моложе 40 лет, отсутствие менструаций не менее 3–6 месяцев, уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) > 25 МЕ/л при двух определениях с интервалом в 4 недели, ультразвуковые маркеры (уменьшение размеров яичников, отсутствие в них фолликулярного аппарата, снижение овариального кровотока, атрофия эндометрия). Помимо этого, проводятся дополнительные обследования для исключения других заболеваний со схожей симптоматикой.

Для своевременной диагностики долговременных рисков, ассоциированных с дефицитом половых гормонов, больным с преждевременной недостаточностью яичников показан ежегодный скрининг минеральной плотности кости (МПК) с помощью денситометрии. При преждевременной недостаточности яичников примерно у каждой второй пациентки МПК снижена по отношению к возрастной норме.

Определение уровня липидов крови необходимо проводить для оценки риска развития дислипидемии как начального этапа формирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Лечение

Для восполнения дефицита половых гормонов при ПНЯ наиболее рационально применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) эстрадиолом в сочетании с прогестгенами в циклическом режиме. Индивидуальный подбор препаратов мо-

жет осуществляться только лечащим врачом после полного клинико-лабораторного обследования. ЗГТ настоятельно рекомендуется женщинам с ПНЯ, в основном для облегчения вазомоторных и мочеполовых симптомов. Кроме того, ЗГТ играет роль в защите костей и первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Женщины с ПНЯ должны находиться под наблюдением гинеколога с соблюдением принципов ежегодного скрининга – УЗИ гениталий и молочной железы, ПАП-тест. Заместительную гормонотерапию целесообразно проводить до возраста наступления своевременного выключения функции яичников (то есть в среднем до 50 лет).

Помимо медикаментозного лечения необходимо соблюдать принципы по изменению образа жизни, например, физическая активность, прекращение курения, нормализация веса.

Преждевременная недостаточность яичников является актуальной проблемой современного общества, значительно ухудшает здоровье и снижает качество жизни у молодых женщин вследствие дефицита половых гормонов. Своевременная постановка диагноза и назначение ЗГТ позволяют эффективно предотвращать симптомы и развитие осложнений у данной категории пациентов.

Юлия Александровна Шадеева,
врач – акушер-гинеколог высшей категории, к. м. н, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ;

Галина Викторовна Немцева,
врач – акушер-гинеколог высшей категории, к. м. н, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ

Восстановить корсет

Беременность, роды, лишний вес, гиподинамия – все эти факторы накладывают мощный отпечаток на женское здоровье. По статистике, каждая третья женщина страдает пролапсом (опущением) органов малого таза.

В плановых стационарах очереди на операции по устранению данной патологии расписаны на месяцы вперед. В связи с этим на базе гинекологического отделения Краевой больницы скорой медицинской помощи открыли прием пациенток с опущением органов малого таза. Какую помощь оказывают им в стенах экстренного стационара – расскажет врач – акушер-гинеколог Анастасия Артеменко.



Поддержат со всех сторон

Опущение мышц тазового дна происходит не за один день. Этот процесс развивается довольно дли-



тельное время. Начинается он с нарушения иннервации, а следовательно, тонуса мышц и фасций тазового дна. Затем переходит в дефекты связок, после чего можно наблюдать клинические проявления – болезненные ощущения в нижней части живота, запоры, недержание мочи, учащенное и затрудненное мочеиспускание. Причем страдать могут не только пациентки зрелого возраста, но и молодые женщины после тяжелых родов или же тяжелой физической нагрузки.

«Пролапс тазовых органов – выпячивание тазовых органов через стенки влагалища. Это может быть матка, кишечник, мочевой пузырь. Такое состояние подобно грыже – оно не опасно для жизни, но всегда прогрессирует, может вызывать дискомфорт и боль и, конечно, существенно снижает качество жизни, – говорит Анастасия Артеменко. – Причиной пролапса в первую очередь, конечно, являются роды. Опущение тазовых органов в 5 раз чаще наблюдается у женщин, родивших естественным путем. Но и при кесаревом сечении никто не застрахован от этого. Дело в том, что во время беременности и родов происходит повреждение мышц или же нервов и нарушается кровоснабжение, поддержка и функция мышц, а также целостность тазовой фасции и мышечного каркаса данной области. Внутрибрюшное дав-

ление повышается, и органы смещаются со своих привычных мест».

Но не только роды влияют на состояние мышц тазового дна. Опущение органов провоцирует нездоровый образ жизни, нерациональные физические нагрузки, склонность к запорам, а также лишний вес, который способствует повышению внутрибрюшного давления. Гиподинамия влечет нарушение кровоснабжения и стаз венозной крови. Кроме того, постменопаузальные изменения при отсутствии коррекции приводят к нарушению питания тканей. Также некоторые хирургические операции (ампутация матки) будут провоцировать опущение органов.

Врач – акушер-гинеколог отмечает, что также крайне важна коррекция бактериальных вагинозов. Дело в том, что воспалительные процессы влагалища влияют на тургор тканей – они становятся менее эластичными, мышцы – более рыхлыми, а слизистая – более тонкой. Все это негативным образом сказывается на состоянии тазового дна.

Последовательная работа

Анастасия Артеменко рекомендует женщинам внимательнее относиться к своему здоровью. После родов – правильно распределять нагрузку и заниматься ранним послеродовым восстановлением расслабленного мышечного

корсета. Не всегда женщины сами могут понять, есть ли проблемы. Поэтому спустя два месяца после родов важно попасть на прием к гинекологу. Чтобы выявить пролапс женских половых органов, достаточно одного осмотра. Для уточнения диагноза врач проведет опрос, УЗИ органов малого таза, а при необходимости – ряд дополнительных проб (попросит пациентку покашлять или потужиться). В ходе обследования он определит степень опущения тазовых органов и методы их коррекции.

«У всех своя скорость и особенности восстановления. Если же роды были давно, но женщину беспокоит чувство инородного тела во влагалище, недержание мочи, нарушение целостности при гигиенических процедурах – ей также лучше не откладывать визит к гинекологу, – отмечает Анастасия Артеменко. – Далеко не каждой пациентке показана операция. Специалист выберет метод лечения на основании полученных данных. К примеру, если опущение органов малого таза возникло сразу после родов и не причиняет неудобств, то возможны консервативные методы лечения. Если же вовремя проблема не была решена и возникли осложнения, то потребуются хирургическое вмешательство и более длительная реабилитация».

Если процесс только начинает формироваться, то первое, с чего начинается лечение, – упражнения Кегеля (тренировка мышц влагалища и прямой кишки). Далее применяют лазерную и магнитную стимуляцию. Но стоит понимать, что все эти методы воздействуют исключительно на мышечный каркас. Они направлены на поддержание, питание и улучшение иннервации тканей, отмечает врач – акушер-гинеколог. Но не всегда коррекция мышц тазового дна является методом выбора. При стрессовом недержании мочи применяется импланты (слинговая коррекция). Благодаря этому методу происходит физиологичное расположение мочеиспускательного канала и восстановление его работы.

Еще один метод консервативной терапии – использование пессария – силиконового изделия разной формы, которое фиксирует связки, мо-

чевой пузырь, матку в анатомически правильном положении. Пессарий поддерживает стенки влагалища и шейку матки, предотвращает самопроизвольное мочеиспускание при чихании и кашле, а также устраняет дискомфорт, который вызывает опущение органов малого таза.

Важно понимать, что консервативное лечение не устраняет проблему полностью, а лишь предотвращает ее быстрое прогрессирование и избавляет от неприятных симптомов. Чтобы полностью устранить опущение органов малого таза, иногда необходимо хирургическое вмешательство.

От простого к сложному

Самым распространенным хирургическим методом, который применяют гинекологи, является пластика передней или задней стенки влагалища. Именно эту операцию стали проводить в стенах ККБСМП. В ходе ее происходит коррекция стенок влагалища собственными тканями и, как следствие, восстановление функций и местоположения органов. Оперативное лечение проводят под общим наркозом. Противопоказание к нему лишь одно – период обострения любых заболеваний. Срок госпитализации в среднем составляет 5–7 дней.

После этого следует реабилитационный период, который в общей сложности достигает двух месяцев. Он подразумевает исключение половой жизни, а также тяжелых физических нагрузок. Поднимать вес более 5 кг в

течение этого периода запрещено – мышечный каркас должен полностью восстановиться, поясняет эксперт.

Коррекция пролапса тазовых органов способна полностью избавить женщину от мучительных состояний, но важно понимать – от рецидивов она защитить не может. «Дело в том, что у каждой пациентки разный тургор кожи, свои индивидуальные регенеративные способности. Кроме того, может опуститься и общая фасция. Именно поэтому важно вести максимально оптимальный для женского организма образ жизни. Это означает не поднимать вес больше 7–10 кг, поддерживать нормальный вес, избавиться от дурных привычек, заниматься умеренными физическими нагрузками на регулярной основе, чтобы избежать гиподинамии, – подчеркивает Анастасия Артеменко. – Провоцировать пролапс могут не столь очевидные на первый взгляд факторы – нарушенная иннервация крестца или копчика, а также позвоночника в целом. Любые проблемы с осанкой могут послужить триггером, поскольку происходит неравномерное распределение нагрузки».

Не стоит думать, что опущение органов малого таза – незначительная проблема. Оно чревато серьезными осложнениями. «Сначала появляется ощущение инородного тела во влагалище, потом возникает недержание мочи, затем – ее задержка. Повторюсь, пролапс со временем неизбежно прогрессирует. Полное выпадение матки может вызывать ущемление нервов и нарушение питания органов. Такие состояния сопровождаются болью, атрофией, некрозом тканей и присоединением инфекции», – отмечает акушер-гинеколог.

В запущенных случаях опущения органов малого таза происходит нарушение мочеиспускания и дефекации, вплоть до неотложных состояний, которые потребуют уже экстренной медицинской помощи. Чтобы не доходить до точки невозврата, проверить свое здоровье стоит в ближайшее время.

Предварительно записаться на консультацию к врачу-гинекологу можно по телефону 8 (3852) 36-75-07 (с 14.00 до 16.00, кроме выходных и праздничных дней).

Ирина Савина

Справка

В зависимости от того, какой сегмент влагалища опущен, выделяют передний, задний и верхний пролапс. Опущение переднего отдела встречается в два раза чаще, чем заднего. Такую патологию врачи устраняют при помощи пластики пролапса тазовых органов.

В случае когда опускается вся мышечная диафрагма (апикальный пролапс), показана хирургическая коррекция мышечного каркаса.

Разоблачить «самозванца»

Успехи на жизненном пути – закономерная победа или всего лишь игра случая? Такой вопрос наверняка задавал себе каждый. Если все взлеты воспринимать легко и непринужденно, то проблем и не будет. Но что делать, если при каждой победе возникает чувство неуверенности, тревоги и даже вины по поводу того, что она не заслужена? Согласно исследованиям, от 70 до 90% людей хотя бы раз переживали признаки, свойственные синдрому самозванца. И чаще всего он встречается у специалистов с высоким уровнем образования, а также одаренных детей и подростков. Как распознать в себе синдром самозванца, а самое главное, как от него избавиться, – расскажет практический психолог, арт-гештальт-терапевт, семейный психотерапевт более чем с 20-летним стажем
Ирина Волченко.



Вечные ученики

Сегодня в информационном пространстве активно обсуждается тема преодоления сомнений и призыв действовать, не бояться делать первый шаг. В связи с этим появились тысячи экспертов, которые консультируют в различных сферах деятельности. Вместе с этим стал актуален вопрос профессионализма таких специалистов. Ирина Волченко отмечает, в современности проявлено противостояние двух ярких крайностей: одни обладают компетенциями, но не используют их по максимуму, другие, не обладая оными, идут вслед за призывом освободиться от синдрома самозванца и проводят многочисленные семинары сомнительного содержания. Как же распознать бриллиант среди имитаторов? Ответ психолога прост – смотреть в суть. Если ориентироваться на поверхностные звания, можно получить совсем не тот результат, о котором мечтаешь.

Как же отделить зерна от плевел, а точнее – выявить истинного самозванца?

«О синдроме самозванца мы можем говорить, когда человек сделал что-то, получил результат, но при этом сомневается в том, что действительно

что-то может. Мол, сделал не он, а так сложились обстоятельства. А ему еще нужно много учиться, много чего узнавать, нарабатывать навыки и опыт. И потому все, что сейчас получилось, может быть, все, что угодно, но это еще не я, – поясняет Ирина Волченко. – Такие люди уверены: чтобы стать экспертом или спикером, им не хватает исчерпывающих знаний по этой теме. Им нужно знать все. Так проявляются максимализм и перфекционизм. У таких людей отсутствует присвоение своих умений, талантов, навыков».

В таких случаях главное, чему нужно учиться, – опираться на факты и присваивать себе все достижения, вплоть до самых мелких. «Закончив какое-либо дело, задаем самому себе вопросы: сделано ли дело? кто его сделал? благодаря чему удалось решить вопрос? И, отвечая на эти вопросы, все ответы фиксировать на бумаге. Важно прописывать абсолютно все достижения – это создает накопительное состояние, признание в себе ресурса знаний и умений. После присвоения своих сил человек начинает более увереннее ими пользоваться», – отмечает психолог.

Если речь идет о психологических трудностях, человек, как правило, не

догадывается, с какими нарушениями он столкнулся. Как же распознать в себе синдром самозванца? «Обычно он проявляется, когда окружающие начинают хвалить человека за какое-то достижение – будь то выступление со сцены, презентация проекта или решение производственной задачи. Со стороны идет обратная связь, люди выражают восхищение, искренне делятся своими чувствами, а их не принимают – человек все обесценивает, причем порой довольно ярко, нивелируя не только похвалы, но и собственные заслуги. В такие моменты стоит обратить внимание на эти факты», – подчеркивает Ирина Волченко.

Нити в детство

Подобное поведение чаще всего связано с низкой самооценкой и страхом критики. Как правило, разрушительный механизм запускается еще в детстве. «Закладка кирпичей неуверенности происходит, когда родители сравнивают достижения детей с братьями или сестрами в одной семье или же с более успешными сверстниками. Сравнение не в пользу ребенка вызывает неуверенность, сомнение, что получится добраться до чьего-то уровня. Вследствие этого внутренняя опора идет не на себя, а на чужое мнение. Ошибка родительского воспитания дает результаты, с которыми детям придется сталкиваться в течение дальнейшей жизни – их преследуют постоянные сравнения с кем-либо, зависимость от чужого мнения и чужих оценок. Крайне важно сравнивать только свои результаты на разных этапах жизни, но ни в коем случае нельзя сравнивать себя с кем-то», – отмечает психолог.

Но не все так плохо. У синдрома самозванца есть и обратная сторона. Он мотивирует человека двигаться к большим успехам. «Самозванцы», как правило, грамотны, компетентны и качественно подходят к своему делу, они несут благо другим людям. Но при этом могут загонять себя, перетруждать – слишком много ответственности, много усилий затра-

чивается, и может случиться выгорание», – продолжает Ирина Волченко.

Чтобы адекватно себя оценивать, психотерапевт рекомендует отойти от оценки других людей, а также избавиться от страхов. Не всегда это легко сделать самостоятельно. Чтобы быстрее достичь желаемого эффекта, нужна поддержка со стороны. Это может быть помощь наставника, коуча, психолога или же профессионального сообщества. Зачастую не все так страшно, как видится человеку с его точки зрения.

Что же нужно сделать, чтобы избавиться от этого синдрома? В первую очередь идентифицировать его, признать, что он есть, говорит эксперт. А далее признать, что вы – стоящий специалист. Для этого обозначить все свои профессиональные и личные компетенции.

«Синдром самозванца мешает покушаться на что-то глобальное. Человек совершает много мелких действий, но при этом обладает высоким потенциалом. Когда чувствуешь такой потенциал, нужно пробовать, действовать. Если существует диссонанс результативности и отношения к самому себе, важно привести в целостное состояние свое внутреннее ощущение. Дать себе установку – я могу добиваться результатов и имею все необходимые для этого ресурсы», – поясняет психолог. – Важно ставить цели и задачи и обязательно анализировать, что получилось, а что нет. Если появляется критика от других людей, то нужно выработать лояльность к такой оценке и вычертить границы. Это означает, что себе даем позволение быть собой – даем право на планы, цели, действия и результат тот, который можем получить в данной точке. А другим даем позволение оценивать и вести себя так, как они хотят, не принимая их оценку за истину в последней инстанции».

Признать себя

Еще одним камнем преткновения могут стать... авторитеты. Очень важно избавиться от зависимости от авторитетов, отмечает специалист. «Нередко

человек чувствует себя уверенно, но только он оказался рядом с авторитетами в своей сфере – сразу же начинается паника и развивается комплекс: тот умнее, грамотнее, лучше, зачем мне вообще что-то говорить, если заведомо покажусь глупее его. В такие моменты важно научиться разъединяться с личностью авторитета. Стоит понимать, что это человек со своим возрастом, стажем, опытом и ресурсами. Себя нужно рассматривать не на фоне его, а как отдельную личность, не сравнивая и не сливаясь с ним», – подчеркивает Ирина Волченко. – В такие моменты нужно принять себя и дать себе позволение поделиться своими мыслями – каждый из нас мыслит уникально. Но для принятия важна наша внутренняя составляющая, которую всем важно возвращать, – самоподдержка. Это очень ресурсная часть нашего внутреннего мира. Если она взрощена в детстве благодаря родителям, то проблем во взрослом возрасте будет, безусловно, меньше».

Психолог поясняет, что базовое наполнение личности происходит до 7 лет. Другими словами, какие установки получил ребенок в эти годы, такие будут доминировать в дальнейшем. Но если в детстве где-то возникли «поломки» и механизм самоидентификации пострадал, то «чинить» его придется позже.

Как правило, больше всего неприятностей взрослым приносят сильные ограничивающие убеждения или же травматичные моменты в прошлом. «Такие люди много трудятся, но у них нет успеха. Причина нередко кроется в травматичном детском опыте, который лишил уверенности и заблокировал ресурсы. В таких случаях необходима помощь психотерапевта. Во время сеанса он с пациентом заходит в ситуацию, снимает блокировку, и происходит внутреннее движение, которое перетекает в проявленное действие. Личность вытаскивается всю жизнь, поэтому всегда можно поменять все в лучшую сторону, если что-то получается не так, как вы хотели», – говорит эксперт, добавляя, что мы все существуем не по отдельности, а через взаимодействие и взаимодополнение.

Ирина Савина

Синдром самозванца проходит через признание своих достижений.

Акцент на восстановление

Тенденции современной медицины таковы, что реабилитация завоевывает все больше позиций в системе здравоохранения. Главными действующими лицами становятся те, кто знает в этом толк, – врачи разных специальностей: реабилитологи, терапевты, хирурги, психологи. К процессу подключаются и более узкие специалисты, поскольку последствия болезней и травм индивидуальны. Особая роль в процессе восстановления – у физических терапевтов. Кто они такие и в чем их миссия сегодня – в нашем материале.

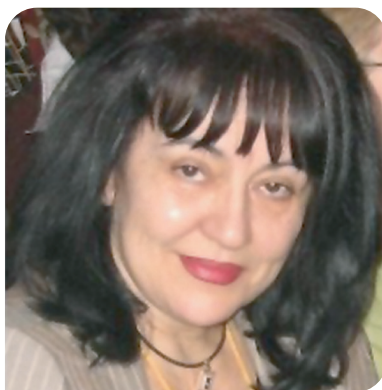
Сплошные плюсы

8 сентября физические терапевты отмечают свой профессиональный праздник. Появился он около 30 лет назад, но уже сейчас понятно, что физический терапевт не только не заменим в современной реабилитации, но и считается одной из 10 наиболее перспективных специальностей будущего. Без их помощи людям после травмы, инсульта, онкологии или хронических болезней сложно вернуться к обычной жизни.

«История физиотерапии насчитывает не одну сотню лет. Современная физиотерапия располагает огромным количеством весьма разнообразных по физической природе, физиологическому и лечебному действию способам применения методов. Использование их постоянно расширяется, и сегодня трудно назвать заболевание, при котором физиотерапевтические методы не могли бы быть применены с пользой для больных.



Если вначале лечебные физические факторы использовались только с целью долечивания пациентов с хроническими заболеваниями, то сейчас область их применения значительно шире», – говорит заведующая кафедрой восстановительной медицины АГМУ, профессор, д. м. н. **Тамара Кулишова**.



Основными направлениями физической медицины в настоящее время физиотерапевт называет: лечебное (собственно физиотерапия), реабилитационное и профилактическое. Слечебными целями физические факторы используются преимущественно при подостром и хроническом течении болезней, в меньшей степени – в острой стадии заболеваний терапевтического и хирургического профиля.

«В последние годы благодаря развитию и совершенствованию внутриор-

ганных физиотерапевтических методик, а также резонансных и биоуправляемых вариантов воздействия физиотерапия все шире стала применяться и при неотложных ситуациях, и даже у больных с онкопатологией, – отмечает эксперт. – Физические факторы с лечебными целями могут применяться у больных всех возрастов. Их назначение, выбор и дозировка обязательно должны проводиться с учетом возраста и анатомо-физиологических особенностей организма больного. Хотя и трудно найти заболевание, при котором применение физических факторов не могло бы оказаться полезным для больных, но все же при некоторых состояниях организма и болезнях от физиотерапии следует воздержаться».

Реабилитационное направление тесно связано с лечебным, подчеркивает Тамара Кулишова. «На всех этапах реабилитации должны активно использоваться физические методы – электротерапия, массаж, ЛФК, механотерапия, бальнеотерапия и др. У больных неврологического и ортопедического профиля физиотерапия вообще считается основным средством медицинской реабилитации. Значительное место в реабилитации должны занимать курорты с их широким арсеналом естественных и преформированных факторов», – продолжает врач.

Следующее направление использования физических факторов – физиопрофилактика. «Это оздоровление и

Это интересно

Физиотерапия (греч. *physis* – «природа») – наука о лечебном применении факторов внешней среды в их естественном или преформированном (аппаратном) виде.

Не стоит путать физическую терапию с физиотерапией. Первой занимается кинезитерапевт, или физический терапевт. Он назначает упражнения в зависимости от травмы. Например, после долгого постельного режима – гимнастику для укрепления мышц, а после черепно-мозговой травмы – упражнения для тренировки равновесия. Кроме того, он помогает подобрать костыли, ходунки, кресла-коляски и другие технические средства реабилитации, а также учит пользоваться ими.

Физиотерапевт лечит с помощью физических методов воздействия – токов, лазеров, магнитных полей.

предупреждение заболеваний человека путем использования естественных и искусственно создаваемых физических факторов. Наиболее активные и доступные средства физиопрофилактики – воздух, вода и ультрафиолетовые лучи. Особый интерес к физическим факторам обусловлен не только их широкими лечебно-профилактическими возможностями, но и теми преимуществами, которыми они обладают по сравнению с другими лечебными средствами, – отмечает Тамара Кулишова. – Одним из важнейших достоинств физических методов лечения – универсальность их действия, благодаря чему один и тот же фактор может применяться при самых различных заболеваниях. Не менее важное достоинство физиотерапии – ее физиологичность. Физические факторы, являясь элементами внешней среды, представляют собой привычные для организма раздражители, к которым в процессе индивидуального развития вырабатываются безусловные рефлексы. Благодаря физиологичности действие физических факторов реали-

зуется по тем же анатомическим путям и механизмам, которые сложились в процессе эволюции и взаимодействия организма с внешней средой».

На этом достоинства физиотерапии не заканчиваются. К вышеупомянутому врач добавляет нормализующий (гомеостатический) характер действия, а также способность оказывать тренирующий эффект и стимулировать компенсаторно-приспособительные процессы в организме.

По словам эксперта, физические факторы в терапевтических дозировках, как правило, не обладают токсичностью, не вызывают побочных эффектов и аллергизации организма. В этом одно из важнейших преимуществ физиотерапии перед медикаментозной терапией. Вместе с тем не следует противопоставлять физические методы лечения лекарственной и другой терапии, предупреждает Тамара Кулишова. «Они должны органично входить в лечебно-профилактический или реабилитационный комплекс как одна из важнейших составляющих частей. К тому же известно, что физические факторы могут потенцировать действие лекарственных препаратов, ослаблять побочное действие некоторых из них», – добавляет она.

Еще одно достоинство физиотерапии – ее длительное последствие. Суть его состоит в том, что сдвиги в организме, терапевтический эффект не только сохраняются в течение довольно значительного времени, но даже нарастают после окончания курса лечения. Поэтому отдаленные результаты после физиотерапии зачастую лучше непосредственных.

Также к преимуществам физической терапии можно отнести ее хорошую совместимость с другими лечебными средствами. К тому же физиотерапевтические методы широко и с высокой эффективностью можно комбинировать друг с другом. Кроме того, они доступны и сравнительно недороги. В этой связи физиотерапию можно считать массовым видом лечения.

Смена парадигмы

«В последние годы в России много говорят о физической терапии. Это

медико-социальная деятельность, направленная на помощь людям с нарушением движений, ограничением мобильности, снижением физических возможностей. Система подготовки физических терапевтов в нашей стране пока формируется. Сегодня мы наблюдаем постепенный переход физиотерапии в современную физическую терапию, которая позволяет более комплексно и эффективно подходить к вопросам реабилитации и восстановления человека, – подчеркивает Тамара Кулишова. – Этот переход обусловлен сменой парадигмы реабилитации, которая за последние три десятилетия в корне поменялась. Ее фокус сместился с попыток найти и устранить нарушения и повреждения на поиск и активизацию внутренних резервов организма, использование механизмов адаптации и самовосстановления, пластичности и обучаемости мозга, адаптации внешней среды и деятельности».

Однако за пределами России традиция физической терапии очень давняя, ей больше двухсот лет. В Европе, Америке, Австралии и Новой Зеландии на физического терапевта учатся четыре года, а потом сдают экзамен на гослицензию.

Многим пациентам нужна медицинская реабилитация, чтобы снова начать двигаться, разговаривать и выполнять повседневные дела. И физический терапевт (специалист по физической терапии/реабилитации) – именно тот специалист, который помогает им в максимально возможной степени развивать, поддерживать и восстанавливать двигательные и функциональные возможности с использованием физических методов реабилитации. Они помогают не допустить либо ограничить развитие осложнений. Например, контрактур, деформаций, пролежней, а также помочь пациентам контролировать боль и поддерживать функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Физические терапевты работают с пациентами всех возрастов и во всех областях медицины – в неврологии, травматологии, ортопедии, кардиологии, паллиативной медицине.

Подготовила Ирина Савина

РАБОЧЕЕ МЕСТО ШКОЛЬНИКА

Рабочий стол установите так, чтобы источник света находился слева и спереди у правой и справа и спереди – у левой: тень от руки не будет падать на лист бумаги

Поверхность
Неполированная: блики утомляют глаза.
Материал столешницы: МДФ, ДСП или натуральное дерево. Кромки МДФ или ДСП отделаны ПВХ-пленкой

Спинка
должна заканчиваться на уровне лопаток. Спина сидящего ребенка должна плотно прилегать к ней.

Сиденье
закругленное.

Обивка:
натуральная ткань (не кожа!) либо с содержанием натуральных волокон не менее 70%

Углы
Не острые, а скругленные

Регулировка по высоте
Телескопические ножки

Подставка для ног
Ноги должны быть зафиксированы, а не болтаться под столом

Пять опорных ножек из металла на колесиках с фиксацией

Подлокотники не нужны
Локти должны лежать на столе

до 30 см

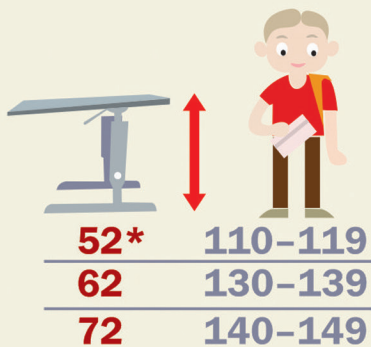
30-35 см

15-50 см

10-15 см

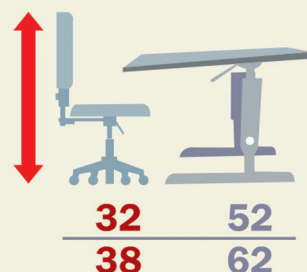
360°

ПРАВИЛЬНЫЙ СТОЛ



* – в см

ПРАВИЛЬНЫЙ СТУЛ



ПРАВИЛО СИДЕНИЯ



За подробной консультацией обратитесь в центр здоровья

Татьяна Олеговна Гордок, врач КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул», – весьма компетентный терапевт. Она заботливо относится к своим пациентам и уделяет внимание деталям. Прежде чем что-то выписать, она всегда внимательно осматривает и проводит необходимые измерения – вот что отличает ее от многих других врачей. Знания Татьяны Олеговны о лекарственных препаратах выше всяческих похвал – она знает, какие из них сочетаются между собой и когда лучше их принимать, утром или вечером. Моя встреча с ней прошла отлично, и я остался доволен.

Сергей Прозоров

Огромную благодарность хотим выразить офтальмологу Детской горбольницы № 1, г. Барнаул, **Людмиле Викторовне Саблиной**. Посещаем в этом учреждении дневной офтальмологической стационар. Благодаря замечательно подобранному лечению зрение ребенка держится в одном диапазоне, уже 4-й раз были на лечении, с промежутком в 6–12 месяцев! Лечение помогает восстанавливать и поддерживать зрение. Людмила Викторовна всегда все подробно и понятно объясняет, дает компетентное назначение. Желаем ей здоровья! И благодарим за такое великое и благородное дело. Хотелось бы пожелать нашему городу, чтобы таких дневных стационаров было больше. Хотя бы в каждом районе.

Ольга Витальевна Калугина

Хотим выразить благодарность **Антонине Афанасьевне Юрковой** (КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3, г. Барнаул»). Она профессионал своего дела. А еще она отлично ладит с детишками, что очень важно. Очень довольна, и теперь только к ней на массаж. Антонина Афанасьевна, спасибо вам большое.

Ольга Сергеевна Тюрина

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор».

Хотелось бы выразить огромную благодарность **Вере Ефимовне Гилевой**, врачу-эндокринологу Пospelихинской ЦРБ, за проведение своевременных консультаций и неоценимой помощи в экстренных ситуациях, связанных с жизнью и здоровьем. Вера Ефимовна без промедлений заставила нас не ждать, а немедленно ехать в Барнаул для проведения экстренной операции, так как счет шел если не на минуты, то на часы, максимум, и на тот момент жизнь моего отца была под угрозой. Также Вера Ефимовна оказывала огромное содействие при переводе моего отца в Рубцовскую больницу для установления диагноза и прохождения дальнейшего лечения. Без ее консультаций мы, простые люди, немного понимающие в медицине, просто бы ждали развития событий, которые, как выяснилось позже, могли иметь фатальные последствия. Спасибо огромное Вере Ефимовне за это. Хотелось бы, чтобы труд данного специалиста был отмечен и поощрен. Побольше бы таких человеческих, понимающих и безразличных к жизни и здоровью пациентов врачей!

Виталий Юрьевич Агафонов

Огромное спасибо волшебнице процедурного кабинета неврологического отделения КГБУЗ «Городская больница № 4 им. Н.П. Гулла, г. Барнаул» **Анастасии Николаевне Швериной** за профессионализм. Ее золотые руки творят чудеса...

Татьяна Ивановна Школьная

Хочу выразить благодарность начинающему врачу Горбольницы № 10, г. Барнаул, **Александру Юрьевичу Коростылеву**. Попали к нему на прием (маме нужна была выписка от терапевта для госпитализации в онкоцентр). Терпеливо, добродушно выслушал, проверил документы. Срочно направил досдать нужные анализы. А по готовности анализов и видя тяжелое положение пациента, вызвал скорую помощь, и мама была направлена в дежурную хирургию (где ей оказали срочную хирургическую помощь). Еще раз хочу выразить благодарность чуткому доктору Александру Юрьевичу. Это замечательно, что в нашей больнице есть такой молодой, ответственный, грамотный специалист. Отлично, что есть надежная и перспективная молодежь.

Татьяна Владимировна Кондрашина

Хочу выразить благодарность по просьбе моих родителей регистратору Городской поликлиники № 9, г. Барнаул, **Ольге Васильевне** за ее отзывчивость, доброту, хорошее отношение к пожилым людям. Мои родители много лет наблюдаются в 9-й поликлинике, и всегда прекрасные отзывы об Ольге Васильевне. Здоровья вам и терпения.

Светлана

Хочу выразить слова благодарности нашему фельдшеру ФАП с Горное (Троицкая ЦРБ) **Алле Викторовне Кольтяковой** за столь не легкий, но очень важный и тяжелый труд, за колоссальную помощь, отзывчивость, за качественное лечение и за профессионализм в своем деле. Вы никогда не считаетесь с собственным временем. В любое время суток, в любую непогоду вы спешите на помощь к своим больным. Спасибо за особое внимание и огромный талант, за ваше доброе сердце и за ваши руки. От души желаю вам крепкого здоровья и удачи в жизни!

Евгения Викторовна Кузнецова



На линейку - в белых халатах

1 сентября в АГМУ состоялось торжественное мероприятие, приуроченное ко Дню знаний. Его открыло приветствие ректора Ирины Шереметьевой и исполнение гимна университета. Студентов поздравили министр здравоохранения края Дмитрий Попов, мэтры алтайской медицины Яков Шойхет и Александр Неймарк. Слова напутствия будущим медикам передал председатель комитета по здравоохранению Владимир Лещенко. Старостам групп первого курса передали символические «ключи знаний».

Фото: АГМУ.



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, nb22.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: userapi.com, physiatrics.ru, ceferp.com.br, www.drenginerendesteli.com, www.studiocataldi.com, drakner.ru