

Вестник

4 ЧЭРВЕНЯ 2001г. • № 11 (51)

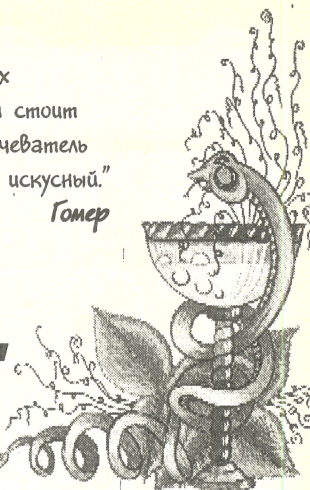
Газета Беларускага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта

Природа исцеляет, но лечит врач.

Гиппократ

МДМ

"Многих
воителей стоит
один врачеватель
искусный."
Гомер



Чалавек сярод людзей

«Есть что-то родное и близкое в нем...»

Почти всем знакомо такое ощущение, будто происходящее сейчас, уже было когда-то. Меня не покидает странное чувство, будто когда-то я знала и любила латинский язык, а теперь просто забыла и не могу вспомнить: слова, звуки знакомы до боли, а смысл ускользает... Как я благодарна нашей наставнице, Людмиле Семеновне! С ней я начала заново «вспоминать» язык. Есть что-то родное и близкое в нем для меня. Когда на 1 курсе увидела объявление, приглашающее на факультатив, решила: непременно пойду.

Наш руководитель Цисык Андрей Зиновьевич, человек необычный, очень приятный в общении. Внимательный. Про него среди студентов ходят легенды: это человек, знающий все европейские языки, и в кабинете у него из мебели одни словари...

— Вы только не напишите это! — ужасается Андрей Зиновьевич. — Это неправда! Я знаю не все языки... А по поводу мебели все верно. Есть еще стол...

— Мы знаем, что Вы предложили девиз нашего института: «Arte et humanitate, labore et scientia». Факультатив — тоже Ваша идея?

— Как раз так и нет. Это было в 1993 году. Ко мне обратились студенты с просьбой по созданию такого факультатива. Кстати, это были студенты педфака.

Смотрю документы: «Просим Вас оказать содействие в создании возможности для более глубокого изучения латинского языка». До чего же здорово!

Когда смотришь на Андрея Зиновьевича, то сразу чувствуешь, что человек находится на своем месте.

— Скажите, Вы сразу почувствовали, что латинский язык — Ваша судьба?

— Такое понимание пришло не сразу. Я



поступал несколько раз. Пробовал на технические специальности. Потом только понял, что по характеру — гуманитарий и поступил во Львовский университет, на факультет иностранных языков, изучал древнегреческий и латинский языки, немецкий язык (он шел в диплом), специальность моя — «Классическая филология». Я сумел найти античный мир.

— И что было потом?

— После окончания университета я хотел работать по специальности, получил распределение в Минск и с 1975 г. работаю при кафедре иностранных языков БГМУ, в состав которой входил и латинский язык. Выделение нашей кафедры произошло позднее.

— А у нас в Беларуси ведется подготовка специалистов по латинскому языку?

— Раньше республика не готовила латинистов, в бывшем СССР было только 3 таких центра: Львов, Москва, Ленинград. После развала Союза решили создать такой центр при БГУ и привлекли меня. С 1992 г. я читаю лекции и веду спецкурсы по греческой и римской истории, спецкурс по античной поэзии...

— Скажите, а кто из поэтов нравится Вам больше всего?

— Из римской литературы больше нравится Гораций, из греческой — Феофраст. Я защи-

тил диссертацию по его творчеству. По языку поэзия нравится мне больше, чем проза.

— А вообще, трудно быть начальником? И правда ли, что Вы единственный мужчина на кафедре?

— Да! Работать с людьми тяжело. Мужчине проще быть шефом. Важно быть слаженным с коллективом, преданным работе. Главное для начальника — уметь ладить с людьми, со всеми общаться одинаково вежливо, уметь выслушать всех. Особенно в женском коллективе! А он у меня замечательный!

Я конкурентов не боюсь, избран на третий срок, но пора думать и о преемнике...

— Вы родились в Западной Украине, живете и работаете здесь, в Минске. Чувствуете ли, что Беларусь — тоже Ваша родина?

— Да, Беларусь — моя вторая родина, дело жизни — Минск. Здесь я научно работаю, веду активную творческую жизнь, каждый год приносит что-то новое. Я написал статью на белорусском языке, да вы посмотрите. А то решите еще, что обманываю! — Улыбается Андрей Зиновьевич. — Вот она: «Некоторые проблемы архаграфічнай адаптацыі грэка-латэінскіх каранёвых тэрмінаў у беларускай медыцынскай тэрміналогіі». Я считаю, белорусский язык должен развиваться, вот и участвую в терминологической разработке. Знаю, что в нашем институте некоторые студенты общаются и отвечают на занятиях только по-белорусски. Но таких мало.

— Андрей Зиновьевич, как Вы относитесь к студентам?

— Положительно. Вижу личность в студенте, способности, внешность — все играет роль. Но прежде всего — человеческие качества. Это главное.

— А чем Вам запомнились студенческие годы?

— Я всегда был серьезным. Книжки — мои излюбленные дела. Я никогда не скукаю наедине с собой и книгами, всегда нахожу в них что-то новое и интересное... Даже не знаю, ничего привлекательного не вспоминается. Всегда был в учебе, правда, ездил в студенческие отряды. Был на Камчатке, в долине гейзеров, в Петропавловске, купался там в океане...

— Какие современные исполнители Вам нравятся? Вот например Киркоров?

— У Киркорова есть замечательная песня «Мне мама тихо говорила...», а так он мне совсем не нравится. Я воспитан на народной музыке, люблю, чтобы хорошие слова были,

чтобы исполнялись от души, а не напоказ. У Софии Ротару очень melodичные песни.

— Андрей Зиновьевич, Вы верите в сны?

— Я думаю, сны несут нечто существенное, в них что-то проявляется, какие-то скрытые стороны. Иногда сны предвещают события... Я отношусь к ним серьезно.

Сон это или явь — мои чувства? Теперь я понимаю, почему Гусовский писал поэмы на латинском языке и не могу понять, почему теперь этот язык многие считают мертвым. Сколько слов в нашем языке имеют латинские корни? А сколько мудрых изречений и поговорок! Знание латинского языка и древней истории необходимы не только в медицине и лингвистике. Часто в серьезных, вроде бы, изданиях можно встретить изречение типа: «Демагог — это тот, кто вещает от имени народа: «демос» — народ, «госос» — говорение. (Ошибка! Греч. агос — ведущий). Или «Мы ждем ответа на многие вопросы. Они сложнее узла, который одним махом разрубил Гордий» (этот узел разрубил Александр Македонский) или «...Гнев беспощадного императора Сенеки» (в комментариях не нуждается!). Список можно продолжать...

Кроме того, неожиданно выяснилось, что латинский язык отлично подходит для сетевого общения. Интернет-эксперты отмечают быстрое увеличение групп общения на латинском языке. Сеть стимулирует объединение людей, знающих латинский язык. Носители культуры мертвого языка получают возможность развивать латынь, обогащая ее современными нюансами речи. Предсудительным считается использование жаргона, некорректных оборотов, не говоря о необходимости строгого соблюдения правил орфографии.

Латинский язык превосходно подходит для студенческого фольклора. Андрей Зиновьевич доставил нам массу удовольствия, когда перевел известный всем студенческий стишок:

Surgens mane bibo
Hydrargyrum brutum
Et ad mortem ibo
In hoc institutum!

Спасибо Вам огромное! Мы желаем Вам дальнейших творческих успехов, новых достижений, крепкого здоровья и отличного настроения.

Елена ЧАПЛИНСКАЯ,
студентка 239-й группы педиатрического факультета

Хутка

Дзень медыцынскага работніка

Хутка свята ў вас,
Людзі ў белых халатах!
Цвітуць кветкі для вас,
І вам нізкі паклон
І ад тых, хто яшчэ ў бальнічных палатах,
І ад тых, каму вы ўратавалі жыццё.
Вам за працу, якую ніколі не змерыць,
На якую не ставяць адвеку цаны,
За цяпло і сэрцаўнасць,
За спагаду і веру,
За жыццё для жыцця —
Вам паклон наш зямны!

Вы врачи — это значит
В дом приносите удачу,
В каждом доме вас с нетерпением ждут.
Пусть ваш путь будет дольше,
Пусть побед будет больше,
Пусть внучата и дети на радость растут!
Много тысяч больничных
Подписали вы лично,
Много слушали разных сердец.
В доброй силе народной,
В сохранении здоровья
Труд ваш, скажем с достоинством, есть!

Л. Иванова



СТУДЕНТЫ ПЕРЕВОДЯТ, ТОЛКУЮТ, ФАНТАЗИРУЮТ...

Клиническая терминология — самый интересный раздел в курсе латинского языка. Студентам он интересен тем, что здесь они осваивают структуру основных клинических понятий. Однако с не меньшим интересом встречают каждый год данный раздел и преподаватели-латинисты, которые надеются пополнить индивидуальную копилку нестандартных мыслей и изречений новыми перлами паранаучного студенческого творчества. Ведь перевод латинских терминов на родной язык открывает каждому мученику науки широкие горизонты для взлёта фантазии с не умирающей надеждой на то, что истина где-то рядом. Предлагаем читателям от души повеселиться, читая графические плоды умственных усилий некоторых студентозусов:

аденоцит — миндалина клетки
амебиаз — сожительство амёб
ангиоматоз — пересаживание сосудов
анурия — не могу мочить
биопсия — зрение двумя глазами
гемикрания — уменьшение размеров черепа с одной стороны; половина черепа; уменьшение половины головы; кровоизлияние в

череп

гинекофобия — боязнь женщиной гинекологического обследования

гиперметропия — повышенные выделения из матки

гипостаз — уменьшение застоя; небольшой застой

дизбактериоз — заболевание, сопровождающееся заболеванием микроорганизмов

дизопия — гнойное разрушение

диплегия — раздвоение органа

гистеропексия — прикрепление мозга

кольпотомия — внедрение во влагалище

метаплазия — изменение места закладки органа

метастаз — возврат в первоначальное состояние; прорастание между другими органами

микрөгения — малые гениталии

микромастия — малый застой молока

одонтография — ороговение зуба

олигоменорея — скудный выброс менструаций

ортогения — правильная закладка органов

ортогнатия — раздел медицины, изучающий подвижность верхней челюсти; вырав-

нивание верхней челюсти

ортопедия — раздел медицины, занимающийся выпрямлением детей

оторея — заболевание с ухом

периметрит — воспаление кожи вокруг ногтей

пневмоторакс — сквозное отверстие в грудной клетке

спондилит — камни в позвоночнике

тифлит — образование камней в слепой кишке

трихорея — выделение слизи в волосяной мешок

фтизиатрия — воспаление сустава туберкулезом

хейлит — каменная болезнь

эктропион — образование гноя вне организма

эпикриз — предкризисное состояние больного

эритема — красная эма

Андрей ЦИСЫК,
зав. кафедрой латинского языка,
доцент

Успомини пра їх



(1901-1970)

Тимофей Еремеевич ГНИЛОРЫБОВ

(100 лет со дня рождения)

но защитил кандидатскую диссертацию и работал ассистентом кафедры госпитальной хирургии.

Высоким трудолюбием, глубоким знанием предмета, человеческим отношением к товарищам по работе завоевал уважение коллектива преподавателей, студентов, больных. Продолжая успешно работать хирургом, не оставил без внимания научные поиски. В 1941 году защитил докторскую диссертацию, посвященную хирургическому лечению трофических язв. С 1941 г. исполнял обязанности заведующего кафедрой госпитальной хирургии педиатрического факультета Ростовского медицинского института. Во время Великой Отечественной войны работал консультантом эвакогоспиталей г. Ростова и главным хирургом эвакогоспиталей Кисловодского курорта. Здесь в полной мере раскрылся талант хирурга Т.Е. Гнилырובה, а тысячи спасенных жизней воинов остались благодарными чуткому, внимательно-му, душевному хирургу.

В 1945 году Т.Е. Гнилырובה был избран заведующим кафедрой факультетской хирургии, а в 1952 г. — госпи-

тальной хирургии Днепропетровского медицинского института. Талант и мастерство хирурга, любовь к больному человеку, стремление к новому, высокий уровень клинического мышления, пылкость, требовательность и доброжелательность способствовали росту огромного авторитета Т.Е. Гнилырובה. Среди известных великих хирургов Тимофей Еремеевич пользовался большим уважением, авторитетом.

С 1960 г. профессор Гнилырובה избран заведующим кафедрой общей хирургии Минского медицинского института, по совместительству 1964–1968 гг. работал главным хирургом Министерства здравоохранения Беларуси. Преподаватели, студенты, больные, медицинский персонал, хирурги всей Беларуси знали, уважали, любили Т.Е. Гнилырובה.

Научные исследования профессора Гнилырובה Т.Е. были посвящены пластике трофических язв, носа, ушной раковины, влагалища, сосудов, костной пластике, пересадке желез внутренней секреции, пересадке костного мозга, фаллопластике, пластике огромных грыж расщепленным дермальным лоскутом, лавсан-капроновой сеткой. Большое место занимали исследования по ожоговой болезни, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, экстренной хирургии, патологии печени, комплексным методам лечения перитонита, по профилактике внутрибольничной инфекции, применению лазера в хирургии.

Т.Е. Гнилырובה обладал большим организаторским талантом. При кафедре общей хирургии начал работать ожоговый центр, научно-исследователь-

ская лаборатория по забору и консервации органов и тканей, желез внутренней секреции. Гнилырובה организовал архитектурный проект нового хирургического корпуса с учебным блоком и экспериментальной лабораторией. Клиника получила 180 штатных коек для больных и здание, которое вступило в строй в 1967 г. Профессор Т.Е. Гнилырובה уделял большое внимание подготовке научных кадров.

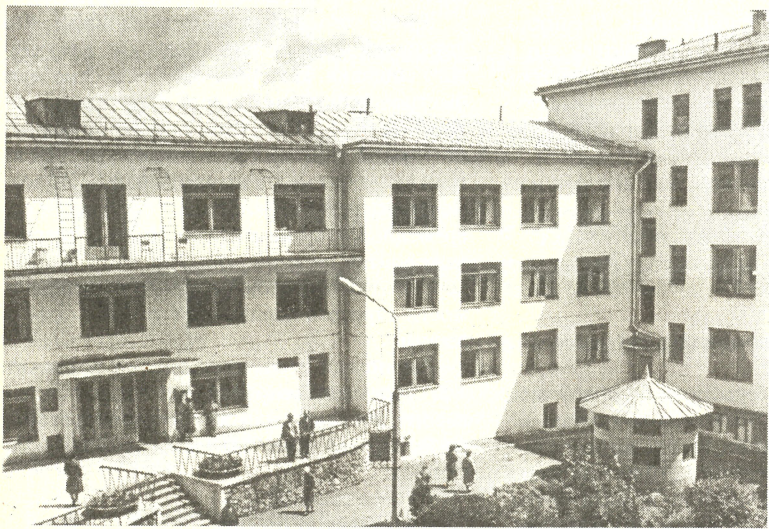
Под руководством Т.Е. Гнилырובה выполнено и защищено 11 докторских и 39 кандидатских диссертаций, в их числе 6 докторских и 21 кандидатская диссертация в Белоруссии. Среди них: Л.И. Роман, И.Н. Чепкий, В.И. Парменов, Р.П. Аскерханов, В.С. Семенов, И.Н. Гришин, В.М. Казаченок, А.Н. Никифоров, Н.И. Ботвин-

Шестьдесят три раза Т.Е. Гнилырובה был оппонентом при защите докторских и кандидатских диссертаций. Профессор Т.Е. Гнилырובה был высочайшей квалификации хирург. Ежегодно он выполнял 120–170 операций различной хирургической патологии грудной, брюшной полости, конечностей, повседневно готовил и учил хирургов, уделял максимум внимания учебному процессу.

Многогранная и плодотворная научная, учебная, врачебная и общественная деятельность Т.Е. Гнилырובה высоко оценена государством: орден Трудового Красного Знамени, Знак Почета, 4 медали, 2 Почетные грамоты, 45 благодарностей Министерства здравоохранения, ректората медицинского института. В 1954 г. Т.Е. Гнилырובה присвоено звание



1965г. Делегаты 28-го съезда хирургов в Москве.



1967г. Хирургический корпус 3-й клинической больницы г. Минска.

ков, Н.Н. Щетинин, И.Д. Мицура, Г.М. Яковенко, Ю.К. Токар, И.Л. Мадорский, И.И. Габов, В.Г. Тищенко, П.М. Демешкевич, М.М. Синявский, И.С. Асаенко, П.И. Сяпич, М. Рагимов, В.Д. Белоусов, Е.А. Сатишур, Я.Я. Кошельков и другие.

Т.Е. Гнилырובה является автором 250 научных работ по актуальным вопросам хирургии и 4 монографий по пластической хирургии.

Работа Т.Е. Гнилырובה, Е.А. Сатишур, И.Л. Мадорского — «Пересадка костного мозга сегментом грудины на сосудистой ножке и инъекционным методом» на ВДНХ СССР в 1969 году оценена бронзовой медалью.

Заслуженный деятель науки Украины.

Профессор Т.Е. Гнилырובה строил большие перспективные планы и собирался достойно отметить свое 70-летие. 13 ноября 1970 г. внезапная смерть оборвала жизнь Т.Е. Гнилырובה.

Мне посчастливилось 10 лет работать с этим замечательным Человеком, опытным хирургом, талантливым научным исследователем, прекрасным педагогом, любимцем коллектива преподавателей, студентов, врачей, больных. Таким был наш отец хирургии — профессор Т.Е. Гнилырובה.

Леонид АРТИШЕВСКИЙ,
доцент

Японцы, проведя забавный эксперимент, выяснили: когда музыка Моцарта звучит в пекарне, тесто поднимается в 10 раз быстрее. Самая лучшая рисовая водка — саке — получается именно из дрожжей, «прослушавших» Моцарта.

В прошлом веке в монастыре Британии монахи исполняли музыкальные произведения для домашних животных. Они заметили, что коровы, прослушав серенаду Моцарта, давали вдвое больше молока.

Сегодня в Китае выпускают музыкальные альбомы с весьма необычными для европейца названиями: «Пищеварение», «Бессонница», «Мигрень», «Сердце» и даже «Концерт для почки с оркестром». Китайцы «принимая» эти музыкальные произведения, как таблетки или лекарственные травы, чтобы поправить здоровье.

Подобные сборники музыки издаются и в Японии. В качестве лекарства от мигрени японцы предлагают «Весеннюю песню» Мендельсона, «Юморески» Дворжака, а также изрядную дозу Джорджа Гершвина («Американец в Париже»).

В Индии национальные напевы используются как профилактическое средство во многих больницах. А в Мадрасе открылся даже специальный центр по подготовке врачей-музыкотерапевтов. Ими уже найдены музыкальные пьесы для лечения гипертонических заболеваний, перед которыми традиционная медицина зачастую бессильна.

Наконец, и западные учёные, проводя многочисленные исследования и эксперименты, пришли к убеждению: некоторые мелодии действительно об-

ладают сильным терапевтическим эффектом.

В психотерапии важен принцип совпадения настроения и музыкального ритма. То есть характер музыки должен соответствовать фону настроения. Для измерения настроения врач в определённом ритме и направлении меняет мелодию. Так, человеку в состоянии депрессии предлагается программа выхода из этого состояния: вначале идут мелодии задумчивые, грустные, затем они несколько «светлеют», то есть подключаются вещи менее печальные, более жизне-радостные, далее мелодии меняются на радостные, весёлые. Слушающий постепенно входит в этот музыкальный поток, впитывает его и не замечает, как меняется настроение.

Для больных с перевозбуждением нервной системы возможен обратный порядок: вначале идут мелодии быстрые, живые. Затем всё более плавные, задумчивые...

Большую роль играет музыкальная настройка перед сеансом гипноза и после него. Музыка позволяет быстрее и глубже погружать больных в гипнотическое состояние, что в свою очередь повышает действенность лечебных внушений.

Если вы захотите проверить воздействие музыки на ваше настроение, не забудьте предварительно сказать себе (и поверить в это!): «Сейчас послушаю одну, две, три мелодии, и меланхолия моя исчезнет». Конечно, хорошо, если вы слушаете музыку в тихом, полумрачном, с удобным си-

дением помещении. Это может быть у друзей, дома, в специальном кабинете психотерапии или в концертном зале.

По физиологическому действию мелодии могут быть успокаивающими, расслабляющими или тонизирующими, бодрящими. Расслабляющий эффект полезен при гипертонической болезни, язвенной болезни желудка, бронхиальной астме, невралгии с чувством нервного перенапряжения, головных болях. При бронхиальной астме очень полезны также записи шума леса, пения птиц, ритмичного плеска морско-

МУЗЫКА, МЕДИЦИНА, ЗДОРОВЬЕ И НАСТРОЕНИЕ...

(Продолжение. Начало в №10(50))

го прибора.

Тонизирующий эффект полезен при гипотонии, невралгии с синдромом усталости, вялости. Полезен он и здоровым людям, особенно перед началом рабочего дня, поэтому утром во время зарядки и сборов на работу включайте бодрящую музыку, она поможет вам сохранить жизнерадостное настроение целый день.

С целью лечения или самолечения врачи рекомендуют составлять музыкальные программы не более чем из 4–5 произведений общей длительностью 15–20 минут. Слушать программу лучше с закрытыми глазами, полностью расслабившись. Песенный жанр для этих целей не рекомендуется.

Вы можете подобрать мелодии сами, и любимые произведения помогут вам

начинать и заканчивать день с улыбкой и чувством радости.

Люди с давних времён создают и совершенствуют различные музыкальные инструменты. В Африке, Южной Америке, Азии несколько столетий назад корпусом для струнных инструментов была обыкновенная тыква, а в арабском двухструнном ребабе для этой цели служил панцирь черепахи. Нубийские людоеды сделали некогда живописный киссар с человеческим черепом. Древние рыбаки всех стран осваивали раковины, гончары — глиняные горшки; надутые свиные пузыри, берестяные кораба — всё это человек заставлял подпевать струнам. Но после тысячи проверок и проб лучшим материалом оказалось дерево. Из него выходили самые звонкие, самые чуткие корпуса струнных инструментов. Ещё в Древнем Китае, в старой Индии под струнами ставили деревянные долблённые чаши и коробики — открытые либо закрытые, обтянутые змеиной кожей. Фигурные же корпуса, склеенные из изогнутых дощечек, тонкие, тщательные выделанные донья и деки, прижились и в античном мире, и в средневековье.

Для струн тоже испытывали очень много материалов. И крученая древесная кора, и пили бамбука, и бычий жилы, и сушёные обезьяньи кишки, и конечно, металл — разные сорта и славя, разная толщина, прочность. Кроме корпуса и струн в большинстве инструментов есть ещё шейка. Её с самого начала делали деревянной, зато над формой шейки музыкальные мастера

потрудились немало. А у африканских предшественников арфы — киссаров, вави, кунди — шейки загнаны крутыми дугами.

Много лет прошло, пока люди догадались, что шейки совсем не обязательно выгибать. Прямая шейка — вот к чему пришла в конце концов музыкальная техника. К ровной доске музыканты стали прижимать струны пальцами, и вместо четырёх-пяти (по числу струн) звуков сразу получили большой запас. Возможности музыкального творчества расширились безгранично, ассирийцы и вавилоняне свели воедино три изобретения: деревянный корпус, широкую прямую шейку и колки для раздельного натягивания струн, так родился четырёхструнный инструмент, который стал по существу первым образцом знаменитой многострунной лютни. Постепенно она покорила Персию, Индию, Китай, а через 22 века — Европу. К этому времени на шейке появилась твёрдая пластинка — гриф, на нём вместо навязных верёвочных или жёстких ладов — костяные. В средневековье в жизни европейцев лютня заняла столь же прочное положение, как в наши дни роль. Однако через некоторое время гитара, мандолина и, конечно, скрипки постепенно вытеснили лютню с того места, которое она занимала на протяжении столетий веков, так как по сравнению с простыми и всем доступными новыми инструментами лютня казалась чересчур громоздкой, сложной и безнадёжно старомодной.

Мутей Алашхаб Набел
(Палестина),
студент 4 курса БГМУ

ЗАЛ БЫЛ В ВОСТОРГЕ

Судьбы

В апреле состоялась встреча студентов I и II курсов стоматологического факультета с зав. кафедрой общей стоматологии доцентом Николаем Михайловичем Полонейчиком.

Перед началом встречи организаторы и ведущие очень волновались, не зная, какую тональность возьмут и зал, и оратор, но с первых же минут общения стало ясно, что врожденный внутренний слух и такт не дадут гостю взять неверную ноту, а ведь это так важно в общении с молодежью, тонко чувствующей фальшь и неискренность. Именно поэтому деканат и кураторы решили не «загонять» студентов на беседу силой, а дать им возможность самим определить: нужна или не нужна им эта встреча. Пришли те студенты, кому не безразлично будущее отечественной стоматологии, кто интересуется проблемами медицины и ищет пути самосовершенствования и профессионального роста. Для того, чтобы встреча прошла в обстановке, максимально приближенной к неформальной, студенты подготовили вопросы, ответы на которые хотели бы узнать. Перечень вопросов был велик. Организаторы заранее встречались с гостем дня, создавая поле коммуникации. Благодаря этому, а также большому личному обаянию (как сейчас принято говорить «харизме») лектора, в зале не было равнодушных, глаза слушающих блистали неподдельным вниманием. Ведущие «ток-шоу» студенты II курса Алешко Марина и Печко Павел успешно справились с возложенной на них ролью и, войдя во вкус, интервьюировали Николая Михайловича, который открыто и доверительно разговаривал с залом.

Зал живо реагировал, принимая и тонкие шутки, и справедливую критику в адрес студенчества, и ценные советы опытного педагога и первоклассного специалиста, так что два с половиной часа общения пролетели незаметно. Отрадно, что высказанные гостем мысли об основных проблемах профессиональной этики во многом совпадают с мнением самих студентов, а неко-

торые вопросы, затронутые присутствующими, являются предметом постоянного обсуждения на кураторских часах и на занятиях по иностранному языку.

Расходясь по домам и обмениваясь впечатлениями, студенты восхищались эрудицией, культурой речи и общения, широтой взглядов Н.М.Полонейчика: «Побольше бы таких мероприятий!».

Невозможно пересказать все, о чем шла речь, но мы приведем несколько ответов.

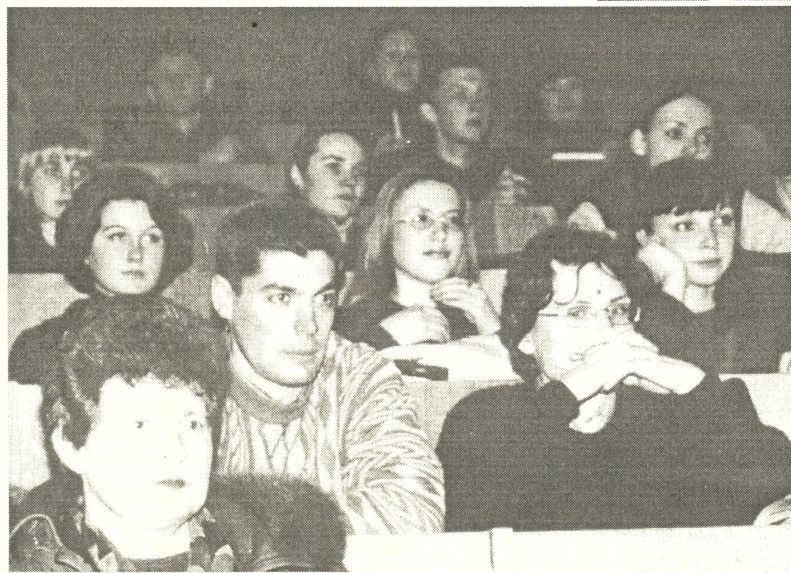
«Хороший доктор...» «Это вопрос этических отношений (не говоря уже о профессиональном мастерстве). Стоматология вырабатывает умение быть внимательным к пациенту, к себе, - кратко говоря, элемент внимания к пациентам. Уверю вас, что это в некоторых

что это было сделано для того, чтобы понравиться этому пациенту.

«Учиться нравиться пациентам...» - нет, наверное, такой науки. Нужно сначала постараться понравиться своим коллегам по группе, своим друзьям, всему курсу; стараться быть замеченным по таким чертам, как внимание, обходительность, умение поддержать беседу (ненавязчиво, конечно). Эти качества значимы в профессии стоматолога»

Мои любимые учителя? - В первых, профес-

мое главное — увлеченность, способность «влюбляться» в науку. И еще неизменно: земная или неземная. Те, кто всерьез занимаются наукой, меня поймут.



Нужно ли любить пациентов и как этому научиться? - Вообще, нужно любить не пациентов, а людей.

Нужен ли вам иностранный язык? - Безусловно. Это - и возможность стажировки, участия в конференциях, обмена опытом, и информационный поток. Приведу один пример. К нам приехал эксперт Голландской правительственной программы и сказал, что «возьмет» 2-х человек в любой университет Голландии, но с условием - свободное владение английским языком.

Потянулись руки: «Мы хотели бы». Эксперт побеседовал и сказал: «Извините, но вы не поймете тех лекций, которые читают наши профессора. Некоторые из тех, кто поднимал руки, сейчас занимаются на спецкурсах на кафедре иностранного языка».

Хобби? - Искусство. Я рисую, очень люблю Сальвадора Дали. Коллекционирую все, что можно собирать, начиная с морских ракушек, кончая пивными кружками.

В Нью-Йоркском университете

обучение студента-стоматолога стоит 45 тыс. долларов в год. Все расходные материалы и инструменты покупают сами студенты. Они имеют право получать ссуду, которую потом отрабатывают в течение 5-6 лет, будучи практически-ми врачами.

Все студенты мира одинаковы, но ваших зарубежных коллег выгодно отличает рвение к конечной цели пребывания в учебном заведении, которого я не вижу в вас, молодые коллеги.

Я могу сказать, что отечественных стоматологов очень выгодно отличает высокий мануальный профессионализм.

Котируются ли за рубежом наши дипломы? - Ни один диплом в чужом университете не котируется; не верьте, это рекламный трюк.

Перепроизводство врачей - факт, известный во всем мире, это данные ВОЗ. В Германии десятки университетов готовят стоматологов, в Голландии 4 университета готовят дантистов. Каждый год выпускается 450 человек. Не хватает пациентов, и так уже меньше 1 тыс. населения приходится на 1 стоматолога. А тут еще приезжают эмигранты, имеющие виды на трудоустройство.

В США государство принимает меры: платит больнице из бюджета, чтобы больница не принимала стажеров (а стажировка приносит принимающей больнице доход). США может подготовить миллион стоматологов, но возьмет на работу 2 тысячи, т. к. право на обучение записано в Конституции США, но ни в одной конституции не обязательно трудоустройство. Парадокс, но ничьи права «не ущемлены».

Антонина ЗВОНКО,
ст.преподаватель кафедры
иностраных языков

Гражданская авария

В мае текущего года по инициативе Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды и Государственного комитета по науке и технологиям проведена Международная научно-практическая конференция.

В работе конференции «Чрезвычайные ситуации: предупреждение и ликвидация» приняли участие от нашего БГМУ - начальник военной кафедры организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины полковник медицинской службы В.П.Войт и начальник штаба гражданской обороны И.Я.Жогадьский.

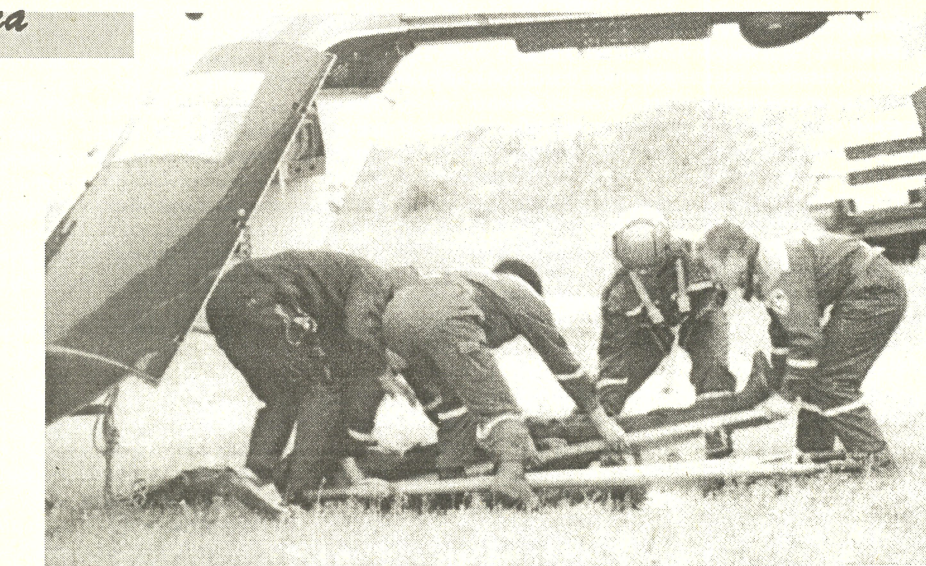
Целью конференции являлось обсуждение научно-технических достижений в области защиты от пожаров, аварий и катастроф природного и техногенного характера, разработка предложений по оптимизации внедрения перспективных разработок в практику.

На конференции было заслушано 76 докладов, в том числе представителей из России, Украины, Польши, Германии, Литвы, Латвии и Швейцарии.

На конференции была организована работа тематических секций:

- система мониторинга и реагирования на чрезвычайные ситуации;
- безопасность зданий и сооружений;
- минимизация последствий чрезвычайных ситуаций;
- радиационная безопасность; медицина катастроф.

Было организовано посещение Командно-инженерного института МЧС Республики



Чрезвычайные ситуации: предупреждение и ликвидация

ки Беларусь и выставки средств обеспечения безопасности жизнедеятельности и защиты от чрезвычайных ситуаций, полигона огневых испытаний строительных конструкций НИИ пожарной безопасности к проблемам чрезвычайных ситуаций, демонстрационных оперативно-тактических учений пожарных аварийно-спасательных подразделений на оперативно-тактическом полигоне института переподготовки и повышения квалификации МЧС.

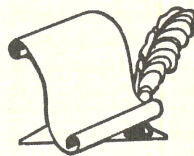
Представителями нашего университета

получены документы проведенной конференции, в том числе сборник с тезисами докладов.

Данные материалы и полученные знания позволят сотрудникам БГМУ внести определенные изменения и дополнения в учебную программу, лекции и методические разработки для студентов университета по изучаемому курсу «Медицина катастроф и гражданская оборона».

Иван ЖОГАДСКИЙ,
начальник штаба ГО БГМУ

Творчество наших читателей



И все же,
будь ты
проклята,
война!

И в пламени священного огня,
И в траурном молчании обелиска
Война хоть и в полвека от меня,
Но гул ее я ощущаю близко.

Войне я не прощаю за отца
И за других погибших не прощаю.
И выступая в качестве истца,
Я защищать живущих обещаю...

Пусть своей нескладной строкой,
Своим пером - оружием бескровным.
Я не творю молебн за упокой,
Но жгу свечу по правилам церковным.

Хоть чаша горя выпита до дна,
И всепрощеньем затянулись раны
И все же, будь ты проклята, война!
Я повторяю это постоянно.

И пусть опять направлены на нас
Прицел ракет иль дуло автомата,
Но верю я, что не придет тот час,
Когда теряет родина солдата.

Светлана КАРДАШ,
сотрудница БГМУ

Мозговые инсульты были и остаются основной причиной смертности и инвалидизации как в странах СНГ, так и на Западе. На тысячу населения ежегодно приходится от 1,5 до 7,4 случая. Особую значимость это заболевание приобрело в условиях социального и экономического кризиса, когда материальные, экологические и психогенные факторы достигли особой остроты. Свидетельство тому — увеличение за последние 10 лет более чем в 2,5 раза заболеваемости в нашей республике, существенное омоложение недуга. Если учесть, что 45–60% заболевших погибают в первые 3 недели, 75–80% выживших теряют профессиональную трудоспособность, а 20–25% из них становятся инвалидами первой группы и нуждаются в постоянном уходе (при повторных инсультах эти показатели значительно возрастают), то становится очевидным, что это заболевание порождает самые серьезные человеческие и социальные проблемы.

Эффективность лечения может снизить летальность и уменьшить степень поражения, но на частоту возникновения болезни это не влияет. Улучшить положение дел можно только профилактикой, а для этого надо точно знать, кому инсульт реально угрожает. Мозговые инсульты, вызываемые спазмом, тромбозом или разрывом сосудов головного мозга, при поверхностном взгляде на них всегда кажутся внезапными, возникающими «на ровном месте». Даже для врача, наблюдающего пациента долгие годы, такое развитие событий порой бывает неожиданным. Однако приближение беды можно распознать, особенно сейчас, когда наука дала практической медицине систему прогнозирования мозговых инсультов.

В развитии мозговых инсультов видны патологические изменения в со-



Александр СЕМАК,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры нервных и
нейрохирургических болезней БГМУ

судистой системы, снабжающей мозг кровью, в сердечно-сосудистой деятельности, в свертываемости и реологических свойствах крови, которые, в свою очередь, также развиваются постепенно, в течение многих лет. Под воздействием различных факторов риска формируется инсультгенная ситуация. Это различные события, явления, признаки, болезненные проявления, которые способствуют развитию мозговых инсультов или указывают на возможность их возникновения. Одни из них корректируемые, т. е. могут быть устранены усилиями самого пациента или врачебными профилактическими мероприятиями, другие влиянию не поддаются вовсе.

К некорректируемым факторам относят возраст, отягощенную историю наследственности, зависимость самочувствия от метеофакторов, наличие носовых спонтанных кровоотечений, гипертоническую, ишемическую болезни сердца, инфаркт миокарда, диабет, ревматизм. Сюда же включают преходящие сосудистые эпизоды в анамнезе, нарушения сердечного ритма, расширение границ сердца, изменения на глазном дне, снижение кровотока по магистральным сосудам го-

Чтоб избежать инсульта, «поторгуйся» с компьютером

ловного мозга. Все эти факторы указывают на возможность развития инсульта.

К корректируемым можно смело отнести: курение, пьянство, избыточный вес, нарушения режима труда, отдыха, сна, гиподинамию, бытовую и семейную неустойчивость, психотравмы, полное отсутствие или неэффективное лечение, высокий уровень артериального давления, повышенное содержание холестерина в пище и крови, избыточное потребление поваренной соли, резкое повышение или понижение свертываемости и реологических свойств крови. Эти факторы при длительном воздействии вызывают патологические изменения в сосудах, меняют реологические свойства крови, ведут к нарушениям сердечно-сосудистой деятельности. В совокупности это ведет к разрыву или тромбированию и эмболии мозговых сосудов, из-за чего и возникает гибель мозговой ткани — инсульт.

Зная механизмы развития мозговых инсультов и факторы риска конкретного больного, можно смоделировать у него вероятность возникновения инсульта. Если факторы риска разбиты на градации от нормы до максимальной патологии, то можно смоделировать и наиболее рациональный путь индивидуальной профилактики. Руководствуясь этими постулатами, сотрудники БГМУ и БГУ создали уникальную компьютерную программу, позволяющую анализировать полсотни факторов, которые влияют на развитие инсульта, с точностью до 92% предсказать вероят-

ность его возникновения и определить наиболее рациональные пути профилактики.

На практике это выглядит так: участковый терапевт, заподозрив неладное в состоянии здоровья пациента, направляет его 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, анализируется и определяется вероятность возникновения инсульта и его характер. Если эта вероятность находится в пределах 0,26–0,5, то такой пациент относится к группе потенциального риска, если вероятность равна 0,51–0,75 — то это уже настоящая группа риска. Иногда угроза инсульта составляет свыше 0,75 — такой больной попадает в группу повышенного риска. Пациенты 3-й и 4-й групп обязательно берутся на учет, им проводятся лечебно-профилактические мероприятия, которые также определяет беспристрастная компьютерная система. Врач, конечно, может вносить свои коррективы.

Помня о менталитете нашего человека, который подчас готов отстаивать свое право на вредные привычки даже перед лицом серьезного недуга, программу специалисты сделали достаточно гибкой. С компьютером можно работать в диалоговом режиме. С ним можно «торговаться». Если заядлый курильщик или гурман ни в коем случае не готов отказаться от своего «удовольствия», то компьютер берет-ся подобрать ему индивидуальные варианты для продления жизни без ин-

сульта. Например, рассчитывает новые диеты, режим физических нагрузок, предлагает снизить свой вес, сменить работу на более динамичную или, напротив, более спокойную, характер взаимоотношений в коллективе, в семье, советует эффективные медикаментозное лечение. Разумеется, до бесконечности потакать слабостям пациента компьютер не может и на каком-то этапе перестает уступать. Если вероятность инсульта, скажем, выше 0,5, а вас это все еще не пугает, можете продолжать пить, курить, конфликтовать, чревоугодничать, но помните: в ближайшие 3–5 лет сосуды мозга могут не выдержать всех этих испытаний, и случится непоправимое... Если вы согласны отказаться от сомнительных удовольствий, компьютер вновь пересчитает ваши шансы и, возможно, подскажет путь избежать инсульта, если, конечно, к тому времени вы окончательно не запустили свое здоровье.

Наша система прогнозирования может стать привычным инструментом медиков по всей стране. Стоит такая программа недорого, компьютеры сегодня есть практически во всех больницах и поликлиниках, у многих врачей и у самих пациентов. Специальной подготовки персонала не требуется, достаточно ознакомиться с методическими рекомендациями.

Осведомленность населения о причинах инсульта и о возможностях его профилактики в результате подобного общения с компьютером значительно возрастет, что реально поможет снизить заболеваемость. Словом, кто предупреден, тот вооружен.



Анатолий АСТАПОВ,
главный специалист МЗ РБ по детским
инфекционным болезням,
зав. кафедрой БГМУ, кандидат
медицинских наук

Последствия бывают разные, прежде всего со стороны психики и вегетативной нервной системы. К сожалению, не всегда можно их предвидеть у конкретного больного. Если пациент в результате проведенного лечения благополучно миновал острую фазу менингита, чувствует себя достаточно хорошо, чтобы выписаться из больницы, это еще не значит, что он здоров и готов вернуться к привычному образу жизни. Ему еще предстоит пройти один или несколько курсов реабилитации и, возможно, принимать поддерживающее лечение, иногда всю жизнь. Людям любого возраста после такого серьезного заболевания, как менингит или менингоэнцефалит, нужно время для полного восстановления психического и физического здоровья.

Самые тяжелые последствия наблюдаются после менингитов и менингоэнцефалитов, вызванных вирусом простого герпеса (того самого, с которым многие из нас лично знакомы по легкому высыпанию «простуды» на губах). Этим вирусом обычно заражаются в детском возрасте, и он пожизненно остается в организме человека, время от времени давая о себе знать. Но при снижении сопротивляемости организма вирус может попасть в кровоток и по нему — в ткань мозга. Тяжесть последствий от менингоэнцефалита герпетической природы обусловлена тем, что он вызывает разрушение нервных клеток, которые практически не восстанавливаются.

Замечена и такая закономерность: чем младше заболевший ребенок, тем чаще отмечаются последствия после менингита и менингоэнцефалита. Важно и время постановки диагноза: если с диагнозом за-

После менингита Какие последствия может оставить после себя это заболевание?

поздали, вероятность печальных исходов выше.

При гнойных менингитах антибиотики значительно улучшили прогноз. Так, если до открытия антибиотиков 80–90% больных умирали, а остальные оставались инвалидами с необратимыми неврологическими потерями, то в настоящее время от гнойных менингитов умирает 5–10% больных (все равно много!) и последствия у выживших все же не такие устрашающие, как раньше.

На вирусную инфекцию антибиотики, как известно, не действуют. Но уже появились препараты, направленные и на подавление вирусов, вызывающих менингиты. Теперь при своевременной диагностике и целенаправленном лечении шанс выжить и остаться полноценным человеком имеют 80–90% заболевших вирусными менингитами или менингоэнцефалитами.

Для детей раннего возраста, переболевших менингитом, характерна потеря уже приобретенных навыков — умения ходить, говорить. Кроме того, могут появиться не свойственные им до болезни вспышки раздражения, плазливости. Дети начинают требовать к себе внимания самым неожиданным способом.

После выписки из больницы у кого-то из переболевших может развиваться бессонница, а другие могут мочиться в постель. Возможно, это связано с психической травмой, которую пережил ребенок во время лечения в больнице (так называемый симптом «госпитализма»).

Прогностически плохим признаком является появление упорной рвоты (1–2 раза в день), что связано с повышенным внутричерепным давлением. У детей до года при этом наблюдается выбухание большого родничка с увеличением размеров головы и расхождением костей черепа. Это так называемый гипертензионно-гидроцефальный синдром. Такие дети резко отстают в умственном и физическом развитии.

У некоторых детей со временем могут возникать судороги с формированием эпилептикоидных припадков. К счастью, значительная задержка в умственном развитии у детей (выполоть до слабоумия) наблюдается редко.

Более широкий диапазон психических и неврологических изменений бывает у детей постарше, с которыми возможен достаточный словесный контакт. Здесь могут быть кратковременные провалы в памяти, частые головные боли, повышенная утомляемость и истощаемость, отставание в учебе. Проблемы с усвоением школьной программы объясняются психическими последствиями перенесенного заболевания, особенно менингоэнцефалита. Ситуация усугубляется колебаниями настроения, приступами раздражения и агрессии, а иногда возникновением депрессии. У лиц, перенесших менингит, временами может быть головокружение, неустойчивая походка, шум в ушах, снижение зрения, развитие глухоты. В нашей клинической практике полная глухота наблюдалась в единичных случаях, но при целенаправленном обследовании слуховой функции у детей, перенесших нейронинфекции, выявлено снижение остроты слуха у 40% больных, хотя никто из них на это не жалуется и хорошо воспринимает речь.

Возможны и более серьезные последствия: энцефаления, слабоумие. Некоторые дети после перенесенных менингитов начинают часто болеть.

Поведенческие нарушения в виде приступов раздражения, агрессии, сложностей с обучением и другие могут сохраняться многие недели и месяцы. Должен особо подчеркнуть: подросткам, перенесшим в детстве нейронинфекцию, ни в коем случае нельзя употреблять алкоголь и курить, так как это провоцирует ухудшение психического состояния, что иногда проявляется еще большей злобностью, агрессивностью, способностью к противоправным действиям.

Всех детей после перенесенного менингита необходимо как минимум на полгода освободить от уроков физкультуры, им запрещается заниматься теми видами спорта, при которых может повышаться внутричерепное давление (тяжелая атлетика, борьба, толкание ядра, бокс и др.).

Родители часто задают нам вопрос: могут ли призвать переболевшего менингитом сына в армию? Однозначного ответа нет. Медицинские комиссии военкоматов решают подобные вопросы сугубо индивидуально, исходя из состояния здоровья призывника.

Важно отметить, что большинство психических изменений после менингита внешне малозаметны, но они могут резко снизить качество жизни ребенка. Поэтому после выписки из больницы ему должна быть создана по возможности комфортная, спокойная обстановка. Это не значит, что нужно потакать всем капризам и требованиям, но нельзя и сердиться в ответ на его приступы раздражения, агрессивности и колебания настроения. Об этом родители должны сказать и школьному учителю, постараться объяснить одноклассникам, что их товарищ переживает очень трудный период, ему необходима поддержка и помощь сверстников, а зло шутить или смеяться над некоторыми странностями его поведения — большой грех.

Если ученик быстро устает, у него появляется головная боль, плохо концентрируется внимание, лучше после 3–4 уроков отправить его домой. Раньше чем через две-три недели после выписки из больницы детей вообще не следует отпускать в школу. Вернувшись домой после уроков, ребенок должен обязательно поспать пару часов. О пребывании в группе продленного дня, как вы поняли, даже и речи не может быть. Следует ограничить время просмотра телепередач, лучше пусть он чаще бывает на свежем воздухе, играет в тихие игры без особых физических и психических напряжений. Чем спокойнее будет вокруг ребенка обстановка дома, в детском саду, в школе, тем быстрее пройдет восстановительный период после болезни. Не следует торопить события, без совета с врачом принимать различные лекарства и из самых лучших побуждений перегружать ребенка, стараясь наверстать упущенное.

Все дети, перенесшие менингит, на-

ходятся на диспансерном наблюдении у невропатолога по месту жительства, а в Минске — в диспансерном кабинете детской инфекционной клинической больницы. Обследование проводится через месяц после выписки, а в дальнейшем — каждые три месяца, при необходимости — чаще.

Если обнаружены органические изменения со стороны нервной системы, назначают восстановительное лечение, которое проводится в детской инфекционной клинической больнице.

Это комплекс медикаментозного, физиотерапевтического лечения и гипербарической оксигенации в барокамере (по показаниям). Проводимая реабилитация позволяет снизить частоту и тяжесть остаточных явлений после перенесенной нейронинфекции.

Мне вспоминается тяжелый случай герпетического менингоэнцефалита у ребенка 11 лет. Девочка лечилась в больнице в течение 45 дней. Пять дней она была без сознания, наблюдались судороги, температура достигала 41°. На 10-й день лечения у ребенка преобладали психические нарушения, она сопротивлялась осмотру, не выполняла указаний врача, не реагировала на мать, беспричинно плакала, речь была невнятная, не удавалось установить словесный контакт с больницей. Только через месяц начала восстанавливаться речь, больная попробовала ходить с поддержкой, стала следить за собой.

Ребенку было проведено 6 курсов восстановительного лечения. Врачу удалось ликвидировать часть последствий тяжелейшего энцефалита. Девочка не могла читать, но информацию воспринимала на слух (компенсаторное усиление памяти). Первое время занятия по школьной программе проводились дома, впоследствии девочка успешно окончила школу.

Этим примером хочу сказать родителям: не опускайте руки в борьбе с этим серьезным недугом! Менингиты сегодня излечиваются, и очень часто удается избежать их опасных последствий. Не отказывайтесь от восстановительного лечения! После перенесенной нейронинфекции ребенок должен обязательно наблюдаться у специалиста.

И запомните: переболевшие менингитом дети не заразы для окружающих! Они прошли лечение мощными антибиотиками и при выписке из больницы были обследованы на носительство микроорганизмов, вызвавших заболевание.

