

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 6 (732) 17 июня 2024 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



**С Днем медицинского
работника!**

➤ Стр. 2-3

**«Семья. Традиции.
Здоровье»**

➤ Стр. 6-7

**30 лет газете
«Мы и здоровье»!**

➤ Стр. 28-30



Виктор Томенко

Губернатор
Алтайского края

С Днем медицинского работника!

Уважаемые работники здравоохранения Алтайского края!

Примите искренние поздравления с профессиональным праздником!

Мы благодарим за самоотверженный труд всех, кто верен клятве Гиппократа. Ваша профессия по праву считается одной из самых благородных и востребованных в обществе. Вы сопровождаете человека со дня его появления на свет, помогаете вернуть и сохранить здоровье, улучшить качество жизни. Вы постоянно совершенствуете методы лечения, вносите огромный вклад в обеспечение благополучия жителей Алтайского края и всей страны.

Развитие медицины было и остается приоритетным направлением для государства. В Алтайском крае в последние годы особое внимание уделяется повышению доступности медицинской помощи. Мы строим и реконструируем больницы, поликлиники и фельдшерско-акушерские пункты, обновляем оборудование, закупаем автомобили для скорой и неотложной помощи, внедряем телемедицинские технологии. Огромную поддержку развитию нашей медицины оказал нацпроект «Здравоохранение», итоги реализации которого мы подведем в конце года. Важно, что уже сегодня по поручению Президента России Владимира Владимировича Путина Алтайский край вместе с другими регионами участвует в разработке новых проектов, направленных на поддержку этой важной отрасли.

Дорогие друзья! Огромное спасибо за верность профессии, мужество и желание приносить пользу людям. От всего сердца желаем вам успехов в работе, здоровья и долгих лет жизни!



Дмитрий Попов

Министр здравоохранения
Алтайского края



Дорогие коллеги, уважаемые медицинские работники Алтайского края!

Поздравляю наш многотысячный коллектив с профессиональным праздником! Я горжусь, что работаю вместе с вами.

Медицина не просто работа - это искусство помогать людям, дарить здоровье и спасать жизни. Каждый специалист региона помнит об этом, надевая белый халат!

Быть медиком непросто: большинство из вас жертвуют всем ради любимого дела, но результаты этой работы превосходят все ожидания – это жизнь и благодарность спасенных вами людей и их близких.

Сегодня мы отмечаем заслуги всех медицинских служб региона. В здравоохранении невозможно выделить какое-то одно направление. Только слаженная командная работа медиков сохраняет жизнь и здоровье наших граждан.

Отдельные слова благодарности хотел бы сказать ветеранам здравоохранения, чья мудрость и опыт стали примером для новых поколений медиков. Вы создали прочную основу для развития медицинской науки и практики в Алтайском крае. Во многом благодаря нашим наставникам в прошлом году удалось привлечь и закрепить молодых специалистов.

За последние несколько лет в медицине нашего края многое изменилось: развиваются инновационные технологии, внедряются современные методы лечения и диагностики, растет доступность высокотехнологичной медицинской помощи. Главная заслуга во всех этих изменениях принадлежит, конечно, вам.

Дорогие коллеги, пусть этот праздник принесет новые силы, вдохновение и признание. Давайте продолжать строить здоровое общество вместе, поддерживая друг друга и повышая качество медицинской помощи для всех жителей Алтайского края. С праздником!



Подведены итоги цифровизации

Цифровизацию здравоохранения на примере медицинских учреждений Алтайского края обсудили на заседании комиссии по совершенствованию оказания медицинской помощи при профильном комитете АКЗС 22 мая в Парламентском центре.

Как подчеркнул председатель комиссии, заместитель председателя комитета АКЗС по здравоохранению **Владимир Пелеганчук**, цифровая трансформация во всех отраслях – это одна из задач, поставленных президентом Российской Федерации **Владимиром Путиным**. В здравоохранении Алтайский край на протяжении многих лет показывает значимые результаты в этом направлении.

До 2030 года в РФ должна произойти цифровая трансформация управления экономикой и социальной сферой. Это зафиксировано в национальных целях развития страны. Для здравоохранения это означает формирование единой цифровой платформы, объединяющей все внутренние процессы.

Об успешных практиках внедрения технологий в работу медицинского учреждения рассказала заместитель главного врача по организационно-методической работе Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования **Елена Колядо**. По итогам года учреждение заняло первое место в предварительном рейтинге федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)».

О цифровизации процессов и управлении качеством оказания медицинской помощи в краевых медицинских организациях информацию предоставил директор Алтайского краевого медицинского информационно-аналитического центра **Андрей Рыбаков**.

Полная информация – на сайте zdravalt.ru

В Минздраве Алтайского края выбран новый состав Общественного совета



Состав общественного совета при органе исполнительной власти Алтайского края должен обновляться каждые 3 года. Полномочия предыдущего действовали до 25 мая 2024 года, поэтому в марте был объявлен набор нового состава.

Список соискателей рассматривался на конкурсной комиссии Общественной палаты Алтайского края. В итоге были выбраны 15 кандидатов, рекомендованных министерству для включения в Общественный совет.

В состав вошли представители пациентских организаций, краевого совета ветеранов здравоохранения, профессиональных ассоциаций, учреждений здравоохранения частной

формы собственности, АГМУ, санаторно-курортных учреждений.

30 мая состоялось первое заседания обновленного совета, на котором был выбран председатель. Им вновь стал **Владимир Апполинарьевич Трешутин**. На должность заместителей председателя выбраны **Александр Израилевич Неймарк** и **Вера Михайловна Ушанова**.

На заседании совета также был заслушан доклад главного внештатного специалиста фтизиатра **Елены Анисимовой** о работе фтизиатрической службы и ее роли в снижении заболеваемости туберкулезом жителей Алтайского края. Информацию из доклада совет принял к сведению, работа диспансера признана удовлетворительной.

Открыли новую поликлинику

В Советском районе Алтайского края в рамках нацпроекта «Здравоохранение» открыли новую поликлинику.

В двухэтажном здании оборудовали терапевтическое отделение, женскую консультацию, лабораторию, отделение лучевой терапии, кабинеты неотложной помощи и узких специалистов. На строительство объекта было направлено почти 270 млн рублей из федерального и краевого бюджетов.

В торжественной церемонии открытия принял участие губернатор Алтайского края **Виктор Томенко**.

Здание поликлиники Советской ЦРБ построено с учетом всех современных требований, предъявляемых к медицинским организациям: большие кабинеты врачей, отдельные процедурные, открытая регистратура, комфортный гардероб, просторные холлы для ожидания приема, удобные санузлы для персонала и пациентов, пандусы и два лифта для подъема больных. Отдельно проектом предусмотрено благоустройство территории новой поликлиники ЦРБ. Также для новой поликлиники за счет краевого бюджета приобретено современное оборудование на 137 млн рублей.

Внедрение проектов развития первичной медико-санитарной помощи

29 мая в режиме видеоконференц-связи состоялось заседание координационного совета МАСС по здравоохранению под председательством министра здравоохранения Новосибирской области, заместителя председателя КС МАСС по здравоохранению Константина Хальзова. На мероприятии рассматривали предложения по повышению эффективности исполнения Плана мероприятий Стратегии социально-экономического развития Сибирского федерального округа до 2035 года в сфере здравоохранения.

Для снижения смертности от болезни системы кровообращения создана служба сопровождения пациентов, перенесших ОКС и ОНМК.

В последние 3 месяца внедряется единая диспетчерская служба неотложной медицинской помощи.

Для управления ситуацией по смертности от онкологических заболеваний принято решение о формировании службы сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями от момента возникновения подозрения на злокачественное новообразование в первичном звене, далее – в процессе лечения и последующего диспансерного наблюдения.

Для достижения качества рентгенологических исследований открыт Центр лучевой диагностики.

Доступность медицинской помощи реализуется через проекты «Управление расписанием», «Перераспределение функций персонала», «Новые организационные подходы к направлению пациентов в медицинские организации 3 уровня».

Обновление амбулаторного эндокринологического центра в КДЦАК

Краевой амбулаторный эндокринологический центр начал свою работу еще год назад. Для удобства пациентов и врачей все специалисты, оказывающие медицинскую помощь по профилю, теперь собраны вместе в одном крыле корпуса А. Сегодня оценить работу центра приехал министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Попов**.

Отделение проводит комплексное обследование и лечение пациентов с сахарным диабетом и другими эндокринологическими заболеваниями. На его базе сформирован полный регистр пациентов с редкими эндокринными патологиями. Амбулаторный эндокринологический центр включает в себя кабинет консультативного приема врача-эндокринолога, кабинет регистров сахарного диабета и других редких патологий, кабинет офтальмолога и диабетической ретинопатии, кабинет консультативного приема врача-невролога, кабинет диабетической стопы, кабинет приема детского врача-эндокринолога.

Размещение на одной площадке с эндокринологическим центром специалистов смежных специальностей (кардиолога и сосудистого хирурга), а также лабораторно-инструментальная база КДЦАК позволяют пациентам с сахарным диабетом получить полноценную специализированную медицинскую помощь в максимально короткие сроки.

В ходе визита министр обсудил с врачами перспективы дальнейшего развития эндокринологического центра и возможные меры поддержки со стороны министерства.



Молодые врачи края - лауреаты



В Москве в рамках VIII Съезда молодых терапевтов Российского национального конгресса «Человек и лекарство» подведены итоги V Всероссийской олимпиады врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и интернистов.

В 2024 году в олимпиаде терапевтов приняли участие 92 врача из 15 регионов Российской Федерации, в финал допущены 26 участников, набравших наибольшее количество баллов. Алтайский край представляли три молодых врача из районного поселка Тальменка.

Жюри олимпиады отметило профессиональное мастерство молодых врачей Алтайского края – **Дарьи Валерьевны Волковой** и **Анны Андреевны Пожарниковой** из Тальменской ЦРБ. Девушки стали лауреатами V Всероссийской олимпиады терапевтов.

«Всероссийская олимпиада врачей-терапевтов проводится ежегодно с 2019 года с целью развития непрерывного медицинского образования специалистов здравоохранения, выявления наиболее талантливых медицинских кадров. Хочу отметить высокий уровень профессиональной подготовки участников олимпиады независимо от их места работы – в большом городе или в сельской больнице. Поздравляю лауреатов олимпиады и желаю им не останавливаться на достигнутом, вдохновения и дальнейших побед!» – сказала директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, академик РАН **Оксана Михайловна Драпкина**.

«Семья. Традиции. Здоровье»

Флешмоб с таким названием накануне Дня медицинского работника запустило краевое министерство здравоохранения. В его рамках медицинские организации на своих страницах в социальных сетях размещают посты о своих сотрудниках, которые являются супругами или родственниками.



Семья Ковалевых

БСМП № 2

В краевой клинической больнице скорой медицинской помощи № 2 работают супруги **Ковалевы. Евгений Витальевич** – врач-анестезиолог-реаниматолог, **Елена Геннадьевна** – врач-онколог. Они учились в одной школе, но в разных классах. После школы судьба свела их в одной группе медицинского университета. И вот уже 22 года они счастливы в браке, воспитывают четырех очаровательных дочек. Старшие дочери уже сами учатся в АГМУ, продолжая врачебную династию. Родители и дети в этой семье активно занимаются спортом, поют, танцуют, играют на музыкальных инструментах. Взрослые с головой погружены в работу, спасая жизни пациентов, но при этом находят время для занятий с детьми, семейного отдыха и своих увлечений.

«ДАР»

В краевом клиническом перинатальном центре «ДАР» работает семья **Фартышевых. Андрей Николаевич** – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации со стажем работы 13 лет. **Василисса Евгеньевна** – врач-терапевт акушерского отделения патологии беременности № 3, ее стаж – 11 лет. Их познакомили общие университетские друзья весной 2015 года. На тот момент Андрей

проходил повышение квалификации по трансфузиологии в Барнауле, а жил и работал в селе Завьялово. Василисса работала участковым терапевтом в городской поликлинике № 9. Поженились молодые люди в августе 2016 года. В мае 2017-го обоим супругам неожиданно поступило предложение сменить место работы, и с июня 2017 года они работают вместе в перинатальном центре «ДАР». Здесь же в 2018 году появилась на свет дочка Андрея и Василиссы.

«Нам очень нравится то, что мы работаем в одном учреждении, в одном коллективе, – говорят супруги Фартышевы. – Всегда есть общие темы для разговора. Многие случаи, ситуации мы обсуждаем дома после работы. Всегда поддерживаем друг друга, советуемся. Один коллектив – как одна большая семья!»

Детская городская поликлиника № 9

Оксана Сергеевна Лынова – врач-офтальмолог, первый медик в своей семье. Мечтала стать врачом-хирургом. На третьем курсе АГМУ начала посещать кружок оперативной хирургии, а уже с четвертого курса оперировала собак, на шестом – ассистировала на операциях. Поступила в интернатуру по офтальмологии. С

2014 года работала в глазном травм-пункте барнаульской больницы. По ее примеру в медицину пошли братья.

Ее родной брат **Никита Сергеевич Федотов** – студент пятого курса педиатрического факультета АГМУ. Со второго курса состоит в стройотряде, на третьем курсе стал в нем наставником. Участник Всероссийского конкурса стройотрядов в 2023 году в Казани. Впервые представлял Алтайский край на данном конкурсе, занял второе место. В будущем планирует лечить маленьких пациентов.

Матвей Сергеевич Клещев – двоюродный брат Оксаны Сергеевны. После девятого класса поступил в Каменский медицинский колледж на специальность «Сестринское дело». Сейчас является студентом третьего курса. Состоит в общероссийском движении «Волонтеры-медики» на базе Каменского медицинского колледжа. Планирует после окончания колледжа поступать в АГМУ, хочет стать патологоанатомом. Его младшая сестра тоже мечтает пойти по стопам своих родственников, посвятивших жизнь медицине.

Онкологический диспансер, г. Рубцовск

Здесь работают два брата. **Денис Валерьевич Гуров** – специалист по

информационной безопасности, его стаж – 4 года 5 месяцев. **Кирилл Валерьевич Гуров** – врач-радиотерапевт радиотерапевтического кабинета радиотерапевтического отделения, его стаж составляет 3 года 5 месяцев.

АККЦОМД

Супруги **Мельниковы, Маргарита Анатольевна** и **Михаил Олегович**, работают в краевом центре охраны материнства и детства с 2019 года. Оба заведуют отделениями: Маргарита Анатольевна возглавляет инфекционное отделение, Михаил Олегович – отделение интенсивной терапии.

Их знакомство состоялось в стенах АГМУ, где они изучали основы педиатрии. Поженились в 2005 году. Семья прошла закалку армией. Томск, Улан-Удэ, Иркутск – вот маршрут, которым семья следовала согласно назначениям военврача Мельникова. После увольнения Михаила Олеговича из армии супруги вернулись в Алтайский край, теперь уже работая вместе. Главным в семье супруги считают три «в» – взаимную поддержку, взаимопонимание и взаимовыручку. Они живут общими целями и ценностями, совместными усилиями решают жизненные проблемы. В семье двое детей. Сын **Слава** перешел в 11 класс и мечтает стать врачом. Дочь **Ева** окончила седьмой класс и тоже всерьез задумывается о медицинской профессии.



Семья Мельниковых

Городская больница № 8, г. Барнаул

Здесь трудятся супруги **Сумины. Елена Владимировна** – заведующая неврологическим отделением, **Виталий Федорович** – хирург отделения гнойной хирургии. Вместе они уже 23 года, а в медицине – с 2002 года. В городской больнице № 8 Виталий Федорович работает 10 лет, а Елена Владимировна – 3 года.

Елена и Виталий родом из Казахстана. Заочно знали друг друга давно, а познакомились поближе в Барнауле, когда Виталий приехал учиться в ординатуру, а Елена оканчивала институт.

Для обоих медицина была осознанным выбором еще со школы. В своей работе Виталию Федоровичу нравится ответственность, находить нестандартные решения задач. Елена Владимировна любит видеть результат своей работы, особенно когда дело касается сложных пациентов.

У супругов двое сыновей, младший еще учится в школе, а старший – на четвертом курсе медицинского университета. Родители очень рады, что старший сын пошел по их стопам.

Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул

Здесь трудятся семейные пары, которые вместе и дома, и на работе. Примеры замечательных медицин-



Семья Казанцевых

ских тандемов – семья **Казанцевых** и семья **Давыдовых**. Эти супружеские пары объединяет одно – они ежедневно живут не только заботами своей семьи, но и профессиональными интересами друг друга.

Евгений Валерьевич Казанцев – заведующий подстанцией СМП «Новоалтайская», врач скорой медицинской помощи. Его супруга **Ирада Ильхамовна** – фельдшер скорой медицинской помощи подстанции «Новоалтайская».

Александр Иванович Давыдов – заведующий оперативным отделом, врач скорой медицинской помощи. Его супруга **Алена Сергеевна** – фельдшер по приему вызовов и передаче их выездным бригадам СМП.

ККБСМП

Представители врачебной династии **Бондаренко** работают в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи.

Уже три поколения семьи Бондаренко хранят верность медицинскому служению. **Анатолий Васильевич** – заведующий травматологическим отделением № 2, **Инна Николаевна** – заведующая физиотерапевтическим отделением. Дети четы Бондаренко начинали трудовой путь в этой больнице, а сейчас работают в других лечебных организациях Барнаула.

Всего же в ККБСМП работают 12 медицинских семей.

Подготовила Елена Клишина.
Использованы фото из социальных сетей медорганизаций

В медицину на экскурсию

Многие медицинские организации края занимаются профориентационной работой – проводят для школьников встречи, экскурсии. Мы попросили представителей некоторых организаций рассказать о том, как они организовали у себя профориентационную деятельность.

Больница скорой медицинской помощи № 2

– По инициативе и при поддержке главного врача нашей больницы **Александра Викторовича Берестенникова** с начала 2023 года стала проводиться активная работа, направленная на профориентацию школьников, – рассказывает **Николай Корсиков**, врач приемного отделения, заведующий учебной частью, ассистент кафедры судебной медицины им. профессора В. Н. Крюкова и патологической анатомии АГМУ. – С сентября 2023 года был запущен пилотный проект про профориентационной деятельности с барнаульской гимназией № 123. В апреле этого года мы начали сотрудничать еще и со школой № 126. Определены главные задачи проекта – организация системной профориентационной работы со школьниками, помощь в самоопределении, формирование положительного отношения к труду и профессиональной деятельности медицинского работника, выработка гибкой системы кооперации «ЛПУ – общеобразовательное учреждение», которая будет направлена на возвращение специалиста высокого класса со школьной скамьи.

По словам Николая Корсикова, сформирован план проведения за-



нятий двух типов – теоретических и практических. Занятия теоретического профиля проводятся на базе школ и посвящены различным вопросам физиологии и анатомии человеческого организма, различным заболеваниям и процессам. Занятия, проводимые на базе подразделений больницы, направлены на применение полученных знаний и умений на практике. Ребята посетили практически все отделения и подразделения больницы. Тематика занятий утверждается совместно с педагогическим составом школы с учетом мнения школьников и, что не-

маловажно, с учетом программы обучения. Знания, полученные в рамках занятий, помогут школьникам успешно сдать государственные экзамены.

Один из методов обучения – проектная деятельность, направленная на выработку самостоятельных навыков и умений. Она способствует развитию логического мышления, творческих способностей, объединению знаний и приобщает школьника к конкретным жизненно важным проблемам общества. В рамках проектной деятельности школьники изучают различного рода заболевания, их течение и влияние на качество жизни человека. Некоторых ребят интересует проведение экспериментов на лабораторных животных. Школьники готовят научно-исследовательские работы, активно участвуют в конференциях, занимая призовые места.

– Эта работа будет носить системный характер. Кроме занятий, школьники активно участвуют в жизни больницы, занимаются волонтерской деятельностью. Мы рассматриваем идею создания базы активных школьников, которые в ближайшем будущем смогут поступить в учреждения образования медицинского профиля по целевому набору от

Более
800

ШКОЛЬНИКОВ
приняли участие в
профориентационных
мероприятиях ККБСМП
№ 2 в 2023/2024
учебном году.

больницы. По моему мнению, важным и правильным направлением, способствующим решению вопроса кадрового «голода», является поэтапное и целенаправленное проведение профориентации, профконсультации и профотбора. Важно не просто помочь школьнику оценить, насколько он может работать в медицинской сфере, а явиться для него определенным «маяком», «локомотивом» и наставником, к которому он сможет обратиться за помощью и советом, – пояснил Николай Корсикив.

Краевая стоматологическая поликлиника

В этой медицинской организации практикуют в том числе индивидуальный подход и могут провести экскурсию даже для одной школьницы. Летом прошлого года было организовано знакомство с профессией зубного техника для одиннадцатиклассницы барнаульской школы № 37 **Марины Зориной**. Об этой специальности ей рассказал заведующий зуботехнической лабораторией **Николай Коломиец**. Он показал Марине производственные помещения лаборатории, оснащенные современным оборудованием, рабочее место зубного техника.

В этом году Марина окончила первый курс Барнаульского базового медицинского колледжа по специальности «Ортопедическая стоматология». Девушка поделилась своими впечатлениями от учебы:

– Не могу сказать, что обучение дается мне с абсолютной легкостью. Приобретение любого навыка и опыта требует усилий. Но чем дальше я захожу в изучении информации, чем больше приобретаю практических знаний, тем мне становится интереснее. Я понимаю, что нахожусь в самом начале, и то, что ждет впереди, заставляет меня двигаться дальше, чтобы стать грамотным и умелым зубным техником.

Марина поделилась, что в выборе будущей профессии ей помогли поддержка ее семьи, собственный опыт ношения брекет-систем, а также экс-

курсия в краевую стоматологическую поликлинику:

– Когда я увидела место работы зубного техника, то поняла, что оно очень похоже на мой рабочий стол дома, такой же заставленный всякими инструментами и разными работами. Это вдохновило меня. Николай Александрович рассказал о профессии, обо всех ее нюансах и ответил на интересующие меня вопросы. Экскурсия помогла осознать, что эта профессия действительно подходит мне.

Коллективный формат работы в этом учреждении тоже используют. Весной восьмиклассники барнаульского лицея № 122 приняли участие во встрече с заместителем главного врача по медицинской части **Еленой Чулимовой** и главной медицинской сестрой **Натальей Вишняковой**. Тема встречи – «Я выбираю профессию врача».

Сотрудники поликлиники рассказали учащимся о том, что стоматология входит в число самых быстроразвивающихся отраслей медицины и с каждым годом предлагает врачам более совершенные оборудование и материалы. А пациентам – более безопасное, комфортное и эффективное лечение, удаление и протезирование зубов, современные методы гигиены полости рта и эстетической стоматологии, способные вернуть красоту улыбки даже в самых сложных случаях. Школьники узнали о деонтологии, медицинской этике, медицинской тайне и биоэтике, о том, какие специализации включает в себя профессия стоматолога. Беседа вызвала у многих учащихся неподдельный интерес и желание получить востребованную профессию.

– Профориентационные мероприятия важны как для самой медицинской организации, так и для школьников. Для школьников это знакомство с медицинскими специальностями, помощь в выборе профессионального пути, получение информации от врачей и медицинских сестер из первых уст. Для поликлиники это возможность заметить заинтересованных молодых людей и наладить с ними контакт – помочь в профессиональ-

ном самоопределении, пригласить на практику, а в дальнейшем и на работу. При проведении профориентационных мероприятий применяются различные методы, в том числе беседы со школьниками, анкетирование и организация экскурсий в медицинские учреждения. Профориентационная беседа предполагает разговор с представителями профессий о медицинских специальностях и их разнообразии, об основных требованиях при поступлении в образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования по медицинским направлениям. Экскурсии дают возможность увидеть, как работают врачи и другие медицинские работники, каким современным оборудованием оснащены рабочие места в поликлинике, какие новые технологии и материалы используются в лечении пациентов. Важность и актуальность профориентации заключаются в правильном выборе профессии и карьерного пути, который определит качество всей дальнейшей жизни молодых людей, – пояснил главный врач учреждения **Олег Ковалев**.

Детская городская больница № 7

27 мая в детской городской клинической больнице № 7 г. Барнаула проводили экскурсию для десятиклассниц школы № 68. На экскурсии девушки из первых уст узнали о структуре больницы, ее отделениях, видах оказываемой медицинской помощи. Школьницы познакомились с работой приемного отделения, с устройством противошоковой палаты, посмотрели процедурные кабинеты. И даже побывали в операционной!

Экскурсантам выдалась возможность испытать на себе ряд манипуляций. В аллерго-иммунологическом отделении они провели ингаляцию, в оториноларингологическом с помощью эндоскопа провели осмотр уха и носа. В клиничко-диагностической лаборатории они увидели современные микроскопы, гемоанализаторы. Желающие даже сдали кровь и получили,

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

пожалуй, самые быстрые результаты анализа.

Одна из девушек, пришедших на экскурсию, – **Алина Гусева**. Она мечтает стать врачом, для нее пример – мама, которая работает старшей медсестрой. О будущей специализации девушка пока не рассуждает, но уверена: будет осваивать лечебное дело. Ее одноклассница **Диана Смышляева** также хочет стать врачом. С детства ей прививала любовь к медицине бабушка – фельдшер по профессии. Алина и Диана признаются: больше всего запомнилось отделение паллиативной помощи – не напугало, а вызвало желание помогать. Среди родных **Дарьи Носовой** нет медиков. Возможно, она станет первым доктором в семье. Старшеклассница делится мыслями о выборе профессии врача:

– Самое главное – это желание. Важно, чтобы не родители заставляли, а ты сам стремился к будущей профессии. Это зов сердца. Но нужно развивать и память, упорство. На экскурсии мне понравилось все – от лаборатории до операционной.

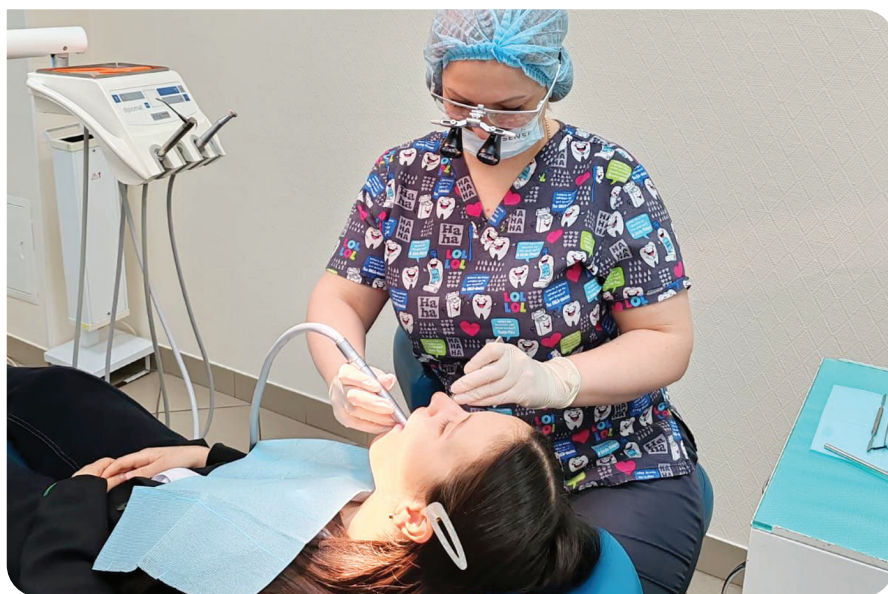
Профориентационная экскурсия в учреждении прошла в первый раз. Сотрудники убеждены: это хороший задел на будущее. Есть надежда, что мероприятие станет регулярным.

– Профориентационная работа – это наш вклад в повышение престижа медицинских специальностей. Первая экскурсия в нашу больницу носила пилотный характер. Мы постарались наглядно и доступно показать ребятам работу медучреждения. Для них это возможность по-настоящему заинтересоваться медициной, увидеть ее изнутри, – считает главный врач ДГКБ № 7 г. Барнаула **Дмитрий Полухин**. – Планируем расширять программу экскурсии и в скором времени будем рады и молодежи, стоящей на пороге выбора профессии, и студентам-медикам. Кто-то из них, уверен, в обозримом будущем станет частью нашего коллектива.

Подготовила **Елена Клишина**.

Информация предоставлена пресс-службами медицинских организаций. Фото – ДГКБ № 7

Лучший стоматолог – Анна Викторовна



«Чтобы дети тебя не боялись, нужно быть с ними на одной волне», – считает Анна Черепанова, заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 2, г. Барнаул». Она стала победителем краевого этапа Всероссийского конкурса врачей. «Секретный ингредиент» ее конкурсной работы, который помог победить, – любовь к своей профессии.

Медицина и английский

– С выбором профессии я определилась с детства. Сама всегда просила дедушку водить меня к стоматологу, хотя зубы у меня никогда не болели. Но откуда-то я уже знала, что нужно ходить на профилактические осмотры к стоматологу, и дедушка меня водил. Наверное, из нашей семьи только я не боялась стоматолога. Возможно, поэтому родители делегировали эту обязанность дедушке – водить меня к этому врачу. Со мной никаких проблем не было, поэтому дедушка водил меня туда с удовольствием. Хотя, как вы понимаете, в те

годы детская стоматология была вообще не развита – никакой адаптации, никакой анестезии не было.

Когда встал вопрос выбора профессии, я поняла, что мне еще нравятся иностранные языки, и думала, как совместить их изучение и медицину. Уже учась на четвертом курсе стоматологического факультета в медицинском вузе, я параллельно поступила в педагогический университет и окончила факультет иностранных языков. Было очень тяжело! Я училась везде очно, правда, в педагогическом – на вечернем. С восьми утра до пяти часов была на занятиях в медицинском университете, а с пяти до половины

десятого вечера – в педагогическом, и так три года. Можно сказать, что я свою мечту о владении иностранными языками тоже осуществила. В жизни знание английского очень пригождается, чтобы читать научные статьи в медицинских журналах.

Я благодарна своим родителям за поддержку в выборе моей профессии и за постоянную помощь во всех моих начинаниях.

Винни Пух уже не в тренде

– Как вы уговариваете детей посидеть спокойно в кресле, особенно если дети «сложные»?

– Главное – нужно, чтобы ребенок тебе доверял, его нельзя обманывать. Я всегда говорю, что мы будем все делать только с его согласия, что буду обо всем ему рассказывать. Конечно, не всегда прямым текстом. Например, если мы ставим анестезию, то я говорю, что мы будем «надувать шарик». Этот образ я сама придумала, потому что при анестезии возникает ощущение, что во рту все раздувается, а многие дети любят воздушные шарики. Они связаны с положительными эмоциями. К тому же капельный шприц для введения анестезии похож на насос, которым надувают шарики. А в зуб мы не пломбу ставим, мы его «кормим» – кто чем любит: лапшой, сосисками, пиццей. Детям постарше объясняю, для чего нужны все эти манипуляции. Если ребенка пугает звук бормашины, хотя уровень шума у них сейчас минимальный, то я говорю: «Давай ты, когда вырастешь, придумаешь бесшумную машину», и многие, особенно мальчики, сразу начинают думать над этим.

Дети современные, и я стараюсь общаться с ними на их языке. Обязательно надо знать всех современных героев. Если ты их знаешь, то у тебя сразу много бонусов – начинаешь входить в доверие, еще даже ничего не рассказывая про манипуляции. Это важный момент – быть с ними на одной волне. Если начнешь им рассказывать про Винни Пуха, то успеха не добьешься. Нужно знать героев вселенной Марвел, фиксиков и прочих. А если ты знаешь какие-то фишки подростков, их возраста, то это

сто процентное попадание: даже самый вредный подросток (а с ними порой еще сложнее, чем с маленькими детьми) становится твоим союзником.

При этом я противник телевизоров под потолком, которые можно встретить в детских стоматологиях. Потому что врач должен взаимодействовать с ребенком. Мы общаемся, и мне не нужны подобные приспособления. Ребенок будет отвлекаться и не будет со мной «в процессе». Для меня важно, чтобы мы сотрудничали: мы лечимся, ребенок – мой самый главный помощник. Телевизор у нас есть в холле, и его можно посмотреть, ожидая приема.

Что мы используем в работе, так это игрушки-антистрессы, которые можно дать ребенку в руки, чтобы он их держал до или во время лечения. Даже если будет больно, страшно, неприятно, их можно потискать и благодаря этому немного успокоиться.

Ситуации бывают разные, и не всегда с первого раза нам удается уговорить ребенка. Но с адаптацией больше успеха, чем неуспеха. Дети, с которыми не удается договориться, чаще всего в анамнезе имеют неврологические заболевания, и им действительно показано лечение под общим обезболиванием.

Первый зуб – он важный самый

– Кариеса у детей по-прежнему очень много. Вроде лечим-лечим, а меньше не становится, все равно приходят дети с множественным кариесом – видимо, проблема с качеством питания все-таки существует. Возможно, эти проблемы закладываются еще во время беременности мамы: состояние мамы и использование ею медикаментов влияют на закладку зубов у ребенка, возникает недоразвитие эмали и прочие моменты.

Есть и пробелы у родителей по поводу гигиены детских зубов: вроде бы вокруг столько информации о том, что зубы нужно начинать чистить с момента появления самого первого, но родители узнают об этом только на первом профилактическом осмотре в два года. Да, самый первый зуб нужно чистить, и даже с пастой, подобранной

по возрасту! Особенно важно правильно ухаживать за зубами в период введения прикорма, когда на них начинает налипать вязкая пища.

Приводите детей на профилактические осмотры, пока зубы у них не болят. Если вы приводите ребенка в первый раз к стоматологу именно с острой болью, то ему и так несладко, он может испугаться, и знакомство со стоматологом становится для него стрессом. Говорите детям, что нужно ходить к врачу, за зубками наблюдать, следить за их состоянием. У тех детей, которые у меня давно лечатся, с этим все хорошо. Некоторые из моих пациентов уже сами решили поступать на стоматологию. Я смеюсь и говорю, что будет у кого мне в старости полечить зубы.

Детского стоматолога видно сразу

– С 2018 года я являюсь членом аккредитационной комиссии, то есть принимаю экзамены у выпускников медицинского университета как представитель здравоохранения. Уже там у нас идет подбор кадров. За много лет я научилась видеть настоящих будущих стоматологов с первого взгляда. А вообще начинаем их присматривать курса с третьего, когда они приходят на практику. И на экзаменах я либо подтверждаю свои наблюдения, либо думаю: «Наверное, нет, все-таки я ошиблась».

Это входит в мои обязанности как заместителя главного врача по медицинской части – создавать коллектив, приводить новых специалистов. Я также отвечаю за качество работы докторов. Мы обучаем молодых специалистов и сами постоянно проходим обучение. Главный врач Оксана Вениаминовна Щербакова понимает, что современная стоматология не стоит на месте, и если доктор не будет развиваться, то он окажется за бортом, как специалист не будет никому интересен. Я прохожу два-три выездных обучения в год. У нас молодой коллектив, и я могу сказать, что все – «избранные», то есть все любят свою профессию, а здесь по-другому нельзя.

Елена Клишина.

Фото предоставлено героиней публикации

Детский психиатр и ее пациенты

27 июня отмечается День молодежи. Молодые специалисты-медики не боятся брать на себя ответственность и приходят даже на самые сложные участки работы. К примеру, Дарья Новоселова. Молодой психиатр работает в стационарном подразделении АККПБ им. Эрдмана в Барнауле всего три года и уже второй год возглавляет детское психиатрическое отделение № 9.

Началось с тру-крайм

Дарья Олеговна окончила педиатрический факультет, а затем ординатуру по общей психиатрии.

– Так вышло, что в старших классах я увлеклась фильмами и книгами в жанре тру-крайм – историями про маньяков, проще говоря. Или отклонениями в поведении людей, которые заставляют их совершать преступления. Тогда стала популярной профессия профайлера – специалиста, который по особенностям поведения преступника помогает полиции его вычислить. Меня это увлекло, захотелось разобраться в том, что происходит в голове у преступника, и я поняла, что хочу идти в этом направлении. Я до сих пор этим увлекаюсь, но это осталось в рамках хобби. Я хотела работать клиническим психологом именно с пациентами психиатрического профиля, но не смогла пройти на клиническую психологию в АлтГУ на бюджет. Поэтому год после школы я пропустила и за это время решила поступать в медицинский универси-



тет. Так получилось, что поступила на педиатрический факультет и прошла ординатуру по общей психиатрии.

Своими наставницами Дарья Олеговна считает заместителя главного врача по лечебной работе АККПБ им. Эрдмана **Наталью Рукину** и заведующую общепсихиатрическим отделением № 6 **Татьяну Чичерину**. Она благодарит других старших коллег за помощь и моральную поддержку.

– Когда мне предложили должность заведующей отделением, я ис-

пугалась, потому что у меня не было достаточного опыта. Но представление о том, чем буду заниматься, было, так как через полгода после того, как начала работать, я недолго исполняла обязанности заведующей. Я очень боялась навредить кому-нибудь, но интерес к делу победил этот страх. К тому же я очень хотела перейти именно в детское отделение. До этого работала во взрослом мужском отделении.

В первое время в должности заведующей я столкнулась с большим

количеством трудностей. Войти в должность было сложно – я молодой специалист, мне нужно было вливаться в новый коллектив, при этом выросла нагрузка. Меня очень поддерживала тогда старшая медицинская сестра отделения **Ольга Юрьевна Ковалева**, сейчас главная медицинская сестра больницы. Она много мне подсказывала, направляла, в том числе по разным организационным моментам, так как она знала отделение от и до. Старшие коллеги помогали мне буквально во всем, оказывали моральную поддержку.

«Ребенок наполнен тем, что в него вложили»

Детское отделение краевой психиатрической больницы рассчитано на 45 мест, здесь лечатся дети от 7 до 16 лет с различными психотическими и непсихотическими заболеваниями (расстройства поведения, умственная отсталость, шизофрения). По словам Дарьи Олеговны, в отделении преобладают случаи умственной отсталости, либо легкие когнитивные расстройства, либо задержка психического развития. У девочек-подростков частый диагноз – «Смешанное расстройство эмоций и поведения»: там могут быть и нанесение самоповреждений, и конфликты с родителями, угрозы или попытки суицида.

– У нас разные дети: и те, которые из-за своего сложного заболевания находятся здесь почти постоянно, буквально у нас выросли, а есть и более легкие случаи – с депрессивными эпизодами или небольшими поведенческими нарушениями, – рассказывает доктор Новоселова. – Мне бы очень хотелось обратить внимание на умственную отсталость, которая преобладает над всеми заболеваниями. Это состояние, которое будет сопровождать человека на протяжении всей его жизни. Нет препаратов, которые изменили бы интеллектуальный фон человека. Да, родитель может вложить в своего ребенка какие-то понятия о социальных нормах – объяснить, что хорошо, а что плохо, научить, как правильно себя вести, обучить про-

стой профессии. Но поведенческие особенности в определенном возрастном периоде никуда не денутся. Мы можем откорректировать препаратами какие-то яркие отклонения (агрессия, аутоагрессия, другие угрожающие самому ребенку и окружающим состояния), но остальные особенности останутся. Если ребенок выдает истерики, это потому, что он отстаёт в эмоциональном и интеллектуальном развитии, он не повзрослел. Это нужно знать родителям, чтобы понимать, чего ждать от госпитализации в наше отделение – чуда все-таки не произойдет. Если ребенок нецензурно выражается или дерется, то нужно посмотреть, есть ли такое поведение у других членов семьи. Любимый ребенок наполнен тем, что его окружает. Если родители наказывают его физически, то и он рано или поздно начнет им отвечать тем же.

Отделение в Барнауле обслуживает детское население Алтайского края, кроме Бийска и Бийского района (там есть свое отделение). Принимают также детей из рубцовской зоны, пока отделение в Рубцовском филиале краевой психиатрической больницы закрыто на ремонт. В отделении работают два доктора, клинический психолог, логопед и воспитатели – отдельно для мальчиков и для девочек.

– Мы очень ждем в свою команду молодых врачей, второго психолога и дефектолога. Сейчас практику у нас проходят ординаторы, надеемся, что кто-то из них останется у нас работать, – рассказывает Дарья Олеговна.

Особенность работы в детском психиатрическом отделении, по словам доктора Новоселовой, в том, что необходимо работать не только с детьми, но и с их родителями.

– Не всегда родители готовы принять диагноз своего ребенка, часто с ним не согласны, не всегда до конца понимают особенности течения заболевания и особенности поведения ребенка. Стараемся объяснять это в личных беседах с родителями, – рассказывает она.

Вторая сложность, по ее словам, связана с прошлым детей. В ходе лечения психиатрам и психологам

приходится разбираться с психологическими травмами пациентов, корни которых часто уходят в сложные семейные проблемы и даже трагедии.

– Многие наблюдаемые у нас дети жили с родителями, которые вели асоциальный образ жизни, выпивали, применяли к детям физическое, сексуальное насилие. Физические наказания – вообще повсеместная история в асоциальных семьях. Сталкиваться с таким прошлым даже опытным докторам бывает нелегко. Степень трагичности восприятия этой ситуации самим ребенком зависит от его индивидуальных особенностей. Кто-то психологически вытесняет это потом из своих воспоминаний, а кто-то полжизни борется с этой проблемой.

У родительского отношения к проблемам с психикой у ребенка есть и другая сторона. Некоторые родители боятся появления проблем, связанных с учетом у психиатра: в дальнейшем не дадут водительские права, не примут в вуз, не возьмут в армию и т. д.

– Если у ребенка нет какого-то явного диагноза, то его нет. А если он есть, то он будет у него и во взрослом возрасте. И ничего хорошего нет в том, если заболевание будет маскировать и не лечить. Оно может бурно проявить себя в какой-нибудь неподходящий момент, и это будет более худшим вариантом. Например, проявит себя, когда сына призовут в армию.

Глядя на уставшую, но всегда улыбающуюся Дарью Олеговну, можно поверить в то, что только улыбка и участие психиатра в судьбе больного ребенка могут творить чудеса. И людей с улыбками очень ждут в отделении.

– Нам хотелось бы, чтобы в отделение приходили волонтеры: лучше всего – будущие клинические психологи, которые могли бы заниматься с нашими детками в выходные дни. Им очень важны доброжелательная коммуникация, а также новые лица и возможность получить новые позитивные эмоции, – говорит доктор Новоселова.

Информация и фото предоставлены пресс-службой АККППБ им. Ю. К. Эрдмана

Эффект кофеина

Примерно миллиард людей во всем мире страдают мигренью. Причем женщины втрое чаще, чем мужчины – буквально каждая пятая представительница слабого пола знакома с приступами интенсивной головной боли не понаслышке. Как правило, пациенты с мигренью живут в довольно жестких рамках и пищевых ограничениях. Насколько эффективен такой подход, какие продукты способны спровоцировать приступ боли и какой образ жизни станет оптимальным – в нашем материале.



И друг, и враг

Важно понимать, что мигрень – не заболевание сосудов, как порой думают обыватели. Это хроническое заболевание головного мозга, связанное с повышенной возбудимостью нейронов. «Как правило, дело в наследственности. Нейроны у людей, страдающих мигренью, очень чувствительны к разным внешним и внутренним воз-



действиям. В ответ на триггер в легко возбудимых нервных клетках изменяется электрическая активность, и запускается каскад биохимических нарушений, которые вызывают симптомы мигрени, – поясняет врач-невролог высшей категории, к. м. н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО АГМУ **Екатерина Пархоменко**. – Существует множество внутренних и внешних факторов, провоцирующих головную боль. На первом месте у женщин – менструация. Самые тяжелые приступы случаются за два дня до и в первые три дня после ее начала. Причина тому – резкое снижение уровня эстрогенов. У мужчин триггером могут стать стресс, яркий свет и лишение сна».

Существует версия, что алкоголь, а также ряд продуктов – от цитрусовых до сельдерея – способны вызвать приступ боли. В настоящее время эта

связь не доказана, отмечает врач-цефалголог. Определение лучшей диеты для профилактики и личных пищевых триггеров мигрени – не точная наука, а скорее процесс проб и ошибок. Каждый человек уникален, а клинические исследования питания при мигрени довольно ограничены.

«Мигрень – многосимптомное заболевание, для которого характерны несколько фаз. В начале развития первой (продромы) человек уже за 4–48 часов понимает, что с организмом что-то происходит: меняются пищевые пристрастия, возникает задержка жидкости и т. д. Кто относится внимательно к изменению своего состояния, тот предпринимает попытки снизить темп физической и умственной нагрузки и начинает готовиться к приступу (проверяет наличие анальгетиков), а при нарастании головной боли принимает триптаны (группа

400
мл

**рекомендованная
доза кофе в сутки для
взрослых, которую
превышать не
рекомендуется**

лекарственных средств, специально разработанных для снятия приступа мигрени) или НПВС (нестероидные противовоспалительные средства), которые помогают снизить интенсивность приступа головной боли и сопутствующих нарушений (тошнота, рвота, болезненная непереносимость света, звуков, запахов). Отличным бонусом к лекарственным средствам станут сон и... чашка кофе. Но если приступ мигрени начался (гипоталамус уже возбудился), то остановить его вряд ли получится – только пережить», – говорит эксперт.

Если развитие приступа успели, что называется, перехватить, то эффект после выпитой чашки кофе наступает через 30–60 минут и сохраняется на протяжении 2,5–4,5 часов. Продолжительность пребывания кофеина в организме очень индивидуальна. «Кофеин – одновременно и друг, и враг для пациентов с мигренью. Одна чашка крепкого свежесваренного напитка может остановить приступ мигрени, но это если мы говорим не о боли в 8 баллов с тошнотой и рвотой, – отмечает Екатерина Пархоменко. – Кофеин – один из лучших анальгетиков. Помогает он в первую очередь вследствие того, что улучшает моторику желудочно-кишечного тракта. Дело в том, что во время приступа мигрени возникает гастростаз (нарушение эвакуаторной функции желудка, приводящее к невозможности самостоятельного перорального приема пищи), и таблетки становятся бессильны. А кофеин помогает аналь-

гетикам всосаться и на 40% усиливает их действие. Именно поэтому так популярны комбинации НПВС и кофеина – они более эффективны, чем одни анальгетики, при лечении острой мигрени. Можно принять таблетку НПВС, запить водой, а затем выпить кофе. Про воду важно помнить, поскольку после приема кофеина диурез усиливается, а мигрень чутко реагирует на недостаток воды».

Кофе как спасение

В чем же спасительный эффект кофеина? Он вызывает сужение сосудов головного мозга, чрезмерно расширенных во время приступа мигрени, оказывает обезболивающий эффект, повышает настроение, уменьшает тягостный эмоциональный компонент боли.

Кофеин используют при лечении гипнической боли. Это редкий вид первичной головной боли – она развивается только во время ночного сна и всегда вызывает пробуждение. Как правило, появляется в среднем и пожилом возрасте (чаще всего после 50–60 лет). «Эта боль похожа на мигрень; как правило, это двусторонняя боль лобно-височной локализации и имеет умеренную или высокую интенсивность и давящий, распирающий или, реже, пульсирующий характер. Длится она от 15 минут до 4 часов. В отличие от мигрени, гипническая головная боль не имеет сопровождающих симптомов. Лечится обычно чашкой кофе перед сном», – поясняет врач-невролог. И удивительно: в этих случаях кофе вообще не мешает спать, а наоборот, помогает.

И все же кофеин не является панацеей. Более того, его ежедневное употребление в составе комбинированных анальгетиков (пенталгин, цитрамон, экседрин, солпадеин) может вызвать развитие лекарственно-индуцированной головной боли, снизить эффективность триптанов. Кроме того, врачам известно о случаях головной боли, связанной с отменой кофеина, – так называемой кофеиновой мигрени. «Она развивается в течение 24 часов после резкого прекращения регулярного употребления более 200

Цифры и факты

Кофеин содержится не только в кофе. В эспрессо его **64** мг. А в энергетиках его количество достигает **60-120** мг, в кока-коле – **34,5** мг, в черном чае – **55** мг, в какао – **34** мг, в шоколадном молоке – **34** мг, в зеленом чае – **57** мг, в темном шоколаде – **43** мг.

мг кофеина в день (ежедневно на протяжении более двух недель). При этом головная боль уменьшается в течение 1 часа при приеме 100 мг кофеина и уходит в течение 7 дней после полной отмены кофе, – продолжает Екатерина Пархоменко. – Нет достаточных доказательств, чтобы рекомендовать отказ от кофеина всем пациентам с мигренью. Внезапная отмена кофеина способна спровоцировать ее приступы. Повторюсь, что чрезмерное употребление кофеина может привести к хронизации мигрени (учащению приступов мигрени до хронической ежедневной головной боли). Поэтому употребление анальгетиков, содержащих кофеин, должно быть ограничено двумя днями в неделю, чтобы избежать чрезмерного приема лекарств от головной боли. Всегда лучше все действия согласовывать с врачом».

Под высоким потреблением врач подразумевает больше трех чашек кофе в день. 400 мл ароматного напитка – рекомендованная доза для взрослых. Важно быть внимательным к собственному организму: высокие дозировки кофеина могут быть токсичными. Если при употреблении любимого напитка появляются беспокойство, тревожность, нервозность, учащенное сердцебиение («осознание своего сердцебиения»), галлюцинации, дезориентация, покраснение лица – все это говорит о том, что кофеина в организме больше, чем требуется.

Ирина Савина

С ГОЛОВЫ ДО ПЯТ

Первый год жизни ребенка – самый насыщенный для всей семьи. Это период самых бурных изменений для маленького человека. Он учится переворачиваться, сидеть, ползать, вставать и ходить. И это только малая часть того, что происходит с ним за 12 месяцев после рождения. Самый же трепетный – первый месяц. Мама привыкает к новому ритму, знакомится с новыми обязанностями, и ей тоже требуются помощь и поддержка. Как позаботиться о малыше и что ждет родителей в начале их родительского пути, узнаем у врача-методиста Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики Татьяны Григорьевой.



Понимать и познавать

– Татьяна Сергеевна, расскажите, что происходит с новорожденным в первый месяц его жизни?

– В первые дни жизни ребенка его масса тела уменьшается (допустимо уменьшение на 6–8% от массы тела при рождении). К 7–8 дню она восстанавливается и к концу первого месяца жизни увеличивается в среднем на 600 г от массы при рождении. Рост малыша за это время увеличивается на 3 см.

На второй-третий день жизни примерно у 2/3 детей отмечается желтушность кожных покровов, которая проходит на 7–10 день. Если она задержалась до конца первого месяца, то необходимо проводить дополнительное обследование и лечение.

Часто у детей после рождения на кончике и крыльях носа и на прилегающих к носу отделах щек могут быть желто-розовые точки размером 1 × 1 мм, напоминающие зерна проса. Это заку-

поренные выводные протоки слюнных желез. Они исчезнут постепенно через 2–3 месяца и лечения не требуют.

Примерно до 10 дней малыш еще недостаточно хорошо различает речевые звуки – его организм приспособляется к новой окружающей среде. Слух развивается постепенно в течение всего первого года жизни. Мама должна помогать младенцу развивать этот навык: постоянно беседовать с ним, хоть и кажется, что малыш не понимает речь; также можно негромко включать спокойную музыку. Важная вещь в развитии слуха – простая погремушка. С ее помощью дитя развивает слуховые навыки, и мама может наблюдать за ним. Проверка слуха делается при помощи хлопка – ребенок должен закрывать глаза от такого рода звука.

Что касается зрения, то у новорожденного в первые дни не развита способность фокусировать свой взор на чем-либо. На 2–3 неделе жизни дви-

жения мышц глаз становятся координированными, когда ребенок фиксирует свой взгляд на ярком предмете. Развивать данный навык можно при помощи так называемого мобиля, который крепится к кроватке малыша. В часы бодрствования ребенок наблюдает за движущимися над ним предметами с интересом.

– Каковы особенности его костно-мышечной системы?

– Позвоночник новорожденного и на протяжении первых месяцев жизни малыша ровный, не имеет физиологических изгибов. Шейный изгиб формируется в 2–3 месяца, когда ребенок начинает держать голову. В связи с этим матрас должен быть ровным и полужестким, а подушка – плоской. Можно вместо подушки положить под голову ребенка вчетверо сложенную пеленку или немного приподнять головной отдел кроватки.

У новорожденных преобладает тонус мышц-сгибателей над мышцами-разгибателями, этим обусловлена специфическая поза новорожденного. Его ладошки большую часть времени сжаты в кулачки. Хорошо выражен хватательный рефлекс: если прикоснуться чем-нибудь к ладошке малыша, то он крепко сжимает кисть, пытается ухватить предмет.

– Что еще мамам нужно знать об этом периоде?

– Нередко мамы прислушиваются к тому, как дышит их малыш. В этом периоде частота дыхательных движений в норме составляет 60 в минуту. Дыхание часто аритмичное, то есть на протяжении одной минуты ребенок дышит то чаще, то реже, может задерживать дыхание (ненадолго возникает апноэ). Такие физиологические аритмия и апноэ характерны только для детей в первые 3 месяца жизни.

Кроме того, важно понимать, что у родившегося малыша, как и у всех живых существ, есть определенный набор рефлексов. Если прикоснуться к губам ребенка пальцем, то он вытягивает их, так как уже приготовился к приему пищи из материнской груди. При каком-либо громком звуке он насторожится, наморщится либо вообще закричит. В 1 месяц малыш умеет

сообщать о том, что испытывает боль, дискомфорт, голод или недовольство, только одним способом – плачем и криком. Он успокаивается, когда родители устраняют причину: кормят ребенка, берут на руки, ласково разговаривают с ним, меняют ему подгузники.

Самое главное, о чем нельзя забывать: ребенок уже индивидуален и у него есть свой характер.

Уход за самым нежным

– Татьяна Сергеевна, в первую очередь, немало беспокойства у мам может вызывать пупочная ранка. Как за ней правильно ухаживать?

– По последним рекомендациям НАСКИ (Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций), уход за пуповинным остатком (пупочной ранкой) требует только содержания в чистоте и сухости (так называемый открытый сухой способ). Дезинфицирующими средствами его не обрабатывают. При купании пупочную рану не обходят стороной, аккуратно удаляя с ее поверхности возможные выделения. В течение 2–3 недель после рождения из пупочной ранки может выделяться скудное сукровичное или водянистое отделяемое.

Если имеются кровянистые или слизисто-гнойные выделения, нужно обратиться к врачу.

К 2–3-недельному возрасту пупочная ранка обычно заживает. У детей после выписки из роддома может сохраняться остаток пуповины, который постепенно мумифицируется и отпадает к концу 5–15 дней жизни. Уход за ним такой же, как за пупочной ранкой.

Если пуповинный остаток загрязнился физиологическими выделениями новорожденного, его необходимо промыть теплой проточной водой и просушить стерильной пеленкой.

– Каким должен быть туалет кожи и слизистых оболочек новорожденного?

– Утренний туалет новорожденного лучше всего проводить после кормления. Глаза промывают отдельной для каждого глаза стерильной ватой, смоченной теплой кипяченой водой, от наружного края глаза к внутреннему.

Рекомендации эксперта:

➤ начинать купать ребенка нужно в кипяченой воде (до момента заживления пупочного кольца – до 1 месяца), далее можно в не кипяченой воде;

➤ температура воды для купания должна быть 36–37°C (необходимо использовать водный термометр), температура в помещении – не менее 21°C (для недоношенных детей – 24°C);

➤ перед купанием рекомендуется на несколько минут выкладывать ребенка голеньким на живот, нужно сделать ему массаж и провести гимнастику;

➤ если перед купанием произошла дефекация, ребенка нужно подмыть;

➤ волосистую часть головы ребенка можно мыть детским мылом или шампунем «без слез» в направлении от лба к затылку;

➤ лицо следует мыть отдельно, чистой водой;

➤ после купания кожу ребенка следует не вытирать, а осушать путем промакивания мягкой теплой пеленкой, которая хорошо впитывает влагу.

Купание в травах или с использованием каких-либо других средств должно быть рекомендовано только врачом

Ваши действия должны приносить младенцу только положительные эмоции.

Туалет носовых ходов проводят только в случае необходимости, при наличии слизи или корочек. Для этого пользуются тонкими влажными жгутиками. Спички, палочки или другие предметы с накрученной на них ватой использовать категорически запрещается!

При наличии слизи используют сухой жгутик. Вставляют его в носовой ход и вращательными движениями продвигают вглубь не более чем на 1–1,5 см. Очищают носовые ходы

Продолжение на стр. 18 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

поочередно отдельными жгутиками. Если имеются корочки, жгутик смачивают в кипяченой воде.

Лицо протирают ватой, смоченной теплой кипяченой водой.

Туалет ушей проводят 1–2 раза в неделю после купания. Для этого также используют ватные жгутики. Немного оттянув ушную раковину, покручивающими движениями вводят жгутик в слуховой канал и чистят его.

Здоровая кожа ребенка не требует специального ухода. После каждого акта дефекации необходимо помыть промежность малыша теплой проточной водой с мылом. Потом кожу осушают (но не вытирают!) мягкой пеленкой из хлопчатобумажной ткани. Трение может повредить нежную кожу малыша. Если ребенок только помочился, тогда все, что вам необходимо, – вода и вата, либо влажные детские салфетки или детский лосьон. Подбор детской косметики проводится по рекомендации врача с учетом типа кожи ребенка.

– Какие существуют рекомендации по купанию?

– Важно, чтобы оно доставляло малышу удовольствие и не вызывало неприятных ощущений и страха. Начинать купание можно в день выписки из роддома либо согласно рекомендациям врача. Здорового малыша купают ежедневно в течение первого полугодия жизни, в дальнейшем – через день. Длительность процедуры – 5–7 минут. Проводить ее необходимо в одно и то же время. Нельзя купать новорожденного сразу после кормления (возникает опасность срыгиваний) и перед самым кормлением (ребенок будет встревожен ожиданием кормления). Со времени последнего кормления перед купанием должно пройти 1–2 часа. Использовать мыло рекомендуется 1–2 раза в неделю.

В жаркое время года ребенка вне зависимости от возраста нужно купать ежедневно. Для этого нужно использовать детскую ванночку и pH-нейтральное детское мыло. В конце купания ребенка нужно облить водой, температура которой на 1–2 градуса

ниже, чем вода в ванне (это простой метод закаливания).

Здоровый сон и живот

– Татьяна Сергеевна, многие мамы любят укладывать малыша рядом с собой. Стоит ли так делать?

– Организация безопасного пространства во время сна детей первого года жизни – основа профилактики состояний, вызывающих смерть младенцев во сне. С древних времен известно понятие «приспать младенца»: мама, уложив ребенка спать рядом с собой, кормит его грудью, засыпает и случайно грудью или другой частью тела придавливает носик и ротик младенца, в результате чего ребенок не может дышать.

Смерть во сне ребенка первого года жизни традиционно ассоциируется с синдромом внезапной смерти младенцев (СВС). Однако СВС – лишь часть, хотя и самая значимая, состояний, объединяемых термином «внезапная неожиданная смерть младенцев».

Совместный сон удобен многим женщинам: не надо постоянно вставать ночью, брать ребенка на руки, сидеть с ним во время кормления, а потом снова укладывать. Малыш лежит рядом, и даже если он проснется, надо всего лишь дать ему грудь, а потом спать себе дальше.

Чтобы обеспечить малышу здоровый сон, его кроватку нужно ставить в самом светлом месте комнаты, но так, чтобы на него не попадали прямые солнечные лучи и он не находился на сквозняке или рядом с отопительными приборами. Заменять кроватку коляской не следует, так как стенки коляски не обеспечивают нормальный воздухообмен и на них скапливается уличная пыль. Матрас нужен ровный и полужесткий, а подушка – плоская. Рядом с кроваткой оборудуйте место для пеленания.

– Еще один вопрос, который становится насущным практически для всех молодых мам: что делать, если у малыша проблемы со стулом?

– Признак запора у ребенка первого месяца жизни – отсутствие испражнений более суток. На самом деле, запоры – частая жалоба на приеме у педиатра, особенно у родителей детей первого года жизни. Дебютируя

в раннем возрасте (по данным некоторых авторов, у 17–40% детей запоры появляются на первом году жизни), они могут приобретать хроническое, устойчивое к традиционной терапии течение. Это неизбежно отражается не только на самочувствии ребенка, но и на качестве жизни семьи.

Необходимо знать, что у детей первого месяца жизни, находящихся исключительно на грудном вскармливании, частота стула варьирует от 1 до 7 раз в сутки. Он размягчен, желтого цвета, может содержать белые комочки и имеет характерный кислый запах. Твердый стул встречается только у 1,1% детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании, и у 9,2% детей на искусственном вскармливании обычными молочными смесями (без пробиотиков и пребиотиков).

У большинства детей раннего возраста запоры по своей природе функциональны и не требуют для постановки диагноза дополнительного обследования, а основываются на данных тщательно собранного анамнеза и осмотра. Для функционального запора характерны раздражительность, снижение аппетита и/или симптомы раннего насыщения. Симптомы проходят после отхождения стула.

Начинать лечение необходимо с консультации родителей относительно частоты стула, других проявлений запора, симптомов тревоги, поскольку в некоторых случаях родители неправильно интерпретируют стул ребенка.

Основные рекомендации при запорах у новорожденных детей – диетические: по режиму питания, объему молока/смеси, приготовлению смеси. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, для облегчения симптомов запора можно использовать смеси на основе частично гидролизованного белка, смеси с пребиотиками или пробиотиками.

В случае недостаточного ответа на диетологическую коррекцию ребенка нужно показать специалистам (гастроэнтерологу, хирургу, эндокринологу, неврологу) для решения вопроса о дальнейшем обследовании и лечении.

Подготовила Ирина Савина

Дисменорея у девочек-подростков

Пубертатный период – стрессовое время для подростков и их родителей. Процесс превращения девочки в девушку сопровождается физическими и психологическими проблемами в связи с ростом организма и изменениями гормонального фона, а тут еще серьезное событие – менархе.

Частота болевого синдрома во время менструации, по данным разных исследований, колеблется от 41% до 90%. Примерно каждая пятая школьница во время месячных жалуется на нарушение ритма жизни и трудоспособности. Дисменорея занимает 1-е место среди всех причин отсутствия девочек в школе, но за медицинской помощью по поводу менструальной боли обращаются только 15% подростков.

Итак, разберемся, что же такое дисменорея.

Это не только циклическая тазовая боль во время месячных, но и разнообразные вегетативно-сосудистые, нейровегетативные, обменно-эндокринные, психоэмоциональные расстройства.

– Как еще может проявляться дисменорея, кроме болезненных месячных?

- Вот эти «маски великого лицедея»:
 - головные боли, головокружение, обмороки, приступы слабости;
 - сердцебиение, боли в области сердца;
 - похолодание, онемение рук и ног, отечность лица, боли в суставах;
 - запоры, диарея, тошнота без рвоты, вздутие живота;



– депрессия, перемены в настроении, раздражительность, агрессивность.

Однако главным симптомом дисменореи является болезненность внизу живота, в крестце, в пояснице, которая возникает одновременно с появлением кровянистых выделений или за 1–3 дня до них, достигает пика через 24 часа от начала месячных и постепенно стихает за 2–3 дня. Менструальная боль бывает разнообразной – острой, режущей, схваткообразной, пульсирующей, тупой, постоянной, с иррадиацией в ноги, в прямую кишку.

– Чем обусловлена боль во время менструации?

- Избытком простагландинов – биологически активных веществ, медиаторов, которые выделяются из отторгающегося внутреннего слоя матки (эндометрия) при ее сокращении, повышая при этом чувствительность болевых рецепторов;
- недостаточностью лютеиновой фазы (нехватка прогестерона), кото-

рый управляет выработкой простагландинов;

– низким порогом восприятия боли.

– Какие факторы риска развития дисменореи наиболее значимы у подростков?

- Наследственная отягощенность;
- обильные менструации;
- раннее начало менструаций (11 лет и менее);
- дефицит или профицит массы тела;
- чрезмерные физические нагрузки;
- курение;
- стрессы.

– В каких ситуациях стоит задуматься о дисменорее как о возможной причине заболевания?

В случаях, если болевой синдром во время менструации длится более двух дней, сопровождается вегетативными нарушениями, интенсивность боли на фоне приема анальгетиков не снижается, менструальные кровотечения обильные и длятся дольше 7 дней,

Продолжение на стр. 20 >>

«Продолжение. Начало на стр. 19

в связи с чем девочка вынуждена пропускать занятия в школе.

– Какие заболевания наиболее часто сопровождаются дисменореей у подростков?

Наиболее частыми причинами дисменореи, которая, как правило, при гинекологических заболеваниях вторична, могут быть:

- эндометриоз;
- врожденные аномалии развития матки и влагалища (дисменорея – первичная);
- опухоли гениталий (миома матки, образования яичника);
- воспалительные заболевания органов малого таза.

Возможны и негинекологические заболевания (синдром раздраженного кишечника, инфекции мочевых путей и др.), для исключения которых необходима консультация гастроэнтеролога, уролога, невролога.

– Какие методы обследования необходимо в первую очередь провести девочке-подростку при дисменорее?

- УЗИ органов малого таза;
- определение в крови уровня половых гормонов и концентрации магния.

– Чем можно помочь купировать менструальную боль девочке-подростку в домашних условиях?

- Физические упражнения на растягивание и расслабление мышц, особенно у девушек с малоподвижным образом жизни;
- тепло на низ живота (грелка, теплый душ);
- поведенческая психотерапия.

– Какая лекарственная терапия применяется в сложных случаях?

- Нестероидные противовоспалительные препараты перорально или ректально, прием которых необходимо начинать за 1–2 дня до менструации, курсом 5–7 дней в оптимальной дозировке, так как эти препараты имеют накопительный эффект;
- натуральные прогестины (микронизированный прогестерон);
- препараты магния;
- препараты на основе витекса священного;

– седативные фитопрепараты, при неэффективности – транквилизаторы.

Эффективностью обладают и физиотерапевтические методики – амплипульс, диадинамотерапия, магнитотерапия, рефлексотерапия, акупрессура.

Если девушка заинтересована в контрацепции, то хороший лечебный эффект оказывают комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон.

– Когда оценивать эффективность терапии дисменореей?

При верной установке причин и правильной тактике ведения у 80% девочек с функциональной дисменореей состояние улучшается за 3–4 месяца, а при гормональной терапии у 90% подростков менструальная боль полностью устраняется или существенно уменьшается. Если этого не происходит, то необходимо продолжить поиск причин с привлечением смежных специалистов.

Заблуждение: большинство девочек-подростков считают, что болезненные месячные – это вариант нормы. У них формируется четкая установка, что менструации – это болезненно.

Знайте, что болезненные менструации – это не всегда вариант нормы. Девочка не должна терпеть эту боль, а стоит обратиться за помощью к детскому гинекологу.

Ольга Васильевна Ремнева, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России;
Анастасия Андреевна Ахмудинова, ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России

Краевой кризисный центр для мужчин выпустил ряд пособий для семей с детьми, переживающих сложные жизненные ситуации. Одно из них предназначено для родителей, второе – для подростков, третье – для детей.

Формат пособий – гайды, то есть инструкции с алгоритмами действий, которые помогут сориентироваться в определенных ситуациях. Общая тема всех пособий – психологическая травма у детей и подростков. Подробнее об этих материалах рассказала заместитель директора центра Елена Васильева, одна из авторов.



– Пособия разработаны в рамках проекта по оказанию помощи детям с психоэмоциональными травмами (в том числе детям, возвращаемым из зон боевых действий) «Территория заботы», реализуемого Краевым кризисным центром для мужчин при финансировании Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В пособиях приводятся описания конкретных ситуаций, есть общие рекомендации родителям, включены упражнения, направленные на выработку и закрепление навыков психологической помощи.

Психолог своему ребенку



Психологическая травма – это индивидуальная реакция на какое-либо событие, вызвавшее сильное психическое напряжение, негативные эмоции и мысли, которые ребенок в большинстве случаев не в силах преодолеть самостоятельно в силу своего возраста. Травму может вызвать одно событие (к примеру, автомобильная авария) или регулярное повторение одной и той же ситуации (например, буллинг или жестокое обращение с ребенком в семье). Психологическая травма – как скорлупа, в которой ребенок будто «застревает». Именно родители, самые близкие для ребенка люди, могут помочь ему справиться со сложными чувствами и преодолеть последствия психотравмирующей ситуации.

Источники травмы

Травмирующие ситуации могут быть разными, но при этом их можно

отнести к одной из категорий и опознать по ряду признаков. Стать причиной психотравмы могут болезни, особенно длительные, ограничивающие ребенка в общении, движении, свободе выбора, болезненные медицинские процедуры, операции. Из-за болезни ребенок может ощущать себя не таким, как все. Психотравмирующей ситуацией также является разлука с близкими, особенно необратимая или если ребенок не может разделить свои эмоции со значимыми для него людьми. И, безусловно, это утрата – смерть близкого человека, особенно если нет возможности прогоревать ее с кем-то вместе.

Не проходит бесследно для детской психики, если ребенок стал свидетелем насилия (домашнего насилия или школьной травли), подвергся высмеиванию, унижению, отторжению или физическому насилию. Создает угрозу психологическому бла-

гополучию ребенка и ненадежность взрослого – эмоциональная неустойчивость, социальное неблагополучие родителей или других значимых взрослых (например, при наличии у них зависимости или психиатрического заболевания). Источником психотравмы однозначно становится опыт переживания сексуализированного насилия.

Среди критериев травмирующего события – внезапность происходящего: например, утрата близкого или неожиданный гнев взрослого. У ребенка возникает ощущение незащищенности («Я ничего не могу с этим сделать»), неспособность осознать и выразить тяжелые эмоции («замораживание» чувств, неспособность сказать об этом родителям). Жизнь ребенка делится на до и после: после травмирующего события мир для него меняется в худшую сторону, будущее представляется мрачным. Например, ребенок, впервые столкнувшись с травлей в школе, приходит к выводу, что это будет происходить с ним в любом другом классе.

Реакции на травму

Они могут быть краткосрочными и отсроченными. Краткосрочные реакции проявляются сразу после травматического события и могут быть эмоциональными и поведенческими. К первым относятся эмоциональная неустойчивость, изменение настроения, плаксивость, повышенная возбудимость либо заторможенность. Ко вторым – излишняя настороженность, избегание неприятных ситуаций, прежде не свойственная активность, агрессивность.

Отсроченные реакции – отложенные по времени и формируются во многом благодаря механизму вытеснения болезненных переживаний. Вытеснение в детском возрасте используется как защита, так как у детей в силу незрелости психики не сфор-

Продолжение на стр. 22 >>

«Продолжение. Начало на стр. 20-21

мированы способы осознания, осмысления нежелательных событий и принятия переживаний.

Как родителю распознать, что ребенок травмирован?

Дети по-разному проживают травмирующее событие. Это зависит, прежде всего, от возраста ребенка, уровня его психического развития и влияния, которое оказало данное событие.

У дошкольников могут отмечаться замирание (отрешенный взгляд, отсутствие эмоций), регресс в поведении, нежелание играть, вялость, застенчивость либо плач и истерики, сосание пальца, игры с повторяющимся сценарием, в которых часто отображается наиболее острый момент травмирующего события.

У детей 7–11 лет это беспокойство и визуализация «наихудшего возможного сценария», порой фантастического для родителей; воспроизведение деталей травмирующего события во время игры с пересказом произошедшего, пересказ своих действий либо неспособности действовать во время травмирующего события; замкнутость, отстраненность, уединение, отказ от общения, игры в одиночестве; повышенное беспокойство за членов семьи или других пострадавших.

У подростков 12–18 лет это перепады настроения, тревога, бессонница, депрессия; нанесение самоповреждений, совершение действий, опасных для жизни; потеря интереса к любимым увлечениям, к спорту, снижение мотивации к учебе; эксперименты с внешностью, стилем одежды, протестное поведение; уход от реальности посредством зависимого поведения; кардинальное изменение жизненных планов и установок.

Что могут сделать родители?

Родителю стоит сохранять устойчивую позицию взрослого. Безопасность и стабильность – это базовые потребности ребенка, и в таких ситу-

ациях они особенно важны. Дети еще не имеют опыта преодоления трудностей, поэтому им так необходимы поддержка близкого взрослого и уверенность в том, что со временем все образуется. Важен эмоциональный и телесный контакт с ребенком: объятия, готовность выслушать, обсудить и разделить его переживания. Можно предложить вместе подумать о том, что можно сделать, чтобы ситуация стала более переносимой.

Способы выражения родительской поддержки

Проявление открытости и честности. Дети тонко чувствуют настроение родителей, умеют быстро считывать эмоции. Многие родители, стремясь уберечь ребенка от переживаний, скрывают информацию или преподносят ее в искаженном виде. Важно понятным для ребенка языком сказать ему правду, помогая принять неизбежные события. Так ребенок будет уверен, что родителю можно доверять.

Демонстрация эмоциональной устойчивости. Иногда для родителей сильные эмоции детей кажутся просто непереносимыми. Настолько, что родители стараются поскорее «свернуть» процесс их переживания и выражения. Ребенок, не находя поддержки взрослого, перестает придавать значение своим эмоциям, нарушая контакт с собой. Поэтому, если ребенком овладевают тягостные переживания, предложите обсудить это.

Готовность родителя делиться собственными эмоциями. Поведение родителя, его способ справляться с эмоциями показывают ребенку, как обходиться со своими переживаниями. Важно, учитывая возраст ребенка, доносить до него свои чувства. Ребенку нужно видеть адекватные способы выражения эмоций, когда взрослый не разрушается от этих переживаний, не впадает в панику. Не стоит подавлять свои слезы, лучше пояснить их причину.

Знакомство ребенка со способами безопасного выражения эмоций и совладания со стрессом. Это могут быть

дыхательные и физические упражнения, творческая деятельность.

В пособиях для родителей приведены конкретные алгоритмы действий в определенных ситуациях – при ЧП природного или техногенного характера, при медицинских манипуляциях. Так, в ситуации развода психологи советуют родителям сначала самим договориться об условиях развода и жизни после него, о том, как и в какой момент сообщить ребенку об этом, не забывая о его потребности в стабильности и безопасности. Сообщая о разводе, желательно уделять внимание тем деталям, которые изменят привычный для ребенка уклад жизни: к примеру, распорядок дня, встречи с родителем, который будет жить отдельно. Маленький ребенок в таком случае почувствует себя более защищенным. Подростка можно привлечь к принятию некоторых общих решений, и это укрепит у него ощущение, что он может управлять событиями своей жизни. У ребенка не должны закрепиться убеждения по типу «Все плохое происходит из-за меня» или «Если я буду хорошим, мама и папа снова будут вместе». В ситуации развода ребенку нужна постоянная поддержка обоих родителей. Кроме того, он должен оставаться ребенком – проживать свое детство, даже если привычный порядок жизни меняется.

Есть в книге рекомендации относительно переживания буллинга, сексуализированного насилия, утраты близкого человека. В ситуациях, где присутствует высокий риск любых форм насилия, психологи рекомендуют родителям учить ребенка выстраивать здоровые личные границы, говорить «нет», доверять своим эмоциям и ощущениям. Например, необходимо рассказать ребенку, что если он испытывает неприятные ощущения и эмоции при общении с кем-то – это знак, что нужно уйти и обратиться к тому, кому он доверяет. Родителям стоит познакомить детей с правилами безопасности и время от времени напоминать о них. Научить детей обращаться за помощью – это важная обязанность родителей.

Подготовила Елена Клишина

Гибкость в минусе



Гибкие люди всегда вызвали восхищение у окружающих. Но всегда ли гибкость свидетельствует о развитом физическом качестве человека? Зачастую суперпластичность может говорить о несостоятельности соединительной ткани. В медицине это состояние называется дисплазией, и с течением времени оно встречается все чаще. Так, в России, по данным статистики, дисплазия соединительной ткани выявляется у каждого 10-го жителя. А в целом, по данным разных источников, она присутствует у 10–70% населения планеты. О чем это может говорить и стоит ли обращаться к специалистам – выясним.

Когда каркас нарушен

Дисплазия соединительной ткани – генетически обусловленное, то есть врожденное системное нарушение строения волокнистых структур и основных веществ соединительной ткани – коллагена и эластина. Оно негативно влияет на образование органов и систем, и особенно страдает опорно-двигательный аппарат. Науке известно несколько сотен видов заболеваний соединительной ткани с вариативными клиническими проявлениями.

Медицинские источники указывают на то, что потенциально генный дефект или какой-либо неблагоприятный фактор проявляются уже во вре-

мя беременности и в постнатальном периоде, вызывая генную мутацию, которая инициирует нарушение фибриллогенеза внеклеточного матрикса. В результате патологического процесса коллаген и эластин (именно они определяют нормальное состояние сухожилий, кожи, костей и хрящей) начинают вырабатываться в дефектной форме.

К основным факторам, вызывающим мутации в генах, ответственных за синтез коллагена, относят:

- длительную алкогольную и никотиновую интоксикации матери;
- неблагоприятную экологическую среду;
- радиационное воздействие;

- контакт с химически-агрессивными веществами;
- недостаток витаминов и микроэлементов;
- перенесенные в период гестации инфекции.

Кроме того, дисплазию соединительной ткани (ДСТ) могут вызвать дисбаланс ферментативного и белкового обменов, а также нарушение гомеостаза некоторых элементов.

Людей, обладающих дисплазией соединительной ткани, можно узнать по ряду внешних признаков. Их кожа отличается хрупкостью и сухостью, на ней присутствуют стрии (растяжки

Продолжение на стр. 24-25 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 23»

кожи), а также сосудистые звездочки и очаги гиперпигментации. Заметны и многообразные нарушения развития скелета – искривления грудной клетки, нижних конечностей, гипермобильность суставов, плоскостопие. «Диспластам», как правило, свойственны астеническая конституция, высокий рост при узких плечах и худощавое телосложение.

Но изменения происходят и внутри тела – органы людей с ДСТ склонны к опущению (висцероптозу).

Кроме того, у таких пациентов зачастую присутствуют осложнения со стороны различных систем. Дело в том, что соединительная ткань – составляющая многих органов и систем, она есть практически везде. Причем у каждого пациента патология может проявляться по-разному, поражая в большей степени те или иные органы. Отсюда и многолика клиническая картина.

В числе распространенных осложнений ДСТ – пролапс митрального клапана, нарушения сердечного ритма, гипертония, недоразвитие аорты и легочного ствола, патологические расширения артерий, варикозное расширение вен, вегетососудистая дистония, склонность к депрессии, бессонница, когнитивные нарушения, гастроэзофагеальный рефлюкс (заброс содержимого желудка в пищевод) и многое другое.

Диагностировать и дифференцировать дисплазию соединительной ткани не всегда получается вовремя. Много лет пациенты могут с разнообразными жалобами обращаться к специалистам разных профилей, но не иметь четкого диагноза.

Виною тому – многообразие и размытость клинических проявлений ДСТ. Чтобы выявить дисплазию, специалистам необходимо оценить не только внешние признаки, но и данные инструментальной диагностики – эхокардиографии, ЭКГ, фиброгастродуоденоскопии, ультразвукового сканирования органов брюшной полости и ретроперитонеального пространства, компьютерного и магнитно-резонансного сканирования грудной клетки, позвоночника и живота.

Мнение эксперта

Елена Бойко,
к. м. н., спортивный врач
Краевого врачебно-физкультурного диспансера:



– Слабость соединительной ткани отражается на всех системах организма. Особое внимание нужно обращать на «несущую конструкцию» – опорно-двигательный аппарат. Если у людей с дисплазией соединительной ткани генетически связки и кости развиваются слабовато, то мышцы – это те органы, которые будут работать в любых ситуациях. Их можно и нужно тренировать для того, чтобы поддерживать хорошее кровоснабжение. При этом важны регулярная двигательная активность, адекватное закаливание и адекватные физические нагрузки. Базовым навыком еще в детском возрасте должны стать утренняя гигиеническая гимнастика и аэробные циклические нагрузки (оптимально – ходовые), с помощью которых можно решить массу про-

блем. Чуть позже добавляют специальные нагрузки.

Важно понимать, что из людей с дисплазией соединительной ткани невозможно сделать бодибилдеров: создать гипертрофированную мускулатуру не получится по генетическим причинам. Но поддерживать скелетно-мышечную систему, а вместе с ней и кардиореспираторную на хорошем уровне – это реально и под силу абсолютно всем.

Тренировка опорно-двигательного аппарата необходима на протяжении всей жизни. Равно как и соблюдение ортопедического режима (ношение, подъем и перемещение грузов, выполнение определенной домашней работы), чередование труда и отдыха, профилактика гиподинамии, а также тренировка осанки – умение включать мышцы-вертикализаторы, укреплять их, поддерживать баланс между работой спины и живота.

На что стоит обратить внимание

Сигналы от позвоночника. Чаще всего развиваются такие виды деформаций грудной клетки, как воронкообразная и килевидная. Патология позвоночника выражается в обнаружении сколиоза, кифоза, гиперлордоза или же гиперкифоза. Выявляют изменения в подвижности и высоте стояния диафрагмы. Все эти деформации грудной клетки и позвоночника негативным образом отражаются на структурном функциональном состоянии легких и сердца, со временем формируется «торакодиафрагмальное сердце».

Сигналы от стопы считаются одним из самых ранних признаков, выявляемых у пациентов с дисплазией. Чаще всего встречаются плоскостопие (как поперечное, так и продольное) и косолапость.

Сигналы от суставов. Гипермобильный синдром выявляется уже в раннем детстве, особенно четко он выражен в подростковом периоде. Диагностическими критериями считают способность таких пациентов переразгибать мизинец более чем на 90 градусов, также они легко могут прижать большой палец кисти к предплечью или переразгибать коленный или локтевой сустав более чем на 10 градусов, легко касаться ладонями пола при наклоне туловища вперед. Такая гипермобильность суставов у этих детей не связана с натренированностью, как это бывает у профессиональных спортсменов или танцоров.

Кроме повышенной подвижности в суставах, имеют место жалобы на частые вывихи и подвывихи, боли в суставах и мышцах. При обследовании патология при этом не выявляется.

Общие сигналы. Пациенты с дисплазией соединительной ткани часто страдают депрессивными расстройствами, быстрой утомляемостью, низкой работоспособностью. Они тяжело переносят не только физические, но и психоэмоциональные нагрузки. Проявляется этот признак в раннем возрасте, а с годами количество жалоб только увеличивается.

Терапия для дисплазии

Медицинские источники говорят о том, что специфической терапии дисплазии соединительной ткани не существует. Но лечить заболевание необходимо для улучшения качества жизни пациента и замедления прогрессирования процесса дегенерации соединительной ткани. Подобное лечение включает несколько этапов.

Первый (немедикаментозный) включает налаживание режима дня, психотерапию, лечебную физкультуру с дозированными нагрузками под контролем специалиста и с учетом индивидуальных особенностей. Кроме того, таким пациентам необходимо пересмотреть рацион. Быстрый распад коллагена необходимо компенсировать полноценным питанием. В меню обязательно должны присутствовать мясо и рыба в достаточном количестве.

Медикаментозная терапия проводится курсами по несколько раз в год и носит заместительный характер. Ее цель – стимулировать образование коллагена, скорректировать обмен протеингликанов и аминокислот, нейтрализовать нарушения минерального обмена, а также улучшить биоэнергетические способности организма.

Радикальные (хирургические) методы коррекции применяют лишь в тяжелых случаях, когда требуется оперативное вмешательство при выраженных деформациях костного скелета, а также при клапанной и сосудистой патологии.

Подготовила Ирина Савина

С медициной по пути



Медиками не рождаются, ими становятся. У каждого медицинского работника свой профессиональный путь. Героиня нашего сегодняшнего материала со школьных лет мечтала стать врачом, а ее супруг стал кардиологом по воле случая. 17 лет назад они познакомились, будучи студентами Алтайского медицинского госуниверситета, и с тех пор не расстаются. Анастасия Салахова – заведующая трансфузиологическим кабинетом Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, а ее муж Руслан Кобегкаев руководит кардиологическим отделением. В этом году родилась их третья дочь Эмилия. Как врачи экстренного стационара совмещают работу с семейной жизнью? Этим они поделились с нашим изданием.

Точки пересечения

Руслан Кобегкаев родом из Красноярского края, долгое время жил в Северной Осетии. Анастасия Салахова родилась в казахстанском Усть-Каменогорске. Их пути пересеклись в Барнауле. У Алтайского медицинского госуниверситета всегда была репутация сильного вуза, поэтому получить образование здесь стремились жители самых отдаленных от Сибири регионов России и даже других стран. Но если Анастасия с 9 класса мечтала освоить

тонкости врачевания, то Руслан, по его словам, оказался в медицинском вузе совершенно случайно. Поначалу он в кругу друзей отшучивался, что на Алтай его отправили в ссылку. На деле же жизнь в Сибири оказалась не так страшна, и никакие морозы не испугали уроженца Кавказа – он даже успел пройти крещение прорубью.

Будущие супруги познакомились в 2007 году в общежитии медуниверси-

Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение. Начало на стр. 25»

тета, а спустя четыре года поженились. На 4 курсе родилась их первая дочь Карина. Но декретный отпуск Анастасия Салахова решила не брать, и совместными усилиями молодая пара справилась со всеми трудностями.

После окончания вуза Руслан Кобегкаев прошел интернатуру по терапии в Краевой клинической больнице. Далее последовала ординатура по кардиологии, после которой он стал врачом-кардиологом в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи и уже 12 лет работает в отделении кардиологии. «Поначалу кардиограмма казалась языком из другого мира, а сейчас, глядя на кривую ЭКГ на экране, с первых секунд понимаю, с чем приходится иметь дело. Ежедневная практика, штудирование специальной литературы и взаимодействие с опытными коллегами (ни для кого не секрет, что БСМП всегда была кузницей кадров) сыграли свою роль в становлении меня как профессионала», – говорит Руслан Кобегкаев, который в этом году возглавил отделение кардиологии.

У 90% пациентов, которые попадают в БСМП, кардиологи выявляют аритмию, у части из них в ходе диагностирования обнаруживают инфаркт миокарда. Реже поступают больные с острым коронарным синдромом. Нередко таким пациентам требуется переливание крови, и тогда кардиологи взаимодействуют с трансфузиологами. И в этом смысле пути четы врачей тоже пересеклись. Анастасия Салахова начала работать врачом-трансфузиологом в БСМП в 2015 году.

Особенность работы медиков в экстренном стационаре – буквально круглосуточный режим. Как признается Руслан Кобегкаев, поначалу было очень сложно, но постепенно научились справляться. «Когда росла первая дочь Карина, я больше находилась на дежурствах, а она основную часть времени проводила с папой. Он водил ее в садик, на танцевальный кружок. Мы привыкли рассчитывать только на самих себя, поэтому, когда нужно было работать, ребенка брали с собой, – вспоминает Анастасия Са-

лахова. – Когда появилась Таисия, то я уже старалась с девочками проводить больше времени, не брать ночные дежурства. Они обе буквально выросли в больнице, любят играть в ее дворе. Многие врачи знают наших детей».

В этом году в семье произошло пополнение – родилась третья дочь Эмилия. Руслан признается, что мечтал о наследнике, но дочерей воспринимает как особый подарок свыше. Говорит, главное – чтобы муж и жена любили и поддерживали друг друга, тогда любые проблемы будут по силам.

Надежный тыл – залог успеха

Работа работой, а семья – по расписанию. Дома врачи стараются не затрагивать профессиональные темы, а больше времени посвящать разговорам о делах семейных. Сейчас Анастасия в декретном отпуске, но времени расслабляться нет. Летний сезон семья старается проводить на даче – со всесторонней пользой: на природе побыть и урожай своими руками вырастить. Руслан признается, что дачный отдых больше по душе супруге. Ему же нравится снимать стресс после напряженных будней на регболе (вид спорта, который сочетает регби, баскетбол и борьбу).

Несмотря на разницу в интересах, молодых врачей объединяет взаимопонимание. «В любой семье все должно делаться осознанно. Союз все же должен заключаться лишь однажды, а дальше стоит задача его сберечь. Важно, чтобы в нем царил атмосфера любви, взаимовыручки и понимания. Нужно уметь слышать друг друга и поддерживать», – говорит Руслан Кобегкаев. Именно эти ценности помогают семье медиков добиваться профессиональных успехов и сохранять крепкую семью, ведь без поддержки тыла невозможно быть успешным в карьере.

Врачи убеждены: работа в экстренном стационаре отнимает много времени и сил и вместе с тем учит ценить самые маленькие радости. Но семья, говорят они, была и будет для них главной ценностью.

Ирина Савина.

Фото представлено Русланом Кобегкаевым

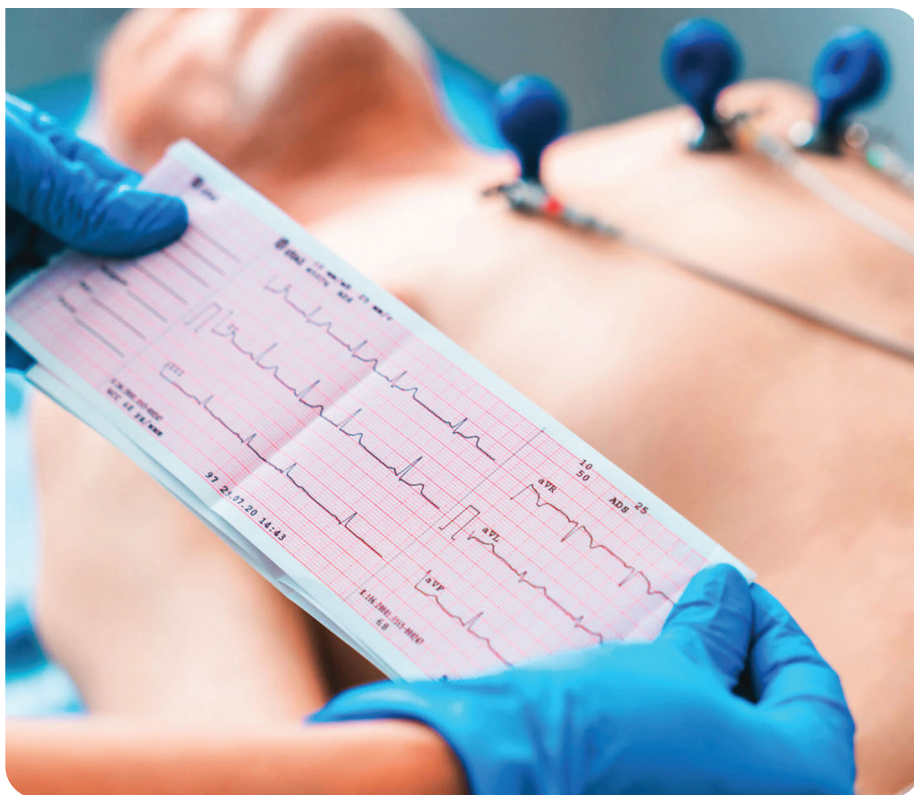
Электрокардиография – базовая диагностическая процедура, знакомая, пожалуй, каждому. Ее назначают в качестве скринингового обследования, а также для диагностики и мониторинга эффективности лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Что она собой представляет и о чем может рассказать специалисту – узнаете из нашего материала.

Показатели в моменте

Кардиологи уже много лет используют электрокардиографию (ЭКГ) в качестве простого электрофизиологического тестирования сердца. С ее помощью специалисты выявляют изменения регулярности и частоты сердечного ритма (аритмии, экстрасистолы), острые или хронические повреждения миокарда (инфаркт, ишемия), нарушения интракардиальной проводимости (блокады), внесердечные заболевания (ТЭЛА), электролитные нарушения (гипокалиемия), дистрофические, гипертрофические и иные изменения миокарда.

Для этого используют накожные электроды, с помощью которых регистрируют биоэлектрические потенциалы сердца. Врачи ориентируются на их графическое воспроизведение на бумаге или же дисплее. В зависимости от расположения электродов на теле пациента, специалисты различают стандартные, усиленные, грудные и дополнительные отведения ЭКГ. Каждое из них показывает биоэлектрические импульсы, снятые с сердечной мышцы под определенным углом. Благодаря такому подходу в итоге на электрокардио-

Читать по зубцам



грамме вырисовывается полная характеристика работы каждого участка сердечной ткани и можно определить конкретное место, в котором происходит патологический процесс. Помимо каких-либо нарушений в работе миокарда (сердечной мышцы), ЭКГ показывает пространственное расположение сердца в грудной клетке.

Но стоит помнить, что некоторые нарушения (например, аритмия, ишемия миокарда) могут отсутствовать в период снятия ЭКГ. Другими словами, этот тест отражает состояние человеческого «мотора» в моменте, когда он в покое. В связи с этим при необходимости врачи прибегают к длительному (суточному) мониторингованию ЭКГ и нагрузочным тестам – велоэргометрии, тредмил-тесту и другим.

В плановом режиме ЭКГ проводят в ходе диспансерных обследований, ведения беременности, перед планированием любых инвазивных процедур и операций. В целях профилактики исследование рекомендуется людям старше 40 лет, а также тем, кто

постоянно испытывает стресс и нервное напряжение.

Специалисты настаивают на необходимости проведения электрокардиографии при наличии факторов, повышающих риск развития кардиологических заболеваний: высоких показателей артериального давления, атеросклероза сосудов, ожирения, гиперхолестеринемии, а также после перенесенных инфекций и вирусных заболеваний.

ЭКГ необходимо делать при ревматологических патологиях, ряде заболеваний нервной и эндокринной систем, ЛОР-органов, при которых высока вероятность поражения структур сердца. В экстренном порядке процедуру проходят в случае ухудшения самочувствия пациенты с диагностированной кардиопатологией, а также при возникновении загрудинных болей, одышки или аритмии.

Чистота метода

В ходе процедуры пациент лежит неподвижно на горизонтальной по-

верхности с обнаженными грудью, лодыжками и запястьями. Во время снятия показателей ЭКГ следует расслабиться и спокойно дышать. Дело в том, что движения пациента при регистрации показателей, мышечная дрожь, неправильное подсоединение электродов или их неплотное прилегание к коже могут исказить результаты исследования.

После запуска электрокардиографа производится регистрация ЭКГ. Процедура ее записи длится около 5–7 минут. О любых выявленных отклонениях специалист функциональной диагностики немедленно извещает кардиолога. Интерпретацию результатов проводит врач функциональной диагностики или кардиолог.

На ЭКГ обычно различают пять зубцов – P, Q, R, S и T (иногда – малозаметную волну U). Зубец P соответствует фазе возбуждения предсердий, интервал P–Q отражает распространение возбуждения по проводящим путям (AV-узлу, стволу и ножкам пучка Гиса, волокнам Пуркинье).

Об отклонениях в деятельности сердца судят по изменениям продолжительности интервалов и формы зубцов ЭКГ. Ее интерпретация содержит сведения об источнике ритма, о его частоте и регулярности, положении электрической оси сердца, наличии нарушений проводимости и ритма, гипертрофии сердечных камер, очаговых или диффузных изменений миокарда (ишемия, некроз, электролитные нарушения и т. д.).

Наибольшее клиническое значение ЭКГ имеет для распознавания инфаркта миокарда и нарушений ритма и проводимости сердца. При инфаркте на ней регистрируют специфические изменения в разных отведениях. Это позволяет определить место развития, протяженность очага поражения и его давность. ЭКГ-признаки инфаркта характеризуются подъемом ST-сегмента, уплощением и инверсией зубца T, а

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

также формированием патологического зубца Q. Оценка результатов ЭКГ должна проводиться в комплексе с данными клинического, рентгенологи-

ческого, лабораторного обследований, ЭхоКГ, поскольку различная патология может вызывать сходные электрокардиографические изменения.

Подготовила Ирина Савина

Мнение эксперта

Ксения Гефнидер,
врач-ординатор
кардиологического
отделения № 2 Алтайского
кардиологического центра:



– Электрокардиограмма – один из основных диагностических методов в работе врача. Несмотря на простоту и повсеместную распространенность метода, по отклонениям основных зубцов (P, Q, R, S и T) возможно заподозрить или определить, какое именно заболевание лежит в основе сердечно-сосудистой патологии.

С ее помощью кардиолог может оценить частоту сердечных сокращений. В норме у здорового человека ЧСС составляет 60–80 ударов в минуту. Ее повышение называется тахикардией. При этом ритм сердца ускоряется до 100–150 ударов в минуту. Брадикардия – состояние, которое проявляется пониженной ЧСС (менее 60 ударов в минуту). Нерегулярный ритм (аритмию) также можно зарегистрировать, записав ЭКГ. Все эти состояния могут быть присущи как здоровым людям, так и больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ЭКГ может зафиксировать экстрасистолию – внеочередное сердечное сокращение по отношению к его основному ритму. Эта патология может быть как функционального, так и органического происхождения. Экстрасистолы встречаются у 65–70% здоровых людей, а при длительном мониторинге ЭКГ – практически у всех. Экстрасистолия относится к числу самых безобидных аритмий, но при наличии органического заболевания сердца желудочковая экстрасисто-

лия может привести к серьезным осложнениям. Прежде всего – к жизнеугрожающим аритмиям.

Кроме того, ЭКГ – важнейший инструментальный метод диагностики инфаркта миокарда. При подозрении на него кардиограмма в 12 отведениях должна быть зарегистрирована и описана медицинским работником как можно раньше.

Еще одно отклонение от нормы – нарушение проводимости сердца, или, иначе, распространения электрического импульса по нервным пучкам внутри предсердий и желудочков. Оно сопровождается нарушениями сокращения сердечной мышцы и ухудшением качества кровообращения. При значимых блокадах проведения на ЭКГ пациенту устанавливают кардиостимулятор.

При помощи ЭКГ можно диагностировать аневризму сердца – истончение и выпячивание участка его стенки. К основным признакам аневризмы можно отнести выпячивания в ее области из-за истончения стенок, которые могут разорваться. Именно это может привести к непоправимым последствиям, предотвратить которые помогает ЭКГ-исследование. Оно выявляет и основные признаки гипертрофии сердечной мышцы. Гипертрофия возникает в результате нарушений гемодинамики в полостях сердца, которые провоцируют перегрузку желудочков или предсердий.

Воспалительные заболевания сердца (например, миокардит, перикардит) также можно заподозрить, записав электрокардиограмму.

17 июня 1994 года в газетных киосках впервые появилась газета «Мы и здоровье», учредителем которой стал комитет по здравоохранению Алтайского края. Обращаясь к читателям со страниц первого номера за 1996 год, подводя итоги успешных полутора лет работы (газета была невероятно востребованной у жителей края: ее тираж дошел до 21 тыс. экземпляров!), редакция подчеркивала: «А ведь встреча наша могла и не состояться, если бы не упорство и настойчивость всего одного человека, который всех сумел убедить в том, в чем был убежден сам: медицинская газета краю нужна как воздух. Именно его фамилия открывает список редакционного совета газеты: Н. Ф. Герасименко. Открывает в последний раз – теперь он депутат Государственной Думы».

К 1999 году (своему пятилетнему юбилею) «Мы и здоровье» была единственным в крае изданием, ведущим постоянную и целенаправленную работу с населением по пропаганде здорового образа жизни, распространению медицинских знаний, информированию о деятельности органов и учреждений здравоохранения.

30 лет газете «Мы и здоровье»!



Дизайн и содержимое газеты в 2017 году радикально изменились в лучшую сторону

Живы и востребованы

В первый год выхода издания было выпущено 22 номера, то есть выходили они не каждую неделю. В 1995 году газета выходила четко раз в неделю, на 4 страницах формата А3. Первым ее редактором (с 1994 по 1999 год) был **Владимир Титов**, известный в крае журналист. В те годы авторы приносили в редакцию именно рукописные материалы, и нужно было набирать их на компьютере для последующей верстки. На странице январского номера за 1997 год запечатлен золотой состав сотрудников редакции тех первых лет: **Владимир Михайлович** – главный редактор, его супруга **Людмила Ивановна** – оператор компьютерной верстки, его сын **Олег** – оператор компьютерного набора; также на фото – зам главного редактора **Анатолий Егоров**, ответственный секретарь **Владилен Штаненко**, фотокорреспондент **Владислав Галенко**, корреспонденты **Людмила Короткина (Снежень)** и **Надежда Балакирева**.

Редакция располагалась в кабинетах на ул. Партизанской, 120 – именно там тогда находился краевой центр медпрофилактики. В газете в тот период часто публиковалась врач-методист АКЦМП **Алла Кузнецова**. **Алла Григорьевна** была советчиком для журналистов по многим вопросам, касающимся подготовки материалов на медицинские темы, и стала настоящим другом редакции.

В первые годы выпуска газеты обычные номера были черно-белыми, а вот праздничные порой печатали с использованием дополнительной краски. В этом формате и с таким дизайном заголовка газета выходила до марта 1998 года.

С 1996 года газета стала выходить уже на 8 страницах. Увеличилось количество полезной информации для читателей, плюс на внутреннем развороте печатали телепрограмму – тогда это было актуально для подписчиков. Тираж газеты с изначальных 5 тыс. экземпляров возрос до стабильных



Золотой состав первого коллектива «Мы и здоровье»

20 тысяч. Но с осени 1996 года из-за финансовых трудностей газета иногда стала выходить сдвоенными номерами, и было в них не 16, а 12 страниц. Одновременно с этим в газете стали появляться публикации о проблемах с выплатами медработникам заработной платы и об акциях протеста в связи с этим. Возникли проблемы с подпиской, на газете появилась пометка «Свободная цена» (из-за стремительной инфляции), ее стали отдавать на реализацию распространителям. С июля 1998 года в связи с финансовыми

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

ми затруднениями газета вернулась к 4-страничному варианту, но и размер шрифта в ней стал намного мельче – редакция стремилась вместить в каждый номер побольше полезной информации для читателей. В 1999 году выпускались только сдвоенные 12-страничные номера, раз в 2 недели.

В последующие периоды редакцию возглавляли **Владилен Штаненко** (1999–2000) и **Нина Ермакова** (2000, 2004–2007). Из-за проблем с финансированием в выпуске газеты был большой перерыв (с конца 2000 года по 2003 год включительно), и в 2004 году (к 10-летию юбилею со дня выпуска первого номера «МиЗ») редактор **Нина Ермакова** в поздравительной публикации упомянула, что жизнь газеты в трудные времена продлил **Виктор Савенко** – на тот момент главный врач краевой клинической больницы. Судя по выходным данным, в тот период редакция находилась по тому же адресу, что и ее издатель (на тот момент – краевая больница). Газета стала выходить 1 раз в месяц.

Редактором декабрьского выпуска «МиЗ» за 2007 год стал **Анатолий Волохов**. При нем и вплоть до 2017 года (когда **Анатолий Николаевич** именовался то главным редактором, то директором проекта изданий) «МиЗ» неоднократно меняла свой формат, порой выглядя как многостраничные брошюры, где наряду с текстами, характерными для газет, публиковалась деловая и справочная информация. Затем это переросло в полноценные спецвыпуски «Фармацевтический вестник Алтая» и «Руководителю здравоохранения», а издателем газеты был «Краевой справочно-информационный фармацевтический центр». Но с осени 2015 года издателем «МиЗ» вновь стал краевой центр медицинской профилактики. Кроме Анатолия Волохова, в период 2014–2016 годов редактором газеты также была **Татьяна Кудрявцева**, затем «МиЗ» некоторое время редактировала **Лариса Степанова**.

В разные годы в газету регулярно готовили материалы такие журналисты, как **Анатолий Егоров**, **Людмила Короткина (Снежень)**, **Владислав Га-**



ленко, Надежда Балакирева, Людмила Титова, Николай Скорлупин, Татьяна Волобуева, Виктория Денисюк, Николай Богормистов, Наталья Вдовина, Константин Гришин.

Последние семь лет бессменными авторами материалов являются журналисты **Ирина Савина** и **Елена Клишина**. Именно благодаря им газета вышла на новый качественный уровень. Спикерами газеты стали высококлассные специалисты краевого здравоохранения, а подача материалов медицинского содержания доступным языком заинтересовала многих, привлекла новых читателей.

Много лет тексты «МиЗ» корректировала **Наталья Гриневич**. Благодаря общей работе журналистов, других специалистов редакционно-издательского дела, работников здравоохранения газета всегда была и остается востребованной читателями.

Поздравляем и благодарим

Сейчас коллектив газеты – это главный редактор **Наталья Камышева**, редактор **Ирина Савина**, корреспондент **Елена Клишина** и корректор **Татьяна Стафеева**. Редакционно-издательский отдел входит в структуру Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, являющегося и учредителем, и издателем газеты; выход каждого номера курирует главный врач КЦОЗИМП **Татьяна Репкина**. Кстати, то, в каком виде «МиЗ» выходит теперь, – заслуга именно **Татьяны**

Викторовны, поручившей разработать и одобрявшей в июне 2017 года именно эту визуально привлекательную и современную графическую модель периодического издания, созданную дизайнером **Алексеем Беленевым**.

«Мы и здоровье» в наши дни – полноцветное глянцевое 32-страничное ежемесячное издание, которое удобно читать и приятно держать в руках, насыщенное полезной и разноплановой по тематике и жанрам информацией, интересной как работникам здравоохранения, так и всем жителям края, которые стремятся позаботиться о своем здоровье.

Мы, современный коллектив редакции, от всей души поздравляем с 30-летним юбилеем всех журналистов и других тружеников издательского дела, которые в разные годы работали на благо газеты, а также всех медицинских работников, которые сотрудничали с редакционным коллективом и продолжают это делать. Мы благодарим всех специалистов здравоохранения, которые способствуют наполнению газеты материалами и очень помогают своими советами, рекомендациями, ответами на наши журналистские вопросы во время интервью и просто добрым, внимательным общением с нами глубже понимать обширную тему медицинской профилактики и охраны здоровья во всей ее многогранности.

Материал подготовила
Татьяна Стафеева.
Фото из архива редакции

Не описать словами, невозможно выразить ту благодарность, которую я испытываю к врачу-хирургу Детской городской клинической больницы № 7, г. Барнаул, **Илье Дмитриевичу Бородину!** Никак, кроме как чудо, никак, кроме как провидение Бога, я не могу назвать то, что сделал Илья Дмитриевич!

По какой тонкой грани мы прошли... Как же страшно осознавать: «А если бы не он? Если бы его не было в тот день или бы он был на операции?» Слезы стоят в глазах, и страх в сердце!

Благодарю Вас, Илья Дмитриевич, за равнодушие, за высокий профессионализм, за умение оперативно принять правильное решение, за экстренную госпитализацию, за аккуратно и профессионально проведенную операцию, за спасение жизни моего сына, за поддержку! Нет меры моей благодарности!

У моего сына теперь будет два дня рождения: первый – это тот день, когда он родился, и второй – это тот день, когда его спасли!

Как бы хотелось, чтобы все врачи стремились быть такими, как Илья Дмитриевич!

Я желаю ему здоровья, удачи в жизни, успехов в делах, роста и профессионального развития, благополучия и счастья в семье! Он навсегда в наших мыслях, сердце и молитвах!

Елена Владимировна Ерш

14 мая 2024 года я почувствовала себя плохо: повысилось давление, возникла одышка. Вызвала скорую помощь. Хочу выразить искреннюю благодарность бригаде скорой помощи КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Рубцовск» **С. А. Макаровой** и **К. С. Ведяшкиной** за их профессионализм, внимательное, чуткое и доброе отношение. Оказали помощь, предложили госпитализацию. Побольше бы таких врачей.

Наталья Ивановна Хомякова

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

Хочу выразить огромную благодарность врачу УЗИ КГБУЗ «Хабарская ЦРБ» **Ольге Савельевне Казбановой!** Какой это добрый и отзывчивый человек! Когда я была на 21 неделе беременности, вечером сильно заболел живот. Сразу не хотела вызывать скорую, но к ночи уже не могла терпеть боль и поехала в стационар, там меня осмотрел дежурный врач, и в час ночи вызвали врача УЗИ. Я была настолько удивлена, что она не отказала и приехала (хотя я знаю, что у нее дома тоже маленький ребенок). Она долго и тщательно меня смотрела, в первую очередь показала мне на УЗИ малыша и его сердцебиение, чтобы меня успокоить, постоянно со мной разговаривала и была предельно деликатна и вежлива, несмотря на ночь! Спасибо ей огромное, побольше бы таких специалистов с большим сердцем!

Евгения Викторовна Божко

Спасибо за равнодушие **сотрудницам отделения ЭЭГ Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.** Вчера, когда я вышла с процедуры с грудничком на руках, мне стало плохо – подскочило давление. Девчата быстро нашли тонометр, измерили давление, помогли с малышом. В центре бываем часто и сталкиваемся только с доброжелательностью персонала. Желаем здоровья, благополучия и терпения сотрудникам!

Анастасия Игоревна Титова

Логопед КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул» **Елена Борисовна Хлюпина** – высококвалифицированный специалист! К ребенку с добротой, дарит приятности в виде наклеек. Дочь всегда с радостью приходит к логопеду, даже обниматься идет к врачу. В течение двух месяцев решили проблемы с постановкой нескольких звуков. Спасибо Елене Борисовне!

Дарья Александровна Щербакова

Благодарим консультанта по грудному вскармливанию КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул» **Любовь Алексеевну** за неоценимую помощь в налаживании данного процесса. Ребенок отказывался брать грудь. Благодаря одному выезду специалиста, предоставленной информации и показанному на практике алгоритму прикладывания к груди малыш стал с удовольствием брать грудь. Любовь Алексеевна продолжает вести дистанционный контроль и дает обратную связь по возникающим вопросам. Ребенок набрал положенную норму веса, и мы сохранили грудное вскармливание. Огромная благодарность за ее труд.

Алина Александровна Пеледова

Хочу отдельно выделить гинеколога КГБУЗ «Городская поликлиника № 3, г. Барнаул» **Диану Александровну Манакову**, это врач-суперпрофессионал своего дела. С первого приема я поняла, что доверяю ей на 100%. Она всегда все объяснит, ответит на все вопросы доступным языком. Проведет все необходимые обследования, чтобы верно поставить диагноз и назначить корректное лечение, при этом не навязывая ничего лишнего. Очень внимательная, у нее индивидуальный, не шаблонный подход к пациенту, я очень рада, что попала к ней. Побольше бы таких врачей.

Анастасия Андреевна Косова



Радость помогает побеждать болезни

Накануне Дня защиты детей во многих медицинских организациях края прошли праздничные мероприятия. Детские больницы и отделения устраивали для своих пациентов спектакли, утренники, приглашали волонтеров, выпускали стенгазеты, дарили воздушные шары и знакомили с медицинскими профессиями. В этот день в больничных стенах вспыхнула не одна радостная детская улыбка.

Использованы фото с официальных страниц медицинских организаций в социальных сетях



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: galerey-room.ru, fikiwiki.com, themomsc.com, raduga36.ru, doctorrowe.com, alfamed38.ru,