Наше здоровье

АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ

№ 2 (20) март 2015 16+ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

2015 шагов навстречу здоровью

Читайте на стр. 2-3

стр. 4

Цена здорового сердца

стр. 7

Активный треугольник

стр. 8

Биоэтика как оплот милосердия

2015 шагов навстречу здоровью

Министр здравоохранения Архангельской области Лариса Меньшикова рассказала об итогах 2014 года и приоритетных направлениях на 2015 год.

Мы достигли целевого показателя

– Лариса Ивановна, прошедший год для сферы здравоохранения был достаточно богатым на события. Весь год на слуху были вести о строительстве и реконструкции учреждений, открытии новых объектов здравоохранения, оснащении поликлиник и больниц новейшим оборудованием. Назовите основные объекты, построенные в 2014 году, а также запланированные на 2015 год.

– В прошлом году открыт ряд значимых объектов: это хирургический корпус областной больницы, филиалы станции переливания крови в Вельске и Котласе, акушерско-гинекологический стационар в Котласе, амбулатория в селе Черевково Красноборского района. Всё это – не просто востребованные объекты, но и новые рабочие места, новое качество медицинских услуг, возможность развития медработников.

Кроме строительства новых объектов, в 2014 году активно шли и ремонтные работы. Всего отремонтировано 30 объектов здравоохранения в 24 медицинских организациях на общую сумму порядка 116 миллионов рублей. Работы шли в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013 -2020 годы)».

Из основных объектов на 2015 год – завершение строительства поликлиники в Плесецке, капремонты в операционном блоке Первой городской клинической больницы имени Е.Е. Волосевич и операционной Архангельской клинической офтальмологической больницы. На эти объекты заложены деньги в адресной инвестиционной программе.

Также продолжится строительство на базе Архангельской областной клинической больницы современнейшего перинатального центра. Уже началась и подготовка кадров для работы в центре. Перинатальный центр значительно улучшит как условия пребывания в стационаре женщин и новорождённых, так и условия труда медицинского персонала, а также снизит риск госпитальных инфекций и будет способствовать дальнейшему снижению материнской и младенческой смертности в регионе.

– Раз уж мы затронули тему младенческой смертности, расскажите, снижается ли этот показатель? И как обстоят дела с достижением целевых показателей, предусмотренных майскими Указами Президента РФ.

– По итогам 2014 года в Архангельской области уровень младенческой смертности снизился до 6,7 промилле, тем самым став ниже общероссийского. Мы достигли целевого показателя, но нельзя на этом останавливаться, в этом году работа над снижением уровня младенческой смертности будет продолжаться.

Хороших результатов мы добились и в борьбе с туберкулезом. В 2014 году смертность от этого заболевания снизилась до 4,4 на 100 тысяч населения, что также говорит о достижении целевых индикаторов, предусмотренных майскими Указами.

Уровень смертности от болезней системы кровообращения и от новообразований в нашем регионе остаётся достаточно высоким, но имеет тенденцию к снижению. Наиболее сложная ситуация в Поморье складывается со смертностью от дорожно-транспортных происшествий: по предварительным данным, 162 человека из 218 пострадавших умирают на месте ДТП. Это говорит о том, что в нашем регионе высокая тяжесть дорожных аварий – люди умирают от травм на месте происшествия. Главные причины дорожных аварий – элементарное несоблюдение правил безопасности, сложные дорожные условия и пьянство за рулем. Чтобы переломить ситуацию, нужны усилия не только системы здравоохранения, но и всех участников дорожного движения.

«Новая скорая помощь» доказала свою эффективность

– В феврале 2014 года транспортные услуги Архангельской станции скорой медицинской помощи были переданы на аутсорсинг. Оправдывает ли себя государственно-частное партнёрство, и какие ещё проекты планируется реализовать в этом плане?

– Проект автономной некоммерческой организации содействия развитию здравоохранения «Новая скорая и неотложная помощь» реализуется в Архангельске уже год. За счёт внебюджетных источников мы смогли полностью обновить автопарк «скорых» и передали функции по их обслуживанию на аутсорсинг. От сотрудничества коммерческой фирмы и государства выиграли все – и пациенты, и медработники.

«Новая скорая помощь» доказала свою успешность и эффективность, помощь к северянам стала приходить быстрее. За всё время работы не было ни одной внештатной ситуации. В 2015 году мы планируем реализовать этот проект в Северодвинске и Новодвинске.

Отмечу, что за счёт передачи непрофильных услуг учреждений здравоохранения на аутсорсинг происходит оптимизация штатной численности и экономия бюджетных средств. Сегодня почти во всех медицинских организациях введены те или иные виды аутсоринга. Самыми популярными являются услуги по стирке белья, обслуживанию медицинского оборудования, транспортные услуги, обеспечение готовым питанием.

В 2015 году будет продолжаться развитие государственно-частного партнёрства. К решению государственных задач необходимо привлекать частные структуры, которые имеют полное право работать в системе обязательного медицинского страхования, а значит, и помощь для пациента будут оказывать бесплатно.

Внедорожники для сельских докторов

– Четверть населения нашего региона живет на селе, порой в труднодоступных и отдалённых уголках области. И всем нужна медицинская помощь. Расскажите о проблемах сельского здравоохранения.

– В сентябре 2014 года в Няндоме прошло выездное заседание коллегии регионального минздрава, посвящённое этой теме. В течение двух дней обсуждались самые разные вопросы – исполнение май-

Новый хирургический корпус областной больницы

Обновленный автопарк «Скорой помощи»

ских Указов Президента Российской Федерации, оптимизация сети государственных медицинских организаций и, конечно же, состояние и перспективы развития сельского здравоохранения.

Сегодня основные проблемы организации медицинской помощи на селе – это недостаточное материально-техническое обеспечение учреждений, плохая телекоммуникационная сеть, неразвитая транспортная инфраструктура, нехватка кадров. Чтобы улучшить ситуацию, в нашем регионе развиваются выездные формы работы и подготовки специалистов, используются телемедицинские технологии, а также расширяются возможности записи на прием к врачу в электронном виде.

Ещё один шаг – развитие института врачей общей практики. На эти цели с 2012 по 2014 годы по программе развития здравоохранения из областного бюджета было выделено более 60 миллионов рублей. В результате во всех районах области оснащены кабинеты врачей общей практики, закуплено оборудование и сумки-укладки, проведено обучение специалистов, приобретены передвижные лечебно-диагностические комплексы, создан симуляционный класс для отработки практических навыков врачей общей практики.

Часть финансирования – порядка 17,5 миллиона рублей – направлена на покупку служебных автомобилей для врачей общей практики. Всего за три года приобретен 41 внедорожник «Нива Шевроле»: 18 из них – в 2012 году, 12 – в 2013 году и ещё 11 – в 2014.

Врачи общей практики, имеющие права на управление транспортным средством, могут оказывать помощь жителям сельской глубинки на служебном авто. Сельский врачебный участок порой имеет протяженность в несколько десятков километров, а наличие у врача автомобиля позволяет повысить доступность и качество, а главное, оперативность оказания медицинской помощи жителям отдаленных деревень.

– Сколько жителей нашего региона в 2014 году получили высокотехнологичные виды помощи? Какие учреждения в нашем регионе оказывают ВМП, и откуда идёт финансирование?

– По итогам года высокотехнологичную медицинскую помощь получили почти шесть тысяч жителей Поморья, это на 22 процента больше, чем в 2013 году.

ВМП в Архангельской области оказывается за счёт средств федерального и областного бюджетов и обязательного медицинского страхования. В 2014 году финансовое обеспечение ВМП составило свыше 211 миллионов рублей, 80 процентов из которых – средства областной казны.

Высокотехнологичную медицинскую помощь в Архангельской области оказывают две федеральные медицинские организации и четыре областных учреждения по 13 профилям. Порядок и перечень видов ВМП утверждается Министерством здравоохранения РФ.

Из примеров ВМП в нашем регионе – операции на сердце, по замене суставов, выхаживание новорожденных с низкой массой тела, операции на органах брюшной полости, челюстно-лицевая хирургия.

С каждым годом в нашей области увеличивается перечень медицинских организаций, которые могут оказывать ВМП. Например, с 2015 года кожно-венерологический диспансер сможет оказывать высокотехнологичную помощь по профилю «дерматовенерология», соответствующая лицензия учреждением уже получена.

По вопросам оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи можно обратиться в Архангельскую областную клиническую больницу (проспект Ломоносова, 292, кабинеты 35 и 36, телефон 8 (8182) 241 218) или в областное министерство здравоохранения: 8 (8182) 454 508 – по направлению взрослых, 8 (8182) 454 494 – по направлению детей.

Жилье – самый весомый аргумент

– Какие меры принимает министерство здравоохранения для устранения кадрового дефицита?

– Хочу отметить, что улучшение кадровой ситуации – дело не одномоментное, это ещё одна из главных задач здравоохранения на ближайшие годы. Эту проблему мы решаем совместно с Северным государственным медицинским университетом и Архангельским медицинским колледжем.

В устранении кадрового дефицита задействованы все рычаги: ранняя профориентация школьников, целевая контрактная подготовка в СГМУ, обучение на компенсационной основе, подготовка средних медработников, выплата «подъёмных» молодым специалистам и многое другое.

Минздрав работает над тем, чтобы число «целевиков» ежегодно возрастало, и после окончания вуза молодые специалисты отрабатывали не менее трёх лет. Это единственная альтернатива распределению.

Важно не только направить выпускников в районы, но и сделать так, чтобы они закрепились там. А здесь самый весомый аргумент – предоставление жилья. Практически во всех муниципальных образованиях области за счет областного бюджета построено 117 служебных квартир.

Единовременную выплату в размере одного миллиона рублей в рамках программы «Земский доктор» в прошлом году получили 48 человек. В 2015 году «подъёмные» смогут получить ещё 45 врачей, приехавших на работу в сельские населённые пункты или рабочие посёлки нашего региона. Кстати, с этого года возрастное ограничение для медиков, переезжающих жить и трудиться на село, увеличено до 45 лет.

В 2014 году после окончания образовательных организаций приступили к работе 170 врачей и 200 специалистов со средним профессиональным образованием, из других субъектов Российской Федерации привлечено 10 выпускников.

– Говоря о медицинских кадрах, нельзя не сказать о тех медицинских работниках, которые достигли особых успехов именно в 2014 году.

– Архангельская область богата талантливыми врачами и учёными. Один из показателей эффективности их работы – победы в профессиональных конкурсах и полученные государственные награды.

В 2014 году двенадцать врачей Архангельской области удостоены госнаград. Три врача стали победителями всероссийского конкурса: это эндокринолог Зоя Бахтина, дерматовенеролог Иван Ленив, офтальмолог Елена Рябоконь.

Отличились и специалисты со средним медицинским образованием: медсестра Елена Кружалина, фармацевт Галина Паршина, акушерка Валентина Зуева, медицинская сестра Светлана Колесова и многие другие.

Объединившись с врачом

– Лариса Ивановна, какие приоритеты обозначил минздрав на 2015 год?

– В этом году приоритетными направлениями деятельности министерства здравоохранения Архангельской области останутся укрепление кадровой ситуации, развитие первичной медико-санитарной помощи, охрана здоровья матери и ребенка, освоение новых высоких технологий. Особое внимание будем уделять вопросам этики и деонтологии, возрождению традиций отечественной медицины, характеризующихся состраданием, милосердием, тёплым и бережным отношением к своим пациентам. Надеемся и на их взаимное доброжелательное отношение к медицинским работникам. Ведь только объединившись с врачом против болезни можно её победить – об этом говорил великий Гиппократ, его слова актуальны и сейчас: «Нас трое – я, ты и болезнь...»

Напомню, что 2015 год объявлен нашим Президентов Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Мы должны направить все усилия на повышение интереса северян к собственному здоровью, на профилактику и раннее выявление заболеваний. Приглашаем жителей нашей области к участию в массовых профилактических акциях, которые в течение года будут проводиться во всех муниципальных образованиях области с участие СМИ.

Не стоит забывать о диспансеризации, которая остаётся одним из основных рычагов в раннем выявлении заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых. В 2014 году в Архангельской области осмотры прошли свыше 160 тысяч человек, у полутора тысяч из них впервые выявлены подозрения на злокачественные новообразования, у более девяти тысяч человек – заболевания сердца и сосудов.

В 2015 году планируется провести диспансеризацию почти 162 тысяч жителей Архангельской области.

В завершении разговора мне хотелось бы ещё раз напомнить северянам, что их здоровье в первую очередь зависит от них самих: образа жизни, питания, физической активности, наличия вредных привычек. Поэтому пусть в этом году каждый человек сделает хотя бы один шаг навстречу своему здоровью!

– Лариса Ивановна, спасибо Вам за беседу!

Подготовила **Анна Калинина**

Черевковская амбулатория

Цена здорового сердца

Проще починить мотор, чем собрать его с нуля

Фото Сергея Сюрина

Каким образом встряски в экономике могут отразиться на ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Архангельске? Кто входит в группу риска? Чем северянам может навредить их выносливость и терпеливость? На эти и другие вопросы нам ответили эксперты из Городского кардиологического центра.

Год борьбы за жизнь

2015-ый объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Каждый 13-й россиянин имеет такие проблемы со здоровьем, и половина смертей в стране приходится именно на эту категорию болезней. Минздрав разработал комплексную программу, в которой предусмотрено все то, что делали врачи из года в год, но теперь будут заниматься в усиленном режиме: информирование населения о факторах риска, профилактика, пропаганда здорового образа жизни и главное – создание в регионах центров управления скорой помощи.

В нашем городе сегодня в этом направлении работает кардиологическая служба ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница города Архангельска им.Е.Е.Волосевич». Налажен четкий алгоритм действий, направленных на своевременную диагностику и лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Годами отработана четкая система взаимодействия между службами – скорой помощи, экстренной кардиологии, ангиорентгенхирургии и отделением неотложной кардиологии.

– Сердечно-сосудистые заболевания – это не столько локальная проблема, сколько проблема всей страны, и даже мира. Особенно острая для стран с менее развитой экономикой. В силу многих факторов заболеваемость и смертность по этой причине в России стоит на первом месте среди всех неинфекционных. И Архангельская область не является исключением, – комментирует – Татьяна Супрядкина, заведующая пятым терапевтическим отделением, врач-кардиолог высшей квалификационной категории. – Даже если уровень заболеваемости в Поморье не растет, есть ряд обстоятельств усугубляющих общую ситуацию. К примеру, то, что наши пациенты слишком поздно поступают с клиникой острого инфаркта миокарда.

Испокон веков Первая городская клиническая больница города Архангельска занималась лечением этой клинической формы ишемической болезни сердца. Лечение организовано на высокопрофессиональном уровне. С 1993 года здесь проводятся операции аортокоронарного шунтирования. С начала 90-х годов ведутся ангиографические исследования. В 1996 году было впервые выполнено стентирование коронарной артерии. По сути, вся передовая помощь в этом направлении, которая сейчас оказывается пациентам во всем мире, функционирует и в нашей Первой городской клинической больнице имени Е.Е. Волосевич.

Людей спасают 24 часа в сутки

Круглосуточно в больнице работает рентгенангиохирургическое отделение. В отделение неотложной кардиологии и в кардиореанимацию пациенты поступают круглосуточно, семь дней в неделю, 24 часа в сутки. Отделение неотложной кардиологии оказывает необходимую кардиологическую помощь больным с острым коронарным синдромом из Архангельска и Архангельской области.

Один из пунктов программы Минздрава на 2015 год подразумевает создание в регионах центров управления ресурсами скорой кардиологической помощи. И это большое счастье, что у нас, архангелогородцев, такой центр есть. «Кардиологическая неотложка» Первой городской больницы – это централизованная помощь людям с острым коронарным синдромом. Здесь объединяются силы бригад скорой медицинской помощи, кардиореанимационного блока и рентгенангиохирургии.

Специалисты работают на энтузиазме, не считают минуты до конца рабочего дня, готовы к тому, что в любой момент может поступить человек в тяжёлом состоянии.

СПРАВКА

В 2010 году группа кардиологов отделения неотложной кардиологии, кардиореаниматологов, рентгенангиохирургов, кардиологов бригад «скорой медицинской помощи» во главе с профессором О. А. Миролюбовой стала лауреатом национальной премии в области кардиологии «Пурпурное сердце» в номинации «Лучший социальный проект года».

В ТЕМУ

В сельской местности и небольших поселениях в отличие от крупных городов, люди реже переходят на здоровое питание, меньше занимаются спортом, почти не консультируются с диетологами. Отсутствие физической нагрузки, телевизор, компьютер с Интернетом, поздний жирный ужин – идеальные условия для прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Благодаря им больные с острым инфарктом миокарда оперативно получают помощь в соответствии с европейскими стандартами, и прежде всего эндоваскулярную реваскуляризацию в отделении рентгенангиохирургии.

– Лечение острого коронарного синдрома в нашей больнице стало одним из самых развитых направлений, можно сказать, брендовым, – отмечает Татьяна Вячеславовна, – Летальность от острого инфаркта миокарда в последние четыре года составляет 8–9 %, что сопоставимо с показателями ведущих европейских клиник (для сравнения летальность от инфаркта миокарда в столичных городах – Москве, Санкт-Петербурге – 16-18%).

В обществе до сих пор витают стереотипы, что сердечники – это пенсионеры, однако, это далеко не так. Как показывает практика, возраст заболевания колеблется, инфаркт миокарда последние годы «молодеет».

Терпят до последнего

– Острый инфаркт миокарда может развиться у людей и в молодом возрасте, такие случаи в этом году у нас уже зафиксированы, – рассказывает старший ординатор кардиореанимационного блока, врач высшей квалификационной категории Александр Совершаев. – Зачастую пациенты недооценивают тяжесть случившегося с ними заболевания и несвоевременно обращаются за помощью. Оптимальная стратегия в таких случаях

– обратиться к врачу при первых симптомах, чтобы начать своевременное лечение. Огромную роль играет профилактика сердечно-сосудистых катастроф, позволяющая предотвратить заболевание. Однако то ли это менталитет северян, то ли в целом – русского человека, но мы все чаще сталкиваемся с тем, что пациенты до последнего терпят боль и, к сожалению, поступают в больницу поздно. И тогда врачам уже во всех смыслах приходится спасать сердце. Ставится вопрос о жизни и смерти человека.

Многие вообще не задумываются о том, что риск заболеваемости увеличивается из-за неправильного питания, курения и постоянных стрессов. По мнению кардиологов из Первой городской больницы, все эти факторы усугубляются на фоне экономического кризиса.

Все логично: мы чаще переживаем, и некоторые пытаются справиться с эмоциями через никотин, алкоголь и вредные перекусы. От полезной пищи чаще отказываемся – экономим. Рацион скудеет. При люди этом тратят много сил. Ощущая финансовую нестабильность, народ начинает больше работать и реже обращаться к врачам.

Татьяна Супрядкина вспоминает, как в 90-е поступали люди с обострением сердечно-сосудистых заболеваний на фоне необходимости критического выбора между лекарственными препаратами и продуктами питания, и больше всего кардиолог беспокоится, что «сердечный» кризис повторится:

– Первичная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы опирается на следование элементарным правилам здорового образа жизни, физическую активность и рациональное питание. Однако с такими ценами на жизненно важные продукты, как сейчас, закупаться «правильной» едой для многих сложно, – резюмирует Татьяна Вячеславовна. – Напомню, чтобы снизить вероятность сердечно-сосудистых заболеваний нужно меньше употреблять животных жиров и легкоусвояемых углеводов, рафинированных продуктов, больше растительной клетчатки, препятствующей усвоению холестерина.

Включение в рацион фруктов, овощей, нежирного мяса, морепродуктов – это залог здоровья, особенно если к такому меню добавить физические нагрузки и отказаться от вредных привычек, таких, как курение и злоупотребление алкоголя.

– Еще одна важная проблема – это доступность лекарственных средств. В кризисные для страны этапы население еще чаще отказывается от качественных лекарств в пользу более дешевых, но малоэффективных аналогов, – считает Александр Совершаев, – Это очевидно, что и до падения рубля в стране не у всех хватало средств на дорогие лекарства. Сейчас ситуация обостряется, заметьте – цены в аптеках подскочили также, как в супермаркетах.

Я бы не хотел показаться человеком, пропагандирующим западные интересы, и считаю себя патриотом, но скептически отношусь к качеству отечественных аналогов оригинальных импортных препаратов. Наступают времена, когда людям, особенно с хроническими заболеваниями, приходится экономить на продуктах, чтобы позволить себе хорошее лекарство.

Как бы ни обстояли дела с финансами, нашей области повезло, что в Архангельске – на базе городской больницы имени Е. Е. Волосевич есть такой кардиологический центр европейского уровня. Психология отношений пациентов и врачей меняется, сегодня много зависит от активности и личного желания больного стать здоровым. Через нашу газету кардиологи призывают население – будьте внимательнее к работе своего внутреннего мотора. И если вдруг какой-то сбой, помните, что проще починить его, чем собрать с нуля.

Подготовила **Елена Йонайтис**

Алексей Третьяков:

Дистанционных консультаций больше год от года

Телемедицина в Поморье: итоги, достижения и перспективы

Телемедицина — новое направление в медицине, которое успешно практикуется в Архангельской областной клинической больнице. Одно из главных ее достоинств – возможность получить высококвалифицированную консультативную помощь врачам-специалистам в отдаленных уголках Архангельской области.

В чем её суть? Об этом разговор с начальником консультативно-диагностического отдела телемедицины Алексеем Третьяковым.

– Алексей Сергеевич, что такое телемедицина?

– ТЕЛЕМЕДИЦИНА — направление медицины, основанное на использовании телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами с целью повышения качества и доступности диагностики и лечения конкретных пациентов.

Консультативно-диагностический отдел телемедицины даёт возможность врачам из районных больниц консультироваться с коллегами из Архангельской областной клинической больницы, то есть снимается проблема профессиональной изолированности. Практикующие врачи из области в процессе регулярного консультирования получают дополнительный опыт и знания.

В основном, телемедицинские консультации осуществляются при помощи передачи медицинской информации по электронным каналам связи. Врач отправляет запрос на консультацию пациента, мы его получаем, обрабатываем и передаём врачу-консультанту соответствующего профиля. Он готовит ответ, который мы отправляем.

Также мы организуем и проводим лекции, семинары, конференции с использованием видеоконференционного оборудования в актовых залах и на рабочих местах.

– В следующем году Вашему отделу исполняется двадцать лет? С чего всё началось?

– В 1996 году в соответствии с международной программой «Телемедицина на Северо-Западе России» в Архангельской ОКБ была создана первая в регионе телемедицинская студия и началось формирование телемедицинской сети.

Врач С. Е. Мананкова стала руководителем проекта, главный врач АОКБ А.А. Рогалев увидел реальные возможности и перспективы телемедицины, а профессор В.Д. Козлов стал интеллектуальным «мотором» проекта. Первые консультации велись по телефону.

30 ноября 2000 года приказом Департамента здравоохранения администрации Архангельской области мы преобразовались в Архангельский областной центр телемедицины. К этому времени телемедицинская сеть области объединила девять студий в районных больницах Архангельской области в Котласе, Коряжме, Вельске и других районных центрах. Количество консультаций увеличивалось год от году. Если в 2000 году было проведено около 150 консультаций, то в 2014 году -2532 консультации. В настоящее время сотрудники телемедицины проводят в среднем до 15 консультаций ежедневно.

Наибольшее количество заявок поступает из Ненецкой окружной больницы, Котласа, Вельска, других центральных районных больниц. Мы консультируем по 33 лечебным специальностям, наиболее востребованы консультации кардиолога, травматолога, нейрохирурга и гематолога.

– Каковы на Ваш взгляд перспективы развития телемедицины в Поморье?

– Статистика работы телемедицины показывает ежегодный рост количества консультаций, что говорит о востребованности данного вида медицинской помощи. Районные врачи активно подключаются к нашему «каналу» консультирования.

Телемедицина – это не только консультации на расстоянии, её потенциальные возможности значительно шире. Первое, что необходимо сделать, это объединить лечебные учреждения области высокоскоростными каналами передачи данных для создания единой сети медицинских учреждений, а так же оснастить районные больницы современным цифровым медицинским диагностическим оборудованием, чтобы человеку из глубинки не приходилось тратить время и деньги для приезда на консультацию в областной центр.

Так, с 2012 года специалистами АОКБ начата расшифровка данных суточного мониторирования сердечного ритма. Врач проводит исследование на месте и отправляет все данные в консультативно-диагностический отдел телемедицины, врач-консультант проводит диагностику, заключение отправляется обратно.Дальнейшее развитие телемедицины позволит повысить качество оказания медицинской помощи в Архангельской области, в которой преобладают отдаленные труднодоступные территории с низкой плотностью населения.

Подготовила **Елена Антропова**

Грант Президента

Получил ученый из Архангельска

Гранты Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук и докторов – выделяются для финансирования расходов на проведение фундаментальных и прикладных научных исследований по приоритетным направлениям развития науки, технологий и техники Российской Федерации и вручаются ежегодно по нескольким направлениям.

Острый респираторный дистресс-синдром

В 2015 году одним из грантополучателей в области медицины стал Кузьков Всеволод Владимирович – доктор медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии СГМУ. Для газеты "Наше здоровье" мы узнали подробности проделанной работы из первых уст:

– Всеволод Владимирович, какова тема Ваших исследований?

– Исследовательской группой кафедры, в составе которой я работаю, изучалась целенаправленная волемическая терапия при критических состояниях, осложненных острым респираторным дистресс-синдромом. Работа в этом направлении ведется на базе Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич уже не первый год, и мы достигли определенных результатов, без которых не смогли бы получить этот грант.

– В чем же заключается целенаправленная волемическая терапия?

– Это современнный подход к лечению больных, страдающих острым респираторным дистресс-синдромом. Дело в том, что для этого состояния характерны смертельно опасные повреждения капилляров, которые могут быть вызваны совершенно различными заболеваниями или травмами. Но в любом случае риск скопления жидкости в органах из-за таких повреждений весьма велик. Новые методы позволяют оценивать количество жидкости в конкретном органе, и уже исходя из точных данных, проводить лечение.

– Для этого необходимо новое оборудование?

– Да, оно уже имеется в больнице, и мы используем его для лечения тяжелобольных. Но расходные материалы для него очень дорогие. На них мы и планируем затратить часть предоставленных нам денег.

Мы будем продолжать

– По гранту выделяется два миллиона рублей на срок два года. Это достаточная сумма для данного направления?

– Вы знаете, как изменились цены в связи с последними событиями. Но мы будем использовать то, что имеем, по максимуму. Кроме упомянутых материалов будут закуплены кроватные весы для реанимационных больных, холодильные устройства и другое оборудование, необходимое в ведении пациентов в тяжелом состоянии.

– Скажите, острый респираторный дистресс-синдром часто встречается среди жителей Архангельской области?

– К сожалению, да. Более 50% пациентов отделения реанимации имеют это осложнение. Но уже сегодня новые методики доступны для людей, мы будем продолжать их внедрение.

– Всеволод Владимирович, ведутся ли Вами другие исследования?

– Исследовательские работы проводит коллектив кафедры анестезиологии и реаниматологии СГМУ. Это одна из ведущих кафедр своей направленности в России. Наш коллектив активно сотрудничает с европейскими врачами, в частности из Норвегии, научные сотрудники кафедры регулярно представляют свои работы на конференциях различного уровня. Безусловно, изучение волемической терапии при критических состояних – далеко не единственное направление наших научно-исследовательских работ.

Беседовала **Александра Ожигина**

Врач и пациент

Два полюса правовых взаимоотношений

Врач и пациент – две очень важные роли, ведь от того, как они исполняются, зависит самое ценное, что есть у человека – его здоровье. Знание и соблюдение морально-этических норм, своих прав и обязанностей - как врачом, так и пациентом - обеспечивают качество выполнения медицинской услуги. На вопросы о том, как сегодня регулируются правовые взаимоотношения врача и пациента, отвечают специалисты юридического отдела ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница».

Какие основные правовые акты обеспечивают регулирование правовых отношений врач-пациент?

Основными правовыми актами, регулирующими отношения врача и пациента, являются статья 41 Конституции РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и иные Федеральные законы (например, ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ; ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1).

Изменилось ли что-то в регулировании правовых отношений между врачом и пациентом с вступлением в силу ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»?

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пришедший на смену «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», урегулировал большой круг вопросов – от общих принципов охраны здоровья до полномочий медработников.

Большой плюс Федерального Закона № 323-ФЗ уже в том, что он, в отличие от документа 1993 года, содержит наиболее значимые для здравоохранения понятия и их определения. Так впервые законодательно закреплены понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское вмешательство», «диагностика», «лечение», «медицинская деятельность», «медицинская организация», «заболевание» и т.д.

Также принципы, по которым строится охрана здоровья, в новом документе более детализированы. Вдобавок сформулированы новые: «приоритет интересов пациента», «качество медицинской помощи», «врачебная тайна» и др.

Какие основные права и обязанности пациенту и медицинскому работнику гарантирует законодательство?

Законодательство дает пациенту право на охрану здоровья, на медицинскую помощь, право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, на выбор врача и медицинской организации, право на получение в доступной форме имеющуюся информацию о своем здоровье, а также о факторах, влияющих на здоровье. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья; в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации - обязаны проходить медицинские осмотры, а люди, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Пациенты, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения в медицинских организациях.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на: соответствующие условия для выполнения своих трудовых обязанностей; профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя; прохождение аттестации для получения квалификационной категории, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации; стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности; создание профессиональных некоммерческих организаций; страхование риска своей профессиональной ответственности.

Медицинские и фармацевтические работники должны осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Обязанность медицинского работника - оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; соблюдать врачебную тайну; совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях и т.д.

Конкурс «Вклад медицины Поморья в Победу в Великой Отечественной войне»

Министерство здравоохранения приглашает учащихся 10-11 классов, студентов Архангельского медицинского колледжа и СГМУ принять участие в конкурсе «Вклад медицины Поморья в Победу в Великой Отечественной войне

Конкурс проводится по двум номинациям: «Лучшее эссе» (до двух страниц) и «Лучшая презентация» (до 25 слайдов). Победители конкурса из числа одиннадцатиклассников будут включены в список абитуриентов, направляемых региональным минздравом для поступления в Северный государственный медицинский университет, то есть на места, финансируемые за счет средств федерального бюджета.

Пакет документов с творческими работами принимаются до 1 апреля 2015 года по адресу: 163045, Архангельск, проспект Ломоносова, 311, ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики». E-mail: formylazd@mail.ru (с пометкой конкурс «Вклад медицины Поморья в Победу в Великой Отечественной войне»).

Подробную информацию об условиях конкурса смотрите на сайтах **www.minzdrav29.ru** **www.zdorovie29.ru**

Активный треугольник:
медицинская сестра – этика – пациент

«Сестра должна иметь тройную квалификацию:
сердечную – для понимания больных,
научную – для понимания болезней,
техническую – для ухода за больными»

Флоренс Найтингейл

В современном здравоохранении все большая роль отводится самому многочисленному отряду медицинских работников – медицинским сестрам. Важное значение приобретает качество оказываемых сестринских услуг, удовлетворенность пациентов от взаимодействия с данной подсистемой.

Принят Этический кодекс

Сегодня медицинская сестра не только исполнитель, она самостоятельный сотрудник, принимающий решения в сфере управления и организации отделения. Личность медицинской сестры, метод ее работы, умение общаться с пациентом и родственниками, владение техникой психологической работы с пациентами – все это само по себе может служить лекарством и оказывать исцеляющее действие.

Повышение качества сестринской помощи возможно при эффективном взаимодействии медицинской сестры, профессионально компетентной, и пациента (его родственников) в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях, при наличии стойкой положительной мотивации пациента (родственников) на выздоровление, сохранение здоровья.

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Положения данного документа регулируют этические аспекты в профессиональной деятельности медицинской сестры, которые целиком и полностью должны соблюдаться медсестрами при исполнении своих трудовых обязанностей.

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека, обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом.

Важнейшими качествам медицинской сестры считаются: уважительное отношение, стремление помогать, внимание, терпимость, доброта, вежливость, душевность. Немаловажную роль играют - внешний вид, выражение лица, речь медицинской сестры. Все в медсестре должно располагать к себе пациента, и только тогда между ними возникает доверительный диалог.

Для пациента важно не только лечение

Медицинская сестра большую часть профессиональной деятельности находится с пациентом, при этом ей приходится выполнять и руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. Для пациента важно не только лечение, но и как его встретили медицинские работники, поскольку первый контакт пациента с медицинскими работниками имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет – чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. Именно поэтому необходимо отметить особое значение этики и деонтологии в профессиональной деятельности медицинской сестры.

С целью оценки качества сестринской помощи нами было проведено исследование-анкетирование пациентов находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях г. Архангельска.

Анкета состоит из 15 вопросов и включает данные о пациенте (пол, возраст, социальное положение), мнение пациента о работе медицинских сестер в данном отделении. В исследовании приняли участие 183 пациента.

Большинство пациентов – это люди старше 50 лет (75%). Среди опрошенных – 57% женщины, 43% - мужчины.

Пациентам было предложено указать, какие профессиональные качества присущи медицинским сестрам, все опрошенные в первую очередь выделили профессионализм, 14% отметили доброжелательность, 6% - сострадание и 1% - заинтересованность. Сестринский персонал достаточно уделяет внимания и времени пациентам, находящимся на стационарном лечении, и это отметили 87% опрашиваемых, при этом 9% ответили, то недостаточно, с тем, что сестры внимательно относятся к проблемам пациента, согласились 90% респондентов.

Большинству опрошенных (80%) и их родственникам была полностью предоставлена информация о правилах приема назначенных лекарственных препаратов, 11 % - частично, 9% не получили необходимую информацию. На вопрос о том, был ли разъяснен медицинской сестрой характер, содержание проводимого исследования при подготовке к диагностическим и лабораторным исследованиям, большинство опрашиваемых ответили положительно (72%), 15% частично получили информацию и 13% ответили отрицательно.

Медицинская сестра, несомненно, должна владеть техникой психологической помощи, поскольку пациент, в первую очередь, обращается к медицинской сестре и на вопрос о том, была ли оказана медсестрой психологическая помощь, ответы распределились следующим образом: 51% ответили «да, в полном объеме», 21% - нет, 14% - не в полном объеме, 14% - затруднились ответить.

Внешний вид имеет значение

Сестринский персонал стационара большую часть профессиональной деятельности находится с больным, поэтому огромное значение имеет организация сестринского ухода за пациентом, так 82% довольны организацией сестринского ухода в стационаре, 16% частично и 2 % - нет.

Речь медицинской сестры должна соответствовать нормам русского литературного языка, на маловажное значение имеет, как обращается медицинская сестра к пациенту. Большая часть опрашиваемых (70%) указали, что медсестра обращается к ним на «вы», 16% - по имени отчеству, 11% - по фамилии, 3% на «ты».

Пациенты оценили внешний вид медицинских сестер. По полученным данным большинство (86%) дали хорошую оценку внешнему виду медицинской сестры, 12% - удовлетворительную оценку и 2% оценили неудовлетворительно.

Был задан вопрос, были ли конфликтные ситуации с медицинской сестрой. К сожалению, семи (4%) респондентам пришлось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре. Несмотря на то, что в анкете было предложено указать причину конфликта, лишь один человек это сделал, указав, что ему в грубой форме было отказано в ингаляторе.

На современном этапе развития сестринского дела, медицинская сестра является не только техническим исполнителем назначений врача, но и в определенном смысле психологом, педагогом, поскольку именно медицинские сестры проводят больше времени с пациентами.

Любое заболевание для человека - стресс, особенно если нужно находиться в стационарных условиях. Даже безупречное выполнение манипуляций оставит негативное впечатление, если будет сопровождаться некорректным поведением медицинских сестер. Поэтому учебным заведениям, руководству медицинских организаций необходимо больше уделять времени обучению сестринского персонала психологии, этике и деонтологии.

Подготовила **Надежда Пышнограева**,
председатель правления
Архангельской региональной
общественной организации
«Союз медицинских профессионалов»,
директор ГБУЗ Архангельской области
«Архангельский центр
медицинской профилактики»

При подготовке использованы следующие источники: «Фундаментальные исследования», № 4; «Главная медицинская сестра», 2012, № 4; «В помощь практикующей медицинской сестре», 2008, № 1 (15); Этический кодекс медицинской сестры России, 1997 г.

Наука о ценности жизни

Биоэтика как оплот милосердия

Развитие медицины требует ответа на вопросы, которые медицинскими являются лишь отчасти. Что такое жизнь? Когда наступает смерть? Есть ли у человека право добровольно уйти из жизни? Эти и многие другие моральные дилеммы решает биоэтика.

Она, как наука, очень молода. Доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Галина Чумакова отметила, что студентам медуниверситета биоэтику преподают лишь около двадцати лет. А появилась она во второй половине XX века, одновременно с новыми медицинскими технологиями, которым нужно было дать оценку.

Эвтаназия — не выход

Самая острая дилемма сегодня — искусственное прерывание жизни. Ее обсуждают все. И опросы докторов показывают удивительные данные: до трети всех врачей считают эвтаназию допустимой.

– Хотя часто исследования составлены неправильно, так как не разделяют эвтаназию на активную и пассивную. В Клятве врача России есть слова: «клянусь не прибегать к эвтаназии». Имеется в виду активная, когда человеку по его желанию вводится яд. Пассивная — это, когда человека не лечат. И очень многие считают, что продлевать жизнь людям, которые обречены, не стоит. А деньги, которые тратятся на безнадежных больных, могут быть затрачены на тех, кто выздоравливает, – комментирует Галина Николаевна.

Однако медицина идет вперед семимильными шагами. И, возможно, завтра или через год появятся лекарства от смертельных болезней.

С другой стороны, часто сами больные просят прекратить лечение. Пассивная эвтаназия юридически разрешена, так как пациент может подписать информированный отказ от лечения. А с точки зрения морали?

– Врач самоустраняется, а это совершенно неправильно. Медицина только тогда пойдет вперед, когда будет пытаться лечить и неизлечимые болезни тоже. Пациент, который просит «убей меня», очень часто говорит «спаси меня». Он просто отчаялся, в депрессии. Сейчас самая большая проблема в медицине — утрата милосердия, сострадания к больным. Мария Владимировна Пиккель учила, что если нет любви к больному, то не нужно идти в медицину, – говорит Галина Николаевна.

Для нее дилеммы нет: эвтаназия не выход. Выход — паллиативная помощь, хосписы, где люди, окруженные заботой, счастливо проживают свои последние дни.

Между клятвой и реальностью

Другая схожая проблема — отношение к искусственному прерыванию беременности. Кто имеет право распоряжаться жизнью ребенка? Зияет пустотой разрыв между юридическими и этическими нормами.

– Это огромный диссонанс. Аборт, то есть убийство, у нас разрешен. А все врачи дают клятву о том, что они не будут убивать людей. Священники говорят, что за клятвоотступничество мы будем сильно страдать, – говорит Галина Чумакова.

Психолог Евгения Щукина отметила, что в обществе аборт воспринимают как норму, как простую операцию.

– В нашем сознании произошел такой перекос, что мы некоторые вещи считаем нормальными, хотя они вовсе не нормальны. Ответственность за жизнь лежит в первую очередь на женщине. А вторая ответственность, конечно, на враче, который делает аборт. За исключением тех случаев, когда есть угроза жизни матери, – говорит Евгения Георгиевна.

Осуждать акушеров нельзя, уверены врачи. У них нет выбора. Закон суров, но это закон. И Евгения Щукина, и Галина Чумакова надеются, что в ближайшее время и этическая, и юридическая норма остановятся на том, что искусственное прерывание беременности будет запрещено. Мораль и право здесь должны идти навстречу друг другу.

26 марта в Екатеринбурге пройдет большая конференция, организованная Дмитрием Астаховым, по защите прав плода. Может быть, с нее начнется новая страница в истории российской медицинской биоэтики.

Когда сердце болит по-другому

Помимо всего прочего биоэтика включает в себя и отношения между врачом и пациентом. Если в прошлом доктор был практически членом семьи, собеседником и советником, то сегодня врач не может вмешиваться в личную жизнь пациентов, хотя иногда это необходимо. Осложняет процесс общения система узких специалистов, когда в процессе лечения человек обращается к разным врачам, а также применение приборов для диагностики заболевания. Порой пациент превращается в «карточку», в совокупность анализов. А ведь его душа тоже требует поддержки.

– Люди часто жалуются: мол, гоняют от врача к врачу, а лечить не хотят. Но честен ли сам пациент? Я могу привести выразительный пример. Женщина приходит к терапевту и жалуется на сердце. Ее направляют к кардиологу, хирургу, травматологу... Никто ничего не находит. Какой она делает вывод? Либо у меня так все плохо, что лечить не хотят, либо все доктора безграмотные.

Но при этом она не договаривает, что она находится в процессе развода, потому что муж ей изменил. Ей больно, у нее сердце ноет. Вот и разгадка. И хотя врач обычно спрашивает, все ли благополучно в семье, право пациента отвечать или не отвечать на этот вопрос. Но он должен понимать, что может ввести в заблуждение специалистов, – рассказывает Евгения Щукина.

Низкий уровень оплаты труда, загруженность бумажной работой, жесткие временные рамки могут повлиять на поведение врача.

– Время, которое отводится на прием одного пациента, удручает. Интенсификация труда безобразная. Тот врач, который здоровается, беседует, рекомендует, – у него пациент находится полчаса. И он доволен доктором, и он его любит. Каждый бы хотел ходить к такому врачу. Поэтому нужно пересматривать нормативы, – считает Евгения Георгиевна.

Но, как отметила Галина Чумакова, в медицине все-таки работают в основном бессеребренники. Их духовные и нравственные качества – основа вежливости и деликатности в отношениях с пациентами.

Доверие подрывают СМИ

Так почему же у нас в обществе так низок уровень доверия к врачам? И как изменить общественное мнение? Во-первых, у пациентов есть своя этика, свои нормы поведения на приеме у врача. Односторонней доброжелательности не хватит. А во-вторых, как считают специалисты, негативный фон создают СМИ. Конечно, журналисты поднимают важные проблемы современного здравоохранения, но порой переходят границу. И крайне мало говорят о хорошем.

– Где статьи и сюжеты о прекрасных врачах, медсестрах, санитарках? Я бы целый цикл передач о них, золотых руках, создала. Их так много! Одно из заданий для моих студентов — рассказать о враче или о ком-то из медперсонала, которые оставили след в душе. За несколько лет работы еще не было, чтобы написали про одного и того же человека. А кто об этом знает? Есть премии «Общественное признание», «Своя колея»... Но это ведь капля в море. Нет положительного примера, поэтому у обывателя сложилось представление о том, что с медициной у нас все ужасно, все доктора идиоты. С таким настроением они и идут в больницу, – считает Евгения Щукина.

Биоэтика призвана врачевать не только тело, но и душу. И оценивать поведение врача, равно как и пациента. А пациенты — мы все. Поэтому, как отметила Галина Чумакова, сложно что-то изменить без коренных изменений в массовом сознании. Каждый должен на себе чувствовать моральную ответственность за чужую жизнь. И напоминать другим о милосердии.

Подготовила **Мария Гаврилова**

Виктор Белозеров: «Хорошая мать должна стать моим собеседником...»

Детский врач Виктор Белозеров работает гастроэнтерологом более тридцати лет. И сегодня, как много лет назад, он спешит на работу – в детскую городскую поликлинику №4 г. Архангельска. За это время выросли мальчики и девочки, которых приносили ему в пеленках, сами стали родителями, нарожали детей, и теперь приходят к нему с чадами. Острый глаз Виктора Петровича быстро схватывает во внешности своих подопечных малейшие приметы болезней.

Об умении протянуть тонкую нить между матерью и ребенком, между болезнью и ее проявлением – самом мудром таланте детского врача – разговор с ним.

Учите ребенка зарабатывать пищу

– Мы часто думаем о ребенке, но для меня как врача самое главное – мать. Когда у матери всё благополучно, то и дитя у нее будет как у Христа за пазухой. Она основа здоровья ребенка. Я считаю, хорошая мать должна стать моим собеседником, чтобы понять, что происходит с ребенком.

Приходит мамочка. Ребенок ночами спать не дает, кричит, живот вздут, на лице, на теле высыпания. Спрашиваю: «Когда родился, желтуха была?» «Была, полмесяца». «В роду были проблемы с желчным пузырем?» «Были!.. У бабушки желчекаменная, у папы холецистит». Как кормите ребенка? Когда заплачет, запросит есть.

Если кормить через каждые 2 часа, у ребенка ничего не успевает перевариваться. Пища стоит – это газы и боли. Объясняю: «Тебе, мама, надо 6 кубиков желчи, чтобы переварить пищу, а ребенку – три, и у него дискинезия – силы не хватает желчному пузырю, чтобы сократиться. И он дает вместо 3 кубиков желчи 2, 5, то есть 97% пищи усвоилось, а три осталось. Эти три процента будут стоять и киснуть, образуются газы. Элементы неэмульгированной пищи пойдут в кровь. А это уже аллерген, а в результате – дерматит, астма, запоры.

Если вы хотите чтобы ребенок вам всю жизнь помогал, сделайте так, чтобы он получал еду не по требованию: захотел – дала. Учите его зарабатывать пищу! Если перед тем как покормить, малыша помассажировать, погладить, он почувствует, что еда – это не каприз, нужно ее заработать, помахать руками, ногами, подвигаться! Термин «вскармливание по требованию» применим к грудному вскармливанию на первом году жизни, в последующем ребенок должен придерживаться определенного режима питания и привыкать к нему.

Желчь – это сторожевой пес кишечника

Желчь – это одно из начал всего пищеварения, я как гастроэнтеролог преклоняюсь перед желчью. Запор – опять же виновата желчь – она не только работает как фермент, это сторожевой пес кишечника. Она убивает всю патогенную флору, участвует в перистальтике, и если ее недостаточно поступает в кишечник, то, возникает сразу много проблем. Болезни желчного пузыря тянут за собой целый хвост – это и кожа, и астма, и запоры.

К чему приводит кормление без режима, когда ребенок подрастает? Наши дети, становясь взрослыми, не имеют привычки завтракать. Надо приучать их к тому, чтобы они утром кушали. Кашу – обязательно, и чтобы белок был в первой половине дня. Это стимулирует ферментообразование в желудочно-кишечном тракте.

Говорят, если мы до 12 часов дня не возьмем белок из пищи, то у нас не будет энергии на весь день. То, что до 12 часов – для себя, то, что после – или в горшок или под кожу. Нет аппетита, не ест по утрам и в обед, если большой ребенок, возьмите столовую ложку клюквы, дай ему пожевать 5 дней в неделю. Потом отдохните, еще пять дней – и так в течение месяца. Клюква – кислота, которая стимулирует аппетит. Если ребенок маленький – одна ягодка – две.

Не всё от живота болит

Сколько раз убеждался: внешнее поведение ребенка определяет внутреннее состояние родителей. Порой родители не соглашаются со мной и обижаются. «Миленькая, – говорю я маме, – не всё от живота болит. Есть вегетативная и центральная нервная система, которые всем руководят. Увидел лимон, и слюнки потекли, вегетатика сработала. Вегетативную нервную систему тоже надо лечить».

Хорошо, если специалисты это понимают и лечат болезни в системе. А то пришел ребенок с высыпаниями на коже, давайте намажем – и всё пройдет. Но само по себе это не может возникнуть, всё равно есть какая-то причина. Нужно работать вместе – дерматолог лечит своё мазями, мы, гастроэнтерологи, своё, невролог тоже. И опять же, не может врач-педиатр думать только о ребенке, не думая о его семье. Наша задача не только лечить, но и научить.

Говорящие детали при диагнозе

Смотришь, ладошки красные, сухие, трещины какие-то, это четко – нарушение функции органов пищеварительной системы, в том числе и печени. В печени происходит образование желчи, которая, в свою очередь, участвует в расщеплении жиров, жирорастворимых витаминов, что способствует их усвоению. Нарушения функции печени, кишечника находят свое отражение на коже.

Или возьмите, хеликос – запах из рта. Тоже не в порядке с желчевыводящей системой: пища стоит, окисляется, гниет. Делают фиброгастроскопию, не ел с вчерашнего дня, а желудок полный – нарушены моторная и эвакуаторная функции желудка, что без коррекции приведет впоследствии к гастриту.

Сейчас стали обращать внимание на кишечник. Определили, что кишечник – это орган, который не менее важен, чем мозг. Пока эта «печка» работает, мы живем. Кишечная флора творит чудеса. Поэтому для меня очень важно, что у ребенка: запор или жидкий стул, есть ли запах изо рта или нет.

Ребята сидят за компьютером – это не только нагрузка на глаза. Уже доказано, гиподинамия способствует формированию застойных явлений в печени, нарушению оттока желчи, а так же и развитию функциональных запоров, что также приводит к развитию гастрита.

Мраморность кожи, заеды в углах рта – это недостаток витаминов В-группы, принимающих участие в обменных процессах нервной системы. Недостаток поступления витаминов этой группы или плохое их усвоение на фоне нарушения функции желудочно-кишечного тракта могут стать причиной нервозности ребенка. Родители должны это знать.

Очень важно чтобы родители любили и понимали своих детей, умели их чувствовать, замечать малейшие изменения в их состоянии. Физическое здоровье ребенка напрямую зависит от психологического состояния семьи, взаимоотношений между родителями, исполнения ими своих ролевых функций по отношению к ребенку и между собой.

Формирование пищевого поведения ребенка берет свое начало в семье. Изобилие в питании не есть мера любви к ребенку. Научить ребенка питаться правильно можно, только если сами родители соблюдают принципы правильного питания. Нельзя жить по правилу – ребенку нельзя, а взрослым – можно. Поэтому надо беседовать, мамочку взять за руку, посмотреть ей в глаза, только тогда она пойдет на контакт и поймет своего ребенка.

Подготовила **Елена Антропова**

Повлиять на результат может каждый

Конкурс «Поликлиника начинается с регистратуры»

Министерство здравоохранения Российской Федерации объявило о начале проведения конкурса «Поликлиника начинается с регистратуры». Конкурс проходит с 1 марта по 31 июля 2015 года.

Основные действующие лица конкурса – пациенты. Им предлагается оценить работу регистратуры поликлиники, в которой они наблюдаются, заполнив специальную анкету. В бумажной форме анкета заполняется непосредственно в самой поликлинике. В электронном виде ее можно скачать на сайте министерства здравоохранения Архангельской области, сайтах медицинских организаций. В электронном виде анкета должна быть отправлена напрямую на e-mailполиклиники, регистратуру которой оценивает пациент. Список электронных адресов поликлиник Архангельской области размещен на сайте областногоминздрава в разделе «Конкурс регистратур».

Основные критерии по выявлению победителя конкурса: создание в регистратуре условий, обеспечивающих формирование и распределение потоков пациентов, своевременная запись и регистрация пациентов на прием к врачу, организация комфортных условий и уютной атмосферы, вежливое и внимательное отношение к пациентам.

Победителем конкурса в регионе станет поликлиника, получившая наибольшее количество положительных отзывов. Все предоставленные отзывы будут проверяться на достоверность конкурсной комиссией, созданной при министерстве здравоохранения Архангельской области. Победитель будет определен Минздавом России 1 октября 2015 года.

Подробная информация о конкурсе размещена на сайтеwww.minzdrav29.ru, на сайтах и информационных стендах медицинских организаций области.

Война с туберкулезом продолжается

Успехи архангельских фтизиатров

24 марта по решению ВОЗ отмечается всемирный день борьбы с туберкулезом. Именно в этот день в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии возбудителя болезни. Однако и по сей день ежегодно туберкулез уносит жизни около полутора миллионов человек, являясь второй по значимости причиной смерти от инфекционного заболевания после ВИЧ.

В нашей области ежегодно заболевает туберкулезом около пятисот человек. Однако, благодаря усилиям архангельских врачей в последние годы эта цифра сокращается. Больных удается быстро выявлять и эффективно лечить. На конец 2014 года показатель смертности от туберкулеза в регионе 4, 3 человека на сто тысяч населения (49 человек). Для сравнения, в среднем по России эта цифра- 15 человек на сто тысяч.

О том, как удалось достичь таких результатов и о дальнейших планах по улучшению работы противотуберкулезной службы рассказывает главный врач Архангельского клинического противотуберкулезного диспансера Дмитрий Перхин.

Обуздать мутирующую бактерию

Сложность в лечении туберкулеза в том, что бактерия, вызывающая это заболевание, способна мутировать. Почему это происходит? Чувствительный туберкулез лечится антибиотиками в течении 6 месяцев. Если пациент не выдерживает полный курс лечения, и прекращает прием препаратов, то бактерия приспосабливается к лекарству и становится к нему нечувствительной (устойчивой). Лечение устойчивого туберкулеза – очень сложный и длительный процесс. И если сделать это не удается – такой больной становиться источником устойчивого туберкулеза.

Множественная лекарственная устойчивость выявляется примерно у четверти вновь заболевших пациентов. Эта цифра постепенно снижается за счет быстрого выявления больных и быстрого начала лечения. Поначалу пациенты регистрировались, а лечить было просто нечем, они ждали лекарственные препараты. В 2003 года мы получили официальное разрешение Минздрава на лечение таких больных. Сейчас все пациенты обеспечены сложными дорогостоящими препаратами второго ряда.

Быстрая диагностика

С 1998 года мы работаем по определенной программе, которая полностью основывается на международных стандартах. Мы плотно сотрудничаем с Северным государственным медицинским университетом, благодаря чему нам удалось в довольно короткие сроки реализовать проект быстрой диагностики туберкулеза, и на сегодняшний день у нас в лаборатории применяется молекулярно-генетический метод.

Существует и автоматическое определение теста лекарственной устойчивости. При его помощи можно получить результат в срок до 40 суток. В среднем мы получаем результат в течение пяти дней. Есть у нас аппараты «Xpert MTB\RIF» и «MIRU – VNTR» , которые дают возможность в течение рабочего дня получить ответ, устойчива ли микобактерия, вызвавшая туберкулез у больного, к основному препарату, рифампицину. Таких лабораторий в России всего три, две в центральных институтах и одна у нас.

Если раньше на диагностику чувствительного, устойчивого туберкулеза уходило до 3-х месяцев, то на сегодняшний день мы можем поставить диагноз в течение недели.

Новое лекарство дает надежду

Если микобактерия устойчива и к четырем основным препаратам второго ряда, то мы фиксируем у пациента широкую лекарственную устойчивость. Таких пациентов у нас на сегодняшний день около 30 и, к сожалению, часть из них умирает.

Лечение широкой лекарственной устойчивости теоретически существует. Практически мы единично пробовали лечить пациентов и получали хорошие результаты. На нашей базе мы проводим клинические исследования новых лекарственных препаратов, которые пока не используются в России. В этом году мы планируем с разрешения Минздрава России завезти препарат и начать лечить пациентов с широкой лекарственной устойчивостью. Один препарат уже прошел все клинические исследования, на сегодняшний день он находится в списке жизненноважных лекарственных средств, мы его закупаем, это «Бедаквилин» («Сиртуро»).

Одна из полезных наработок противотуберкулезной службы - возможность описывать снимки дистанционно. Это очень важно в условиях дефицита врачебных кадров.

Подготовила **Надежда Лебедева**

Защита от туберкулеза!

Детям в роддоме делают прививку БЦЖ (БЦЖ-М) — это вакцина, в состав которой входит ослабленная туберкулёзная палочка (микобактерия). После прививки формируется иммунитет, который защищает от заболевания туберкулёзом при случайном попадании в организм микобактерии. Защита не абсолютна: если человек пообщался с человеком, который болен, он может быть инфицирован. Но прививка ставит барьер на пути самых страшных форм заболевания, например, туберкулёзного менингита.

Туберкулезный ликбез

С туберкулезом мы можем встретиться абсолютно в любом месте. Микобактерия передается воздушно-капельным путем и далеко не все больные знают о своей болезни. Туберкулез очень легко не заметить, спутав с обычной усталостью, респираторной инфекцией. Курильщики могут не обратить внимание и на длительный кашель. Именно поэтому важно делать флюорографию раз в 1-2 года.

Факторы, провоцирующие развитие туберкулеза - сахарный диабет, стресс, снижение защитных сил организма, плохое питание.

Что такое проба Манту?

Это иммунологический тест, который показывает, есть ли в организме туберкулёзная инфекция.

Наличие выраженной кожной реакции говорит о том, что организм активно взаимодействует с возбудителем.

Экстракты микобактерий, которые используются для проведения внутрикожных проб на туберкулёз у человека, называются «туберкулин».

Проба практически безболезненна, в кожу вводится раствор, разбавленный до необходимой концентрации. Введение производится специальным шприцем. Объём вводимой дозы составляет 0,1 мл.

На месте инъекции на некоторое время появляется волдырь, позже может образоваться видимое уплотнение тканей.

Мифы о Манту:

После введения туберкулина и до измерения реакции нельзя есть некоторые продукты, в том числе сладкое.

Однако именно сладкое никак не влияет на размер реакции. Увеличение образования могут вызвать лишь продукты-аллергены, и при наличии пищевой аллергии пациенту действительно стоит избегать тех продуктов, на которые у него есть реакция

Пробу Манту нельзя мочить.

Этот миф зародился во времена применения пробы Пирке, которую действительно нельзя было мочить, потому что она была скарификационной — наносилась на кожу, предварительно поцарапанную специальным инструментом. Сегодня же проба Манту вводится внутрикожно и поэтому не изменяет свой результат от попадания капель воды. Над местом пробы действительно стоит избегать физических и химических процессов, например, нельзя тереть мочалкой, мазать кремами, заклеивать пластырем.

Проба Манту — это риск заразиться туберкулёзом, особенно при неправильной дозировке раствора.

Это миф, потому что туберкулин — это смесь из органических веществ разной степени сложности, полученных из микобактерий. Туберкулин не несёт в себе туберкулёзную палочку, а содержит только продукты её жизнедеятельности

Что положено бесплатно?

Особенности Федеральной программы госгарантий

Впервые в Федеральной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов появился отдельный раздел, посвященный базовой программе обязательного медицинского страхования, как составной части программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ЭКО – уже не уникальная методика

Базовая программа обязательного медицинского страхования включает: первичную медико-санитарную помощь, в том числе профилактику; диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан; скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации); специализированную медицинскую помощь (в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, являющуюся частью специализированной медицинской помощи); медицинскую реабилитацию; применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение).

Начиная с 01 января 2015 года перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении к Федеральной программе госгарантий (ранее высокотехнологичная медицинская помощь, являвшаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывалась медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным приказом Минздрава России от 10 декабря 2013 года N° 916н). Указанный Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи состоит из двух разделов.

Первый раздел – те виды высокотехнологичной медицинской помощи, которые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования и финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Второй раздел – перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Необходимо отметить, что экстракорпоральное оплодотворение стало не редкой, уникальной методикой, а растиражированной специализированной медицинской помощью, предоставляемой в условиях дневного стационара по полису обязательного медицинского страхования.

Конкретизирована базовая часть

Федеральная программа госгарантий определила и предельные сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов.

При этом сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не превышают 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, сроки проведения консультаций врачей-специалистов – 10 рабочих дней со дня обращения.

Среди особенностей территориальной программы обязательного медицинского страхования в Архангельской области на 2015 год хотелось бы отметить следующее.

В соответствии с частью 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N° 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», разделом IV Федеральной программы госгарантий в Территориальной программе госгарантий конкретизированы виды медицинской помощи, а также перечень профилактических мероприятий, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В рамках реализации Территориальной программы госгарантий одним из приоритетных направлений является профилактическое, направленное на раннее (своевременное) выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, в связи с чем продолжится диспансеризация определенных групп взрослого населения, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры детей и взрослого населения в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Выросли объемы высокотехнологичной помощи

С 1 января 2015 года в рамках Территориальной программы госгарантий увеличены объемы высокотехнологичной медицинской помощи, которые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования, на 22 процента по сравнению с 2014 годом, что позволит 3 708 гражданам получить в 2015 году высокотехнологичную медицинскую помощь.

Стоимость высокотехнологичной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области в 2015 году составит 581,5 млн. рублей, что выше уровня 2014 года на 42,3 процентов. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в Архангельской области сформированы с учетом нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных в Федеральной программе госгарантий.

В перечень медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской области, с 01 января 2015 года включены 13 новых. Всего их будет 93, в том числе негосударственных форм собственности 27, что выше уровня 2014 года на 35 процентов.

Ознакомиться с перечнем медицинских организаций, участвующих в реализации программы обязательного медицинского страхования можно на официальном сайте фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области:

www.arhofoms.ru

С 01 января 2015 года реализация Территориальной программы госгарантий, осуществляется с соблюдением условий трехсторонних соглашений, которые заключаются между Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и субъектом Российской Федерации.

Более подробно с Территориальной программой госгарантий можно ознакомиться на официальных сайтах:

www.arhofoms.ru/oms
www.minzdrav29.ru/health/pgg/

или в правовых информационных системах «Консультант Плюс», «Гарант» и других, а также в страховых медицинских организациях и медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы госгарантий.

Н. Н Ясько,
директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области

Анна Тетеревлёва:

Знала одно: людей надо лечить

Когда началась война, Ане Дьячковой шёл девятнадцатый год. К тому времени она окончила медицинское училище в Вельске и уже год как работала по распределению медсестрой в Пинежской районной больнице. Весть о войне застала её по пути домой – Анна ехала в свой первый отпуск.

От голода не умирали, но есть хотелось всегда

– Тогда из Пинеги было сложно выбраться, поезда до Вельска не ходили, только автобус и паром. Отец меня встретил: «Война», говорит. И ещё добавил: «Это, ребята, надолго», он ведь уже воевал, был знаком с той бедой… Ой, какая тогда суматоха началась, – Анна Андреевна качает белой головой, но говорит спокойно, без надрыва. Видимо, воспоминания о том дне уже выцвели, поблекли на фоне других перипетий за девять с лишним десятков лет жизни.

В Пинежской больнице Анна Андреевна проработала с августа 1940 года по май 42-го. Об этом времени говорит мало, сухо: «Глухие края, до Вельска неделя пути. В больнице сутки работали, сутки отдыхали. Ещё колхозу надо было помогать – работали на сплаве, на лесозаготовке, на сенокосе. Кормили очень плохо: похлёбку дадут и 400 граммов хлеба. Голод! У нас говорили – крупина за крупиной бегай с дубиной. Когда из Пинеги уезжала – очень рада была!».

В конце мая 1942 года молодую медсестру направили в Архангельск, а оттуда почти сразу – в передвижной эвакогоспиталь №4870 в Молотовск (с 1957 года – Северодвинск, – *прим. автора*).

– В госпитале работали сменами по 12 часов. Целые эшелоны раненых приходили. Мы их встречали без суматохи – знали своё дело. Мыли солдатиков, перевязывали. Потом врач осмотрит и снова нам, медсестрам, работа, – делится воспоминаниями Анна Андреевна. – Как воздушную тревогу объявят, мы всех раненых перетаскивали в бомбоубежища. Стихнет всё – снова наверх. И так по несколько раз за день.

Анна вспоминает, что с питанием в госпитале было лучше, чем в Пинежской больнице: «Хлеба давали на 300 грамм больше, варили кашу и суп.Восторг был, когда можно было сбегать купить лепёшки с указательный палец толщиной! Хотя всё равно постоянно хотелось есть. От голода, конечно, не умирали, но есть хотелось всегда».

На Карельском фронте

В 1943 году эвакогоспиталь вслед за фронтом направился в Карелию. Раненых доставляли санитарным поездом или небольшими составами – «летучками». Размещались в деревнях: нежилых домах, деревенских клубах, школах.

– Не знаю, где дети тогда учились. Везде были раненые, – рассказывает ветеран. – В клубах умудрялись по сто кроватей ставить. Вот, говорю, ещё недавно здесь молодчики плясали, а теперь солдатики безногие мучаются.

Матрасы и подушки медсёстры госпиталя набивали соломой. Сами спали, где придётся. Ели всё меньше – «что от солдатиков останется». При большом поступлении раненых работали сутками, без сна и отдыха.

– Раненых старались быстрей вылечить и отправить обратно на фронт. Да они и сами у врачей просились: мол, часть моя уйдёт и мне её трудно будет догнать», – говорит Анна Андреевна.

В 1944 году в военной жизни Дьячковой-Тетеревлёвой произошло радостное событие – встреча с младшим братом, воевавшим недалеко от госпиталя на Карельском фронте.

—Сергей был на передовой. Он случайно узнал, что я работаю в госпитале. Незадолго до этого Серёжа вынес раненого командира с поля боя и за это ему дали увольнительную на один день. Брат разыскал меня, приехал. Радости от этой нежданной короткой встречи не было предела! – восклицает Анна Андреевна.

Вообще унеё было три брата. Сергей вернулся с войны, дожил до 79 лет. Его похоронили в 2004 году. Старший брат Анны – Александр – с фронта не вернулся, пропал без вести. Ещё один брат – Дмитрий – во время войны был маленьким, на фронте не был, после войны служил в Германии.

В победную ночь пели «Интернационал»

– В Карелии мы передвигались за фронтом. Что тут сказать, это был ежедневный тяжёлый труд. Когда кончилась война, к нам в госпиталь привезли пленных немецких солдат. Они все были очень больные, дистрофики. Мы их вылечивали и отправляли в Германию. Но не всех – очень многие умирали, – рассказывает Анна Андреевна.

Так случилось, что Анна первая в своей части в ночь на 9 мая 1945 года получила сообщение о конце войны. В пять часов утра она собрала всех сотрудников на митинг: «Мы были очень рады. Несмотря на усталость, смеялись, танцевали, пели «Интернационал». Верили мы тогда в светлое будущее».

Но радость от известия о конце войны скоро прошла, потому что домой из госпиталя никого не отпустили.

– Начальником у нас была женщина, майор по званию. Она нас всех распределила на работу в Карелии, – объясняет Анна Андреевна. —Я попала в Республиканский детский санаторий. Это большой дом на горе, я там отработала три года. Как мне хотелось домой! В то время я плакала больше всего – со смены приду, на кровать упаду, уревусь вся и потом только усну.

Не сядешь, чтобы книжку почитать

Домой Анна вернулась только через три года, в мае 1948-го. Устроилась на работу в хирургическое отделение Вельской центральной районной больницы. Здесь же познакомилась с будущим мужем –военным моряком, шофёром «Скорой помощи»Тетеревлёвым Петром Макаровичем.

АннаТетеревлева

– Муж мой в войну был ранен, имел много правительственных наград. В 53-м году мы поженились, построили дом в Вельске. Пётр был красивым, высоким – под два метра. Все девушки за ним бегали, а выбрал меня. А я молодая тоже ничего была – и характер покладистый, и работница хорошая, —улыбается Анна Андреевна.

Но семейное счастье Тетеревлёвых было недолгим – в 1967 году Пётр Макарович умер от тяжёлой болезни желудка. У Анны остались на руках двое детей.

– Чтобы поднять детей, приходилось много работать. Жизнь была не легче, чем в войну. Работа в хирургии тяжёлая, но интересная, живая. Там уж не сядешь, чтобы книжку почитать, – вспоминает Анна Андреевна. — У нас была врач – Стрекаловская Ольга Петровна. Замечательный хирург, во время войны одна всех обслуживала. Маленькая ростиком, но очень строгая, все её боялись и уважали.Вот она-то меня никуда от себя и не отпускала.

Работа есть работа. Во все времена было тяжело

Здравоохранению Вельского района Анна Тетеревлёва отдала всю свою жизнь. Даже выйдя на пенсию, продолжала работу по профессии – работала медсестрой при школьном бассейне.

На вопрос, где работалось тяжелей всего, отмечает: «Работа есть работа. Во все времена было тяжело. Много сил уходило на помощь колхозу. А вот в партию я никогда не вступала. Агитировали, но что я там понимала. Я знала только, что людей надо лечить. Вся жизнь моя прошла в труде. Отдала все силы на оздоровление людей!»

Анна Тетеревлёва признаётся, что уже плохо помнит военную жизнь. Остались отрывочные воспоминания, несколько фотографийи награды: Орден Великой Отечественной войны II степени, медали «Ветеран труда» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», Знак Почёта, юбилейные медали Победы, десятки почётных грамот и благодарностей.

Но что значат награды в сравнениис тем вкладом, который внесли медики в Победу в Великой Отечественной войне. «Жизнь прошла в оздоровлении людей», – говорит Анна Тетеревлёва. И мы знаем, что за этой фразой военной медсестры – сотни выхоженных бойцов и спасённых жизней. Мы должны помнить об этом всегда.

Подготовила **Анна Калинина.**
Фото из архива
семьи Тетеревлёвых

Анна Тетеревлева (в центре) в военные годы

Наше здоровье
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ

Ежемесячная газета. Распространяется в медицинских организациях Архангельской области. Учредитель: ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики». Издатель: ГАУ АО ИД «Двина», 163002, г. Архангельск, пр. Новгородский, 32. Главный редактор: Н. С. Пышнограева. Выпуск № 2 (20) март 2015 г. Тираж 6000 экз. Заказ №

Адрес типографии: ООО «Север-принт». 160000, г. Вологда, ул. Козленская, 35-407.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство ПИ № ТУ 29-00435 от 24 апреля 2013 г.

Представленная в газете информация не должна использоваться для самостоятельной диагностики и лечения и не может служить заменой очной консультации лечащего врача
Возрастная категория материалов 16+