



Вестник БДМУ

Белорусский государственный
медицинский университет
БИБЛИОТЕКА
Пр-т Дзержинского, 83
220116 г. Минск
Воспитатель
врачеватель
искусный.
Гомер



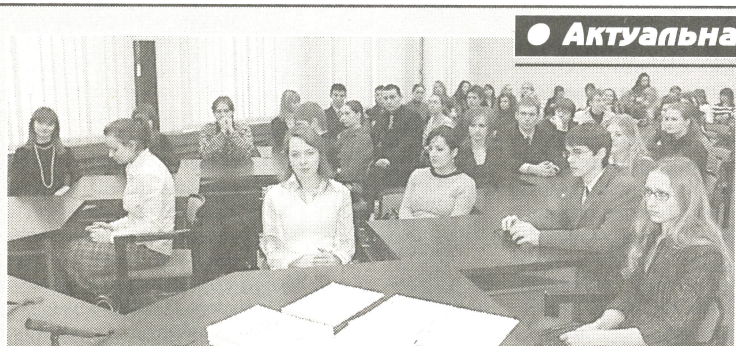
24 сакавіка 2008 г. • № 6 (1639)

Газета Беларускага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта

Выдаецца з 5 снежня 1955 года

Падпісання можна з любога месяца. Падпісны індэкс 63 594

Актуальна



Шестого марта 2008 г. в рамках сотрудничества органов Государственной власти Республики Беларусь и общественного объединения «Белорусский республиканский союз молодежи» состоялась встреча актива первичной организации (с правами районного комитета) «БРСМ» Белорусского государственного медицинского университета с депутатом Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь, членом Постоянной комиссии по охране здоровья, физической культуре, делам семьи и молодежи **КАРПЕНКО Игорем Васильевичем.**

Необычная Встреча

Со студентами провели экскурсию по «овальному залу» Палаты представителей, рассказали об истории белорусского парламентаризма и перспективах его развития. Депутат Карпенко И. В. разъяснил активу ОО «БРСМ»



БГМУ особенности конституционно-правового статуса Палаты представителей, порядок ее формирования, а также механизм законотворчества в Республике Беларусь. Во время встречи в пресс-центре Палаты представителей студенты смогли обсудить с депутатом актуальные вопросы формирования и реализации государственной молодежной политики, реформирования высшей школы, принятия в будущем кодекса об образовании. Не осталась без внимания и сфера социальной поддержки молодых семей, учащейся и студенческой молодежи. Как отметил Игорь Васильевич, все конструктивные, взвешенные предложения будут учтены при подготовке законопроектов по вопросам молодежной политики и защиты материнства и детства.

На прощание депутат Карпенко И. В. поблагодарил молодежь за интересную дискуссию и подарил активу ОО «БРСМ» университета книгу о белорусском парламенте.

Подготовил Денис ХАНЬКО, секретарь ОО «БРСМ» БГМУ

В Москве с 4 по 7 марта в Центральном доме ученых РАН состоялась VIII съезд научного общества гастроэнтерологов России «Нобелевские лауреаты — клинической медицине. Взгляд через 100 лет» и XXXIV сессия ЦНИИ гастроэнтерологии.

На съезде в Москве

Впервые в рамках съезда проведена совместная школа Американской гастроэнтерологической ассоциации (АГА) и НОГР. После торжественного открытия съезда президент НОГР профессор Л. Б. Лазебник обозначил задачи съезда и, подведя итоги конкурса молодых ученых, вручил 3 премии лауреатам (поездки на любой гастроэнтерологический форум, проводимый в европейских странах). В рамках американо-российской гастроэнтерологической школы ведущие специалисты Американской гастроэнтерологической ассоциации (АГА) и НОГР выступили с лекциями, посвященными актуальным вопросам гастроэнтерологии. Среди выступавших David E. Cohen (Гарвардский университет), David A. Peura (Шарлоттсвилль), Peter R. Holt (Нью-Йорк), а также российские профессора Л. Б. Лазебник, Е. И. Ткаченко, Т. М. Царегородцева, Ю. В. Васильев и другие.

Съезд сопровождался большой фармацевтической выставкой, организованной фирмами-производителями фармацевтических препаратов, и многочисленными симпозиумами, посвященными различным аспектам использования лекарственных средств при лечении гастроэнтерологических заболеваний. В научной программе съезда Беларусь была представлена совместным сообщением ассистента кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Борейко С. Б. (зав. кафедрой доцент Тихомирова Т. Ф.) и сотрудников РНПЦ О. Степурко Л. И. и Левченко Е. В. о возможностях ультразвуковой диагностики очаговых изменений печени травматической этиологии.

Мария ШПИТАЛЕВА



10-11 марта в Белорусском государственном медицинском университете находилась делегация Медицинского факультета университета г. Нагасаки — партнера БГМУ по международному сотрудничеству.

Делегация из Японии

В составе делегации — Почетный доктор БГМУ, руководитель департамента Общественного здоровья и международного сотрудничества профессор Takamura Noboru и координатор программ сотрудничества Университета г. Нагасаки доктор Omiya Masanori. Представительную японскую делегацию принял ректор университета Павел Беспальчук. Во встрече принимал участие проректор по международным связям, профессор Василий Руденок. Обсуждены итоги сотрудничества по актуальным медицинским вопросам между двумя университетами-партнерами и намечены перспективы дальнейшей совместной работы в области научных исследований и академических обменов.

Елена КОВАЛЕНКО, инспектор отдела международных связей. Фото Аллы ЛЕШОК



На снимке (слева направо): профессор Takamura Noboru, доктор Omiya Masanori, профессор Василий Руденок, ректор университета Павел Беспальчук.

Март 2005 года. Распределение. Первое знакомство со своим профессиональным будущим. Ожидание чуда, исполнения желаний и уверенность в своей исключительной везучести. Но наше взрослое завтра встретило меня и мой курс неласково. Нас, несогласных, сопротивляющихся, было не так уж и мало. Не та специальность, не та поликлиника, район или область. И злость, разочарование, ощущение, что опускаются руки. Минуты, когда в одночасье рухнули надежда, планы, мечты, были мучительными. Ведь они начинали долгий, казалось, бесконечный отсчёт времени — отрезок, длиной в три года, поверьте, для многих решающий в нашей другой, новой жизни. Теперь, спустя всё это время, я поняла, что можно и нужно бороться за себя, несмотря на безапелляционный весенний приговор и вопреки, казалось бы, самым грустным прогнозам...

Па слядах размеркавання

«...Не дано нам было родиться под счастливой звездой — мы родились прямо на ней...»

Станислав Ежи Лец

Комиссия по оздоровлению и санаторно-курортному лечению принимает заявления от 6 до 18 лет в детский оздоровительный лагерь «Зарница» до 30 апреля 2008 г.
Заявления оставлять в канцелярии с точным указанием даты рождения и места учебы ребенка.
Справки по телефону 272-96-60.

Увага!

Очень хорошо помню, когда уже на следующий

день после выпускного вечера в родной Alma Mater мы уезжали навстречу своему распределению в маленькие провинциальные чужие города или оставались в шумных озлобленных поликлиниках. И в районных центрах, в том самом «первичном звене», после счастливой студенческой столицы всё казалось не очень: и хмурое небо, и пустые улицы, и уставшая больница, где надо было привыкать жить и учиться работать. И уныние, одиночество, страх перед первым рабочим днём...

Но нам, несмотря ни на что, обязательно везло: именно в этой выдавшей многое и многих больничке встретились люди в белых халатах, которые смогли влюбить нас в нашу профессию, непростую, но особенную, элитную. Влюбить, в первую очередь, своим примером, а это и знания, и опыт, и профессионализм. Это заведующие и ординаторы тех отделений, которые стали первым рабочим местом, а при нашем желании, и настоящей школой. Это врачи, которые помогли сделать первые несмелые шаги, вселив уве-

ренность в своих силах и веру в себя. Были обычные трудовые будни, пятиминутки, обходы, дневники, были ошибки и слёзы... Были бессонные ночи, но не только от тяжёлых дежурств, но и долгих, порой затянувшихся до утра разговоров по душам с нашими шефами... Об их взлётах и падениях, об их неудачах и триумфе, об их беззаботной молодости, об их прошлом... И мы вместе смеялись,

Три года спустя...

когда наши нынешние учителя называли наших Учителей вчерашних просто по имени, не обращая внимания на звания, должности и громкие фамилии. Они тридцать лет назад были однокурсниками и теми ещё хулиганами... И в такие минуты мы забывали о сумасшедшем, изнуряющем ритме работы, об униженной зарплате, о бессмысленных, истеричных жалобах и бессильных попытках защитить себя и своих коллег. Забывали, потому что повезло работать именно там, где самый лучший коллектив. Где учат. Помогают. Не обижают. Ведь новоиспечённому хирургу всегда обеспечен «доступ к телу», а молодого терапевта «разрывают» на части сразу несколько отделений, и на дежурствах, благодаря молодым специалистам, укомплектованы бригады травматологов, реаниматологов, хирургов. Врачей не хватает. Катастрофически. И много, много работы...

И через два года мы — врачи-ординаторы, дежурящие и совместители в одном лице. С нами по «имени-

отчеству» и на «вы». И уже знакомое это потрясающее чувство удовлетворения от сделанной работы, когда безнадежный больной становится перспективным, когда вовремя ставишь правильный диагноз и не ошибаешься с лечением, когда во время командировки в связи с «производственной необходимостью» в соседний маленький городишко, работая там единственным участковым терапевтом, особенно остро чувствуешь искреннюю благодарность за свой труд, несмотря на отсутствие стажа и опыта. Благодарность от неблагодарных столичными клиниками и профессорскими обходами людей. Здесь, вдалеке от кафедр и республиканских библиотек, набивая шишки, на своих ошибках, учишься работать...

В этом напряжённом графике жизни проходит время. Время моё и моих друзей, которые трудятся на приёмах и в отделениях, в операционных и родзалах за сотни километров. И порой нестерпимо хочется позвонить и поболтать о студенческих, самых лучших и счастливых годах, и звонишь, и обещаешь друг другу не забывать и обязательно встречаться... И эти редкие-редкие встречи получают самыми тёплыми и родными. Нас связывает одна профессия, объединяет прошлое, держит настоящее... И пусть позади всего ничего, каких-то три года, впереди у каждого из нас — НАЧАЛО, и его выбирает и строит каждый САМ. Теперь я это знаю точно...

Екатерина ПЕРЕПЕЧА,
выпускница лечфака 2005 года, врач
отделения программного гемодиализа
Мозырской горбольницы

— Сергей Иванович, известно, что панкреатит — болезнь парадоксальная и трудноизлечимая. Что же приводит к развитию заболевания?

— Желчнокаменная болезнь. Прослеживается прямая зависимость между нею и острым панкреатитом. Камни желчного пузыря могут закупоривать желчный проток и нарушать отток панкреатического сока из поджелудочной железы. А вследствие этого повышается давление в протоках поджелудочной железы, из-за чего может нарушаться целостность ее ткани, что в последующем ведет к активации ферментов. Это одна из частых причин развития острого панкреатита. Причем, что интересно, такие формы панкреатита, связанные с желчнокаменной болезнью, встречаются у молодых людей, нередко — у беременных женщин. Типичная схема такова: развивается приступ желчнокаменной болезни с нарушением оттока желчи и панкреатического сока, что и приводит к развитию вторичного панкреатита.

— А как это связано непосредственно с беременностью, например?

— Хотя беременность — это физиологический процесс, но происходят обменные нарушения, повышается содержание холестерина, застой желчи, поскольку повышается внутрибрюшное давление, поэтому во время беременности могут образоваться камни, начаться приступы желчной колики, а в один из этих приступов развивается и острый панкреатит. К счастью, таких больных удается чаще прооперировать, не доводя до развития панкреатита.

— Но мужчинам эта причина не угрожает...

— Это так, но у мужчин настоящий бич — хронический алкоголизм. Это одна из частых причин развития панкреатита во всех странах мира. Эта причина чаще «мужская», поскольку они чаще страдают алкоголизмом, и именно среди этих людей чаще всего встречаем панкреатит. Это вообще болезнь больше мужская, и не только тех, кто страдает хроническим алкоголизмом, а вообще употребляющих алкоголь. Человек может выпить всего 100 граммов, но и этой дозы достаточно для развития панкреатита. Встречались больные, которые выпивают крайне редко. Но человек пошел в гости, там выпил, а к ночи у него приступ панкреатита.

На третьем месте — относится это и к мужчинам, и к женщинам — провоцирующий фактор: чрезмерное употребление жирной, жареной, острой пищи. Если такая трапеза сопровождается приемом алкоголя, все это усугубляется. Потому что усиливается же-

По наблюдениям медиков, в республике отмечен значительный рост заболеваний острым панкреатитом (воспалением поджелудочной железы). Что же такое происходит в организме человека? На этот и другие вопросы отвечает сегодня доктор медицинских наук, профессор 1-й кафедры хирургических болезней, Заслуженный врач Республики Беларусь, председатель Белорусской ассоциации хирургов Сергей Иванович ЛЕОНОВИЧ.



1969

лудочная секреция, вырабатывается значительное количество соляной кислоты, она стимулирует

вота, а через два-три часа боли становятся уже сильными, носят нестерпимый характер. Присоединяется рвота, многократная. Вплоть до потери сознания.

— Значит, панкреатит ни с чем не спутаешь?

— Порой могут ошибочно ставить диагноз острый холецистит, поскольку

Призвание превыше всего

выработку фермента секретина в двенадцатиперстной кишке, а он, в свою очередь, стимулирует выработку ферментов в поджелудочной железе. А ведь у тех, кто много пьет, как правило, хронический гастрит, дуоденит, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, и это приводит к тому, что с одной стороны — гиперсекреция ферментов, с другой — нарушение оттока панкреатического секрета, повышается давление в протоках поджелудочной железы, застой, и запустилось...

Кроме этих трех основных причин есть часть больных, у которых трудно установить причину. В основном у пожилых. Но мы полагаем, что в развитии панкреатита у этих больных играют определенную роль сосудистые заболевания — атеросклероз, тромбозы, гипертония. Расстройство кровотока в самой поджелудочной железе может привести к ишемии ткани железы с последующим ее некрозом.

— Имеет ли панкреатит какой-то возрастной предел?

— В принципе нет. Он может развиваться у человека любого возраста. Но обычно — у лиц молодого и среднего возраста, от двадцати до сорока пяти лет. Чаще всего у тех, кто позволяет себе много поест, хорошо выпьет. Есть люди, которые предрасположены к этому заболеванию. Это связано с нарушением обменных процессов.

— А как же начинается острый панкреатит?

— Обычно внезапно, и картина заболевания разворачивается буквально в течение нескольких часов. Может начаться с боли в верхнем отделе жи-

ку локализация болей одна и та же. Прободная язва, типично протекающая под маской острого панкреатита, а с другой стороны, панкреатит может протекать под маской прободной язвы. Диагностические ошибки могут возникнуть при первом осмотре больного на дому. Но как только человека приводят в стационар, диагноз определяется по элементарным анализам. Самый проверенный, уже лет пятьдесят, — это исследование мочи на диастазу. Метод простой, везде его используют, на это требуется 30–40 минут, после чего можно точно определить наличие панкреатита, если уровень диастазы в моче в 2–3 раза превышает норму. А если превышает в несколько десятков раз, то можно говорить уже о некрозе поджелудочной железы, хотя не всегда.

— Что же делают в первую очередь после того, как установлен диагноз?

— Очень торопиться с оперативным вмешательством ни в коем случае нельзя. Потому что само вмешательство вызывает дополнительную травму и усугубляет патологический процесс. Долгие годы считалось, что это неприкосновенный орган. Травмировать поджелудочную железу нельзя! Известно, что панкреатит может развиваться и после операции на желудке, желчном пузыре и желчных протоках — само вмешательство как травма может вызвать развитие панкреатита.

Был период такой тенденции в хирургии, когда пытались лечить панкреатит хирургическим путем. Делались различные надрезы, чтобы уменьшить напряженность поджелудочной железы, но это наносило дополнительную травму. Поэтому первые три-пять

дней мы лечим больных консервативно, тем более что сейчас имеется возможность активного комплексного лечения.

Вначале стоит задача — снять интоксикацию, которая возникает в результате действия ферментов. Они действуют не только на поджелудочную железу, но и на окружающие ткани, попадают в лимфатическую систему, в кровь и действуют на весь организм в целом, повреждая и печень, и почки, и сердце, и головной мозг. Снимаются интоксикация антиферментными препаратами, которые известны уже около тридцати лет (гидрокс, контрикал, октреотид и др.). Они связывают активные ферменты и образуют неактивный комплекс. Требуется введение больших доз, и желательно в первые дни болезни.

Широко используются также противоопухолевые препараты — цитостатики (фторурацил, циклофосфан), которые подавляют выработку ферментов в самих клетках поджелудочной железы, что очень важно, потому что при разрушении ткани эти ферменты уклоняются за пределы поджелудочной железы. Но все эти лечебные мероприятия направлены на борьбу с интоксикацией, но начался механизм разрушения поджелудочной железы, и приостановить этот процесс не всегда удается! Больной иногда поступает к нам уже с некрозом поджелудочной железы. И в дальнейшем происходит отторжение ткани железы.

Мы можем хирургическим путем поспешить выходу этих некротических тканей наружу, но очень скоро присоединяется инфекция, которая вызывает гнойные процессы, и мы боремся с инфекцией с помощью антибиотиков и хирургическим путем, создавая отток наружу из зоны поджелудочной железы. Но обширность поражения и самой поджелудочной железы, и окружающих тканей далеко не всегда поддается успешному лечению.

— И что же тогда?

— Тогда удаление хвоста и тела поджелудочной железы. Если поджелудочная железа омертвевшая, начался процесс отторжения, мы идем на эту операцию, но остается головка поджелудочной железы, которая связана со многими окружающими органами — двенадцатиперстной кишкой, желчными путями — и удалить их не всегда воз-

можно. Но иногда приходится. Головка остается — есть шанс выжить.

— Сергей Иванович, если человек перенес острый панкреатит, он уже никогда не будет здоров?

— Конечно, у больных, перенесших некроз поджелудочной железы, заболевание чаще всего переходит в хроническую форму. И они могут страдать выраженным болевым синдромом: короткие на несколько месяцев, ремиссии и частые рецидивы — малейшее отступление от диеты вызывает резкие боли, которые держатся несколько дней, и нередко больному приходится госпитализировать, чтобы медикаментозно снять эти боли.

— Теперь немного о другом... «Чтоб сотней бед судьба не воздала»...

— В этих словах древнего мудреца вместились и нынешняя озабоченность, и тревога за юное поколение начала третьего тысячелетия. Во все времена гордостью и надеждой общества была молодежь с ее стремленностью в будущее, с благородным чувством социальной уместности в развивающемся мире. Цивилизованному человеку присуще поведение самосозидания, нецивилизованному — саморазрушения.

Интеллигентность — есть культура ума, труда и чувств. И выбор жизненной цели в значительной мере определяется потенциалом интеллигентности каждого из нас. Интеллигентность формирует лишь в условиях образованности, в сопряжении с общей культурой, когда она становится внутренней потребностью человека. Нынешнему молодому поколению предстоит войти в новый мир, чтобы свершить свое предназначение в согласии с разумом и с совестью, природой и обществом...

— Без чего не может состояться врач-интеллигент?..

— Трудно представить современного, тем более будущего врача, не обогащенного научными знаниями, не владеющего практическими навыками врачебного искусства. Его формирование сопряжено с интеллектуализацией учебно-воспитательного процесса, главным следствием которой являлось бы формирование нового типа и студента, и преподавателя.

Интеллигентность проявляется такими социальными свойствами человека, как интеллектуальность, профессионализм, гуманизм и — призвание. Это золотые координаты, центром которых является человек.

Подготовили Марина КАЛИНОВСКАЯ, Ирина ПЕРЕДРИЙ

(Начало в № 5 / 2008)

Корректируемым факторам относятся: курение, чрезмерное употребление алкоголя, избыточный вес, нарушения режима труда, отдыха, сна; гиподинамия, бытовая и семейная неустойчивость, психотравмы, особенности профессии, связанные с повышенным психоэмоциональным напряжением, полное отсутствие или неэффективное лечение гипертонии и атеросклероза, уровень артериального давления, повышенное содержание холестерина в крови и потребляемой пищи, избыточное потребление поваренной соли, резкое повышение или понижение свертываемости крови и другие. Эти факторы, при длительном воздействии, вызывают патологические изменения в сосудах и сердечной деятельности, меняют реологические свойства крови, что, в совокупности, приводит к тромбозу, эмболии или разрыву мозговых сосудов, вследствие чего и возникает некроз или разрушение мозговой ткани, то есть возникает ишемический или геморрагический инсульт.

Поэтому, зная механизм развития мозговых инсультов, и собрав информацию о факторах риска у конкретного больного, можно смоделировать и определить вероятность возникновения у него острого нарушения мозгового кровообращения. И если разбить факторы риска на градации от нормы до максимальной патологии, то можно определить и наиболее рациональный путь индивидуальной профилактики угрожающего инсульта. Руководствуясь этими постулатами, в результате многолетней работы, была создана компьютерная программа, позволяющая, с точностью до 92%, предсказывать вероятность возникновения этого заболевания у конкретного обследуемого, и определить ему наиболее рациональный путь индивидуальной профилактики. Созданная система прогнозирования и профилактики мозговых инсультов работает по наборам из 15, 25 и 50 факторов.

Набор из 15 факторов включает следующие факторы: возраст, употребление алкоголя, курение, массу тела, сопутствующие заболевания, церебральный атеросклероз, сосудистые эпизоды в анамнезе, систолическое артериальное давление, ИБС, гипертоническую болезнь, проводимое лечение и его эффект, границы сердца, состояние глазного дна, наследственную отягощенность, непосредственные экстремальные ситуации, способствующие развитию инсульта.

Набор из 25 факторов, в дополнение к 15 факторам включает: семейное положение,

профессионально-образовательный уровень, режим питания и преимущественный характер пищи, метеоролабильность, носовые кровотечения, эмфизему легких, сахар крови, бета-липопротеиды, фибриноген или тромбоциты крови.

На практике, это выглядит так. Участковый терапевт, врач общей практики или невролог, заподозрив неладное со здоровьем своего пациента, или сам пациент, зная о наличии у себя факторов риска мозговых инсультов, направляется в один из центров прогнозирования, которые организованы в 4-й, 29-й и 32-й поликлиниках города Минска. В компьютер вводится информация о факторах риска обследуемого. Система анализирует информацию и определяет уровень вероятности возможного инсульта и его характер. Если эта вероятность ниже 0,25, такому обследуемому инсульт, в ближайшие 5 лет, не угрожает. Если эта вероятность находится в пределах 0,26–0,50 — то такой пациент относится к группе потенциального риска, а если эта вероятность равна 0,51–0,75 — то это группа риска. Но, если вероятность инсульта выше 0,75 — то это группа повышенного риска. По научным исследованиям у пациентов с такой вероятностью, когда они не принимали никаких лечебных и профилактических мероприятий, инсульт возникал в 92–93%.

Пациенты 2-й, третьей и четвертой групп риска подлежат взятию на учет с проведением лечебно-профилактических мероприятий, которые определяет компьютерная система и выдает их в виде распечатанного заключения с индивидуальными профилактическими рекомендациями, в которые врач, просмотрев их, может вносить свои коррективы.

Пациенты второй группы, подлежат контрольному диспансерному осмотру через год. Отнесенные в третью группу — через 6 месяцев, а в четвертую — через 3 месяца.

Памятуя о менталитете нашего человека, который подчас готов отстаивать свое право на избранный образ жизни и вредные привычки даже перед лицом смерти, программа следовала достаточно гибко. С компьютером можно работать в диалоговом режиме, можно с ним «торговаться». Если заядлый курильщик, гурман, выпивоха, лежачий, скандальник ни в коем случае не хочет отказаться от своих «удовольствий», компьютерная система начинает подбирать ему другие индивидуальные варианты для prolongации жизни без инсульта. Например, рекомендовать новые диеты, режим физических нагрузок. Предлагает путь снизить свой вес, сменить работу на более ди-

намичную, или более спокойную, сменить характер взаимоотношений по работе, семье, подобрать более эффективное медикаментозное лечение и т.д. Разумеется, до бесконечности потакать слабостям пациента компьютер не может, и на каком-то этапе сдавать свои позиции перестает. Если вас устраивает вероятность инсульта выше, чем скажем 0,50 и выше — пейте, курите, конфликтуйте, набирайте лишний вес, чревоутождайтесь, не лечитесь, но помните, что в ближайшие 3–5 лет такой жизни сосуды вашего мозга могут не выдержать нагрузки — случится непоправимое... В случае, когда вы согласны отказаться от неблагоприятных для ваших сосудов «удовольствий», компьютер вновь пересчитает ваши шансы и, возможно, найдет для вас путь избежать инсульта, если, конечно, к тому времени вы окончательно не запустите свое здоровье, или кардинально исправите положение не позволяя необратимые патологические изменения в сосудах, сердечной деятельности, реологических и свертывающих свойствах крови, показателями которых и являются некорректируемые факторы риска. Но в любом случае польза от рекомендаций реальна через воздействие и устранение корректируемых факторов риска и положительного психологического воздействия, которое вселяет веру в благоприятное течение последующей жизни.

Преимущество системы в том, что она дает возможность врачу и пациенту видеть цифровую величину (цену) каждой положительной и отрицательной градации фактора риска и рекомендуемых профилактических рекомендаций, что вселяет уверенность в реальность возможности избежать инсульта.

В перспективе, система прогнозирования должна стать привычным инструментом профилактики инсульта по всей стране. Только тогда она может оказать существенное влияние по снижению заболеваемости, а, следовательно, и смертности от мозговых инсультов, и в конечном итоге, на демографическую ситуацию.

Стоит такая система недорого, компьютеры сегодня есть практически во всех больницах и поликлиниках, у многих врачей и пациентов. Специальной подготовки персонала, практически, не требуется. Достаточно иметь и детально ознакомиться с методическими рекомендациями, прилагаемыми к компьютерной системе прогнозирования.

Основная задача в борьбе с мозговыми инсультами сводится к тому, чтобы довести до осознания врачей, и, прежде всего, уча-

стковых терапевтов и неврологов, а также пациентов, что возникновение мозговых инсультов лежит на нашей совести, совести врачей и самих больных. Задача врача, в этом процессе, сводится к выявлению лиц, которым угрожает инсульт и назначить, с участием системы прогнозирования, наиболее рационального комплекса индивидуальной профилактики и проинформировать об этом больного. А задача пациента — неуклонно выполнять рекомендуемые профилактические мероприятия.

Таким образом, существенным в борьбе с мозговыми инсультами является информированность населения о его факторах риска.

К сожалению, даже в США о факторах риска инфаркта миокарда информировано около 70% населения, в то время как о факторах риска мозговых инсультов осведомлены лишь 5%. У нас эти показатели ещё хуже, а практически не далеки от нуля.

У эпицентры проблемы

Реализация системы прогнозирования в практическом здравоохранении поставит врачей общей практики перед необходимостью сбора информации о факторах риска у каждого обследуемого, а, следовательно, и об информировании его об этих факторах, что существенно увеличит осведомленность населения о причинах инсульта и о возможностях его профилактики, что в совокупности непременно приведет к снижению заболеваемости мозговыми инсультами. Словом, предупредить человека об опасности уже можно, а это половина успеха в борьбе с болезнью. Следовательно — кто предупрежден, тот вооружен и спасен.

Александр СЕМАК, Алексей БОРИСОВ, Александр ФЕДУЛОВ, кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Повышение качества воспитательного процесса предполагает практико-ориентированную методическую работу, расширение лучшего педагогического опыта.



6 марта на базе общежития № 7 был проведен праздничный тематический вечер, посвященный Международному женскому дню, организованный студентами третьего курса стоматфака (гр. 375, куратор Шевела Т. Л.) и группой студентов, проживающих в общежитии № 7 (воспитатель Плехова М. В.). Методическое обеспечение мероприятия осуществлялось методической службой отдела воспитательной работы с молодежью.

На вечере присутствовали: начальник отдела воспитательной работы с молодежью Кибик Н. А., зам. декана стоматфака Звонко А. И., зав. кафедрой хирургической стоматологии Походенько-Чудакова И. О., кураторы стоматфака, методисты отдела воспитательной работы с молодежью Т. Е. Заводова и Т. А. Иванова.

Музыкальное и мультимедийное сопровождение выступлений студентов способствовало созданию особой лирической обстановки, глубокому и проникновенному раскрытию темы, эстетизации окружающего пространства. Проведенное мероприятие показало, что сотрудничество всех категорий педагогов — важная составляющая в организации успешной воспитательной работы со студентами.

Валерия ФИЛЯЕВА

Студенты других вузов могут позволить себе маленькие слабости: проспать, поболеть подольше, уехать домой на день раньше... Студент-медик этого позволить себе не может.

Лечебный, стоматологический, медико-профилактический, педиатрический... На этих факультетах учат врачей разных специализаций. Все они одинаково важны. Но сегодня мы на педфаке. Здесь учатся будущие детские врачи. Именно с ними мы и решили пообщаться. Узнать, что из себя представляют студенты второго курса педфака. А если более конкретно, то мы направляемся в группу № 239.

Знакомство

Перед встречей с ребятами мы немного волновались: какие они, студенты 239-й группы, как нас встретят, сможем ли мы найти общий язык? И вот, момент истины настал.

Заходим в аудиторию. Там — преподаватель и четырнадцать студентов. Волнение появляется опять: как расположить этих людей к себе? Представляемся, садимся на последнюю парту и ... Через минут пять появляется чувство, как будто мы с этими ребятами знакомы уже очень давно. Общительные, разговорчивые, они легко находят ответы на все заданные вопросы и ничуть не смущаются. Атмосфера в группе удивительная: какая-то легкость, дружелюбность просто витает в воздухе.

На курсе о них говорят, что 239-я — одна из самых дружных групп. Да и сами ребята рассказали, что если куда-то собираются, то только вместе. Но ведь не только этим примечателен коллектив?

Серьезное отношение к учебе, интерес к будущей профессии, исследования в науке — вот ориентиры будущих врачей. Почти все студенты уже определились с теми областями, в которых хотят работать, выбрали интересующие их научные темы.

Удивило то, что работа ведется не только в сфере медицины. Например, Света Белая (староста группы) и Настя Трепачева будут участвовать в конференции по политологии с темой: «Конфессиональная ситуация в Беларуси на примере религиозного мировоззрения студентов БГМУ». А Тania Колос и Маша Сикора на той же конференции представят: «Отношения к различным формам фиксации семейных отношений среди студенческой молодежи».

«Драмкружок, кружок по фото, а еще мне петь охота...»

О своих интересах ребята могут говорить очень и очень долго. Ведь

Белорусский государственный медицинский университет — вуз необычный. Необычный тем, что на его студентов

уже с первых курсов ложится колоссальная ответственность, ведь знания, полученные здесь (неважно, на первом или на шестом курсе), пригодятся, чтобы спасти человеческие жизни. Очень часто у врачей нет времени посмотреть учебник или специальную методичку — решения нужно принимать мгновенно, полагаясь на знания, приобретенные в университете. Ни один врач не имеет права говорить больному: «Извините, я не могу поставить вам точный диагноз, когда мы изучали эту тему, я не присутствовал на занятии».

говорить действительно есть о чем. Каждый из них, кроме увлечения медициной, занимается еще чем-нибудь интересным. Света Белая, на-

Новикович уже давно занимаются этим видом искусства. Жаль, что танцуют девчонки в разных стилях.

Мужской взгляд

Почему о представителях сильной половины группы мы пишем отдельно? Все просто: их всего лишь двое — Дима Су-

чайные. Несмотря на то, что практика у студентов педфака начинается только с третьего курса, некоторые из них уже сейчас работают.

Если в сердце поселилась дружба...

пример, кандидат в мастера спорта по гребле на байдарках.

А у Ульяны Крез оказалось сразу несколько необычных хобби. Девушка любит японскую культуру и аниме, читает фэнтези, а еще играет на фортепиано и пишет небольшие шуточные песенки. Любовь к естествознанию и творчеству у нее с детства. С улитками, хомячками, рыбками, мышками, а также с кошками и собаками могла возиться часами. Забавные поделки, домики для кукол любила лепить из пластилина. А обучаясь в начальных классах (СШ № 84), Ульяна выиграла конкурс красоты. Во всем берет пример со старшей сестры Виктории.

Таня Колос увлекается историей и уже 3 года занимается в военно-патриотическом клубе «Князь Гуф».

зин и Виталий Грузд. Но это тот случай, когда количество не влияет на качество.

Виталий из семьи врачей, так что свой выбор он сделал еще в детстве. Правда, по-своему, не так, как хотели родители — врачи-стоматологи. Любовь к детям оказалась сильнее.

Дима тоже долго не сомневался, он даже шутит, что в детстве его первыми словами были: «Я хочу быть вра-

Так, Варвара Маргаева полгода является стажером в 10-й городской больнице.

«Работа стажером окончательно убедила меня в пра-



чем». Дима очень разносторонний парень. Он закончил школу искусств в классе с углубленным изучением английского языка, учился музыке, рисованию и танцам, занимался в спортивной секции. Но ни игра на гитаре, ни занятия плаванием, ни прекрасные ораторские способности, которыми он обладает, не отвели его в сторону от профессии врача. «Наоборот, — признается Дима, — всем этим я занимался, зная, что буду доктором. Врачи — люди, которые должны много знать, быть в хорошей форме и уметь находить общий язык с пациентами».

От теории к практике

Радует, что ребята из 239-й группы, люди в медицине не слу-

வில்ности выбора профессии и помогла определиться со специализацией», — рассказывает Варя. Девушка никогда не забудет свою первую операцию, когда она шесть часов проработала вторым ассистентом хирурга. «В тот день я похудела на три килограмма», — вспоминает студентка. Наблюдая за работой профессионалов, Варя после окончания университета решила стать экстренным детским хирургом.

Одногруппник Вари, Дима также не ограничивается одной теорией. Молодой человек работает санитаром в отделении реанимации для больных нейротравматологического профиля БСМП. Своим стремлением работать там он объясняет желанием узнать мир медицины, что называется, изнутри.

Плох тот солдат, который не мечтает стать генералом. Или, если перефразировать это изречение, плох тот врач, который со време-



гическая медсестра высшей категории и просто медсестра. Свой выбор — стать врачом-педиатром — Ульяна объясняет тем, что всегда легко на-

ходила с детьми общий язык.

Куратор всегда прав...

В 239-й группе этот принцип не актуален. Отношения куратора и группы совсем не похожи на строго официальные «руководитель — подчиненные». О. С. Никитина каждый год курирует новую группу, но к этой у нее особое отношение. Да и ребята с теплотой отзываются о своем кураторе.

Мы попросили Никитину охарактеризовать свою группу, и вот что получилось: «Первое, что бросается в глаза, они очень отзывчивые, дружелюбные. Какие-то человечные, — начала Ольга Сергеевна. — Но главное, интересуются своей профессией, задают вопросы, разрабатывают научные темы. В общем, из них получатся хорошие специалисты»...

Р.С.

Врач-педиатр — профессия ответственная. Это же так сложно — лечить детей. Ведь иногда ребенок даже не может объяснить, что у него болит. Такой врач должен очень хорошо знать и анатомию, и физиологию, и другие науки, чтобы точно определить заболевание. Да и быть хорошим психологом он просто обязан: не так-то просто заставить ребенка не бояться белого халата. А главное, врач-педиатр должен очень сильно любить детей, любить так, чтобы отдать всего себя этой профессии.

Светлана МИХОВИЧ, Ольга КОЗЛОВА

В Республике Беларусь система государственного социального страхования выполняет важнейшую функцию по обеспечению каждого застрахованного лица пенсиями и пособиями. При этом это обеспечение осуществляется во все периоды жизни, начиная от рождения ребенка.

Право на выплаты из средств государственного социального страхования приобретают те лица, за которых в период работы или занятия иной деятельностью уплачиваются обязательные страховые взносы в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 30.10.1992 г. № 1898-XII «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» (в редакции от 28.12.2007 г. № 306-З) семьи граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Республике Беларусь, имеют право на следующие государственные пособия семьям, воспитывающим детей:

- по беременности и родам;
- в связи с рождением ребенка;
- женщинам, ставшим на учет в государственных организациях здравоохранения до 12-недельного срока беременности;
- по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет;
- на детей старше 3 лет;

- по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет;

- по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком;

- по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет;

- при санаторно-курортном лечении ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет;

- на детей в возрасте до 18 лет, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

Выплата государственных пособий и надбавок к ним производится за счет средств государственного социального страхования и республиканского бюджета.

Женщины, обучающиеся на дневной форме получения образования в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического, среднего специального образования, высшего и послевузовского образования, имеют право на следующие виды государственных пособий.

О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей

1. Пособие по беременности и родам.

Право на пособие по беременности и родам имеют женщины, занятые деятельностью, в период осуществления которой на них распространяется государственное социальное страхование и за них, а также ими самими в предусмотренных законодательством случаях уплачиваются обязательные страховые взносы на социальное страхование.

Также право на пособие по беременности и родам имеют женщины, обучающиеся на дневной форме получения образования в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического, среднего специального, высшего и послевузовского образования, а также окончившие данные учреждения образования, — в течение 2 месяцев после их окончания.

Женщины, обучающиеся на дневной форме получения образования, совмещающие учебу с работой, имеют право на пособие по беременности и родам по месту учебы и по месту работы.

Пособие по беременности и родам назначается женщинам, обучающимся на дневной форме получения образования в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического, среднего специального, высшего и послевузовского образования, — в размере стипендии за каждый календарный месяц, но не менее минимального размера пособия по беременности и родам, а не получающим стипендии — в минимальном размере пособия по беременности и родам.

Минимальный размер пособия по беременности и родам в месяц устанавливается в размере 50 процентов наибольшей величины бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, утвержденного Советом Министров Республики Беларусь за два последних квартала (далее — наибольшая величина бюджета прожиточного минимума), относительно каждого месяца отпуска по беременности и родам.

С 01.02.2008 г. по 30.04.2008 г. бюджет прожиточного минимума в

среднем на душу населения в Республике Беларусь составляет 200080 рублей.

2. Пособие в связи с рождением ребенка.

Право на пособие в связи с рождением ребенка имеют мать или отец, а также лица, усыновившие (удочерившие) ребенка в возрасте до 6 месяцев либо назначенные его опекунами.

Пособие в связи с рождением ребенка назначается и выплачивается одновременно:

при рождении первого ребенка — в размере пятикратной наибольшей величины бюджета прожиточного минимума перед датой рождения ребенка (с 01.02.2008 г. по 30.04.2008 г. размер пособия составляет 1000400 рублей);

при рождении второго и последующих детей — в размере семикратной наибольшей величины бюджета прожиточного минимума перед датой рождения ребенка — 1400560 рублей.

(Продолжение в следующем номере)
Ю. И. РЕБКОВЕЦ, начальник Московского райотдела Минского городского управления Фонда социальной защиты населения

