

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (100) АПРЕЛЬ 2011



ОТ РЕДАКТОРА



Вот вы, уважаемые читатели, держите в руках уже **100-й(!)** выпуск нашего журнала. Мы и сами приятно удивились этому нашему, пожалуй, уже не маленькому юбилею.

Оглянувшись назад, вспоминаю тот период, когда мы только начинали наш проект – выпуск журнала, придумывали ему имя... И выбирали формат издания – разговор о здоровом стиле жизни, о повышении роли и личной ответственности за состояние своего, индивидуального, здоровья. Мы планировали говорить о роли семьи в сохранении и укреплении здоровья, об ответственном родительстве, обсудить другие очень важные для жизни общества, каждой семьи темы.

Даже если обратиться только к колонке редактора за этот период, и то перечень тем – достаточно символический. Это инновации в здравоохранении и проблемы молодых, мы рассуждали о благотворительности и о развитии гражданского общества, о защите прав пациентов и об ответственности медицинских работников. Мы размышляли о... счастье и говорили о воспитании духовных ценностей.

Начав разговор об административной реформе и эффективности власти, мы возвращались к этой теме в контексте взаимодействия с ней (властью) гражданского общества.

Мы поднимали (и не раз) тему важности для общества в целом, для каждой семьи особого, уважительного, отношения к пожилым людям, особенно близким.

Мы поддержали идею создания, по аналогии с женсоветами, советов отцов и особого краевого праздника – Дня отца. С первого выпуска журнала освещаем тему материнства – как самую благородную миссию женщины.

Мы говорили о здоровье педагогов и медиков как безусловной социальной ценности, которая особым образом влияет на здоровье всего общества. Назвав лишь незначительную долю обсуждаемых с вами, нашими читателями, тем, – мы рады тому, что они находили отклик и заинтересованность в ваших сердцах.

Мы можем с гордостью говорить о том, что когда мы начали выпускать наш журнал, вопросы семьи, популяризации здорового образа жизни, как и модернизации здравоохранения, были еще далеко не приоритетными в государственной социальной политике, а уж тем более они не были часто обсуждаемыми темами центральных СМИ. Сегодня первый и второй федеральные телевизионные каналы «конкурируют» за зрителя, ориентированного на ЗОЖ, появились рубрики «про здоровье» и во многих солидных печатных изданиях.

Редакционный совет журнала, достоин, как нам кажется, заслуженной похвалы за такое «социальное предвидение», терпение, настойчивость и последовательность в этой очень важной, по нашему мнению, работе.

У нас небольшой редакционный коллектив. Пользуясь нашим «СТО-номерным» юбилеем, хотелось бы поблагодарить наших постоянных партнеров – Профессиональную сестринскую ассоциацию, сотрудников кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, Алтайское краевое научное общество кардиологов, членов краевого Совета женщин, представителей нашего журнала в городах и районах края, каждого, кто принял участие в нем за эти годы, – за понимание, соучастие и высокую гражданскую ответственность, чувство долга перед всеми жителями края.

Все вы как очень мудрые, ответственные и дальновидные «социальные политики», занимались, в отличие от многих публичных деятелей, не критиканством, а конкретным делом. Вы своими компетентностью, неравнодушием старались заинтересовать, донести до жителей края (да и власти!) нужность и важность перемен в вопросах охраны здоровья и смогли повести за собой многих и многих...

Всех наших читателей мы считаем нашими единомышленниками, партнерами, последователями.

И, в отличие от многих «блистательных политиков», которые начинали «хорошие» реформы, но в силу «неготовности и отсталости» народ их не принял – нам с нашим «народом-читателем» повезло. Нашу позицию: «Будь здоровым! Начни с себя!» – они разделяют.

Содержание



**Истоки ожирения
женщин молодого
возраста**



**Детский плач
под арестом?**



**Жестокость
в семье. Почему?**



**Скажи «СТОп»
страхам**

На обложке: Елена Артуровна **ЧЕРЕПАНОВА**, заведующая бактериологической лабораторией, ГУЗ «Алтайская краевая станция переливания крови»; донор, сдавшая более 300 раз кровь.

Фото: Андрея Каспришина

Почетно и доСТОйно для каждого	2-5
Как дожить до 100 лет?	5-6
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. ИСТОки ожирения женщин молодого возраста	7-9
О.Н. Шевченко. Современные методы лечения - противостоЯние катаракте	10-11
ДайджеСТОвая страница	12
ДоСТОйная жизнь без табака и алкоголя	13
ИСТОризмы медицины	14
«Я поСТОянно дуюсь»	15
ЧаСТО плакать полезно	16
Т.М.Асельборн. Детский плач под арестом?	17
«ХолоСТОй выстрел» фармкомпаний	18
Кадровый вопрос в здравоохранении края	19-22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А. Плигина. Круглый Стол «Модернизация здравоохранения: вопросы кадрового обеспечения»	23-24
И.В.Кудряшова. НепроСТОй герпес: простуда или болезнь?	25-26
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Помни, подроСТОк: насвай - это страшно	27
И.В. Демкина. Не называйте запросто лекарства конфетами!	28-29
ДайджеСТОвая страница	30
Ю.С.Шатохина. Жестокость в семье. Почему?	31-32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Мужское заСТОлье	33
ДЕТСКАЯ СТОлица	34-35
Красота в проСТОте	36
ДайджеСТОвая страница	37
Красивая грудь: форма - это главное!	38
Факторы, вызывающие стоПроцентную симпатию	39
НаСТОящая экзотика	40-41
А.В. Маркин. Скажи «СТОп» страхам	42-43
Внимание и оСТОрожность в питании	44-45
Тест: ИСТОчник познания себя: Интроверт или Экстраверт?	46-47
ДоСТОйные лауреаты Демидовской премии	48



Почетно и доСТОЙно для каждого Донор - значит «дарящий»

В апреле в России отмечается Национальный день донора крови - в честь первой попытки еще в 1832 году перелить кровь от одного человека другому для спасения жизни.

С момента понимания лечебных свойств донорской крови потребность в ней не уменьшается. По статистике, **каждый третий житель России хотя бы раз в жизни нуждался в донорской крови.** В советское время донорство было популяризировано среди населения. На каждую тысячу жителей приходилось 50 доноров, но уже в начале 90-х годов прошлого века их число сократилось более, чем в десять раз. К 2007 году на всю страну приходится всего 1,8 миллиона доноров, что чрезвычайно мало для нашей национальной безопасности. **Государство берет вопросы донорства под контроль.** Так, развитие службы крови в стране предусмотрено приоритетным национальным проектом «Здоровье», определена программа формирования донорского контингента на ближайшие годы. Преобразования затрагивают и донорский корпус Алтайского края.

О состоянии донорской службы и перспективах мы беседуем с главным врачом ГУЗ «Алтайская краевая станция переливания крови» **Татьяной Николаевной ИНДЮШКИНОЙ.**



- Сколько на сегодня доноров в крае, и в какой степени они могут обеспечить потребности региона в донорской крови?

- На начало 2011 года у нас насчитывалось более 42 с половиной тысяч доноров, по их количеству мы занимаем пятое место из 11 в Сибирском федеральном округе. И хотя в пересчете на тысячу жителей населения (18,3чел.) мы уступаем нормативам, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения (25-30чел.), **текущие потребности лечебных учреждений края в основных компонентах крови мы удовлетворяем полностью.** За исключением одного - тромбоконцентрата (он отвечает за свертываемость крови). Мы не можем запастись его впрок, так как он не хранится более 5 дней. Невозможно заранее просчитать и группу крови, тромбоциты которой могут потребоваться лечебным учреждениям, по за-

явке которых мы предоставляем необходимые компоненты.

- Кто, кстати, ваш основной заказчик?

- Подразделения лечебных учреждений, связанные с большими кровопотерями своих пациентов. Это, в первую очередь, отделения хирургии и травматологии, отделения гематологии и учреждения родовспоможения.

К сожалению, *полноценной замены донорской крови, как и препаратам, приготовленным на ее основе, так и не удалось найти. И самый острый дефицит, который мы испытываем в работе, связан с нехваткой доноров, сдающих именно тромбоциты.* Эта процедура более трудоемкая и продолжительная, чем обычная сдача крови. Дольше и тщательнее идет обследование, длительнее по времени и восстановительный период после донации. Поэтому сдача тромбоконцентрата не очень популярна среди доноров. Родственники пациентов, которым требуется тромбоцитарная масса, в данном случае становятся для нас настоящим спасением. Во-первых, их кровь совпадает по востребованной группе, а во-вторых, они готовы переносить некоторые неудобства, связанные с кропотливой процедурой и рядом определенных ограничений. Например, строгие требования к анализу крови. Вес человека, сдающего кровь, должен быть не менее 50 кг. Предпочтительнее, чтобы донор был мужчина, так как он легче переносит такую донацию, и его организм быстрее восстанавливается.

- А если говорить об общих требованиях, то кто может быть донором?

- Любой гражданин, достигший 18-летнего возраста. Здоровый, без вредных привычек, не имеющий в анамнезе перенесенных социально опасных заболеваний, таких как туберкулез или сифилис, а также передающихся через кровь, как гепатиты В и С, ВИЧ и другие.

- Но ведь человек может скрыть такую информацию...

- Человек может, а вот кровь все это «расскажет». Потому и **проводится очень тщательный отбор среди кандидатов в доноры.** Независимо от того, что мы делаем анализы на наличие опасных вирусов (сифилиса, гепатитов, ВИЧ), всех кандидатов проверяем по базе данных из кожно-венерологического и туберкулезного диспансеров, службы санэпиднадзора, центра ВИЧ/СПИД на предмет учета по заболеваниям, которые могут передаваться через кровь. Тем, кто есть в этой базе, в донорстве отказываем.



Модернизация здравоохранения

Кандидаты в доноры, после первого этапа проверки, направляются на прием к врачу. Если у него есть вопросы к состоянию здоровья, человек не получает допуска на сдачу крови. Стоит отметить, что **такому тщательному медицинскому осмотру доноры подвергаются каждый раз перед донацией.**

Более того, **сданная кровь направляется на шестимесячный карантин в хранилище с температурой -40 градусов и передается в лечебные учреждения для использования только после повторного анализа крови донора - через 6 месяцев!** Вот почему для нас так важно, чтобы донор пришел повторно: только так можно подтвердить качество крови, взятой при первой сдаче.

Поэтому же мы больше заинтересованы в постоянных донорах, которые сдают кровь регулярно.

- Но бывает, что человек не может прийти или не хочет, тогда что - кровь пропадает?

- Нет, не пропадает. Порции необследованной повторно крови идут на завод для производства лекарственных препаратов. Но наша-то задача, станции переливания крови, - не заготавливать сырье для фармацевтического производства, а обеспечивать лечебные учреждения компонентами крови. **Поэтому мы просим тех граждан, которые по каким-либо причинам не могут прийти на саму процедуру сдачи крови повторно, сдать ее в незначительном количестве,** чтобы можно было сделать только ее анализ и убедиться в безопасности первоначально сданной порции.

При чрезвычайных ситуациях - терактах или стихийных бедствиях - люди очень активно и искренне откликаются на трагические события и идут сдавать кровь массово. Но вторично мы их, как правило, уже дожидаться не можем, и все заготовленные порции остаются в хранилище невостребованными. **(На это обстоятельство мы обращаем особое внимание читателей. В своем благодарном порыве - будьте последовательны. - прим. редакции)**

Конечно, служба крови заинтересована в плановой, а не экстренной заготовке крови. Ведь помогать тяжелобольным людям важно каждый день. **Поэтому мы и рассчитываем видеть в числе доноров людей, которые сдают кровь регулярно, а не ситуационно.**

Чтобы стимулировать первичных доноров сдать кровь на анализы хотя бы в пробирку (на анализ), мы приглашаем их к нам не только в рабочие дни, но и по субботам, компенсируем расходы на проезд в размере 50 рублей. Более того, мы даже готовы прийти к ним домой и там взять кровь на анализ. *Хотелось бы, чтобы люди все-таки осознавали важность донорства, а откликнувшись на нашу просьбу,*

решили для себя окончательно, будут сотрудничать с нами или нет.

- Насколько безопасно донорство?

- На сто процентов. **Риск заражения абсолютно исключен**, так как для забора крови используются всегда только стерильные одноразовые инструменты с полным исключением повторного их применения. А кроме этого, за здоровьем донора во время донации ведется постоянное медицинское наблюдение.

- Это меры безопасности для донора. А насколько защищен пациент?

- Первый уровень гарантии его безопасности - уже упомянутая **карантинизация крови.** Алтайский край был первым в России регионом, где еще в 90-х годах стали использовать этот метод хранения крови и ее компонентов. В стране карантинизация свежзамороженной плазмы стала обязательной только в 2003 году, а карантинизированные эритроциты до сих пор есть лишь в нескольких регионах страны.

Эритроциты востребованы при проведении плановых хирургических вмешательствах, у больных с редкими генотипами крови, при кардиохирургических операциях, у пострадавших от термических факторов (ожогов, отморожениях), у пациентов отделений токсикологии и гемодиализа. **На нашей станции переливания крови создан «Банк крови»,** и с 2004 года организована его круглосуточная работа. С 2006 года в таком же режиме работают «Банки» на станциях переливания крови в Бийске и Рубцовске.

Вторым уровнем безопасности является **ПЦР-диагностика компонентов крови,** не подлежащих длительному хранению. ПЦР-тестирование в режиме реального времени для выявления маркеров ВИЧ и гепатита С введено у нас с 2007 года, в Рубцовске - с 2008 года.

За время работы ПЦР-лаборатории по результатам ИФА-скрининга были выявлены два донора, находящихся в так называемом «серонегативном окне». Полученные данные тем более важны, что по мировой статистике частота ПЦР-положительных находок у ИФА-негативных доноров по гепатиту С составляет 1 случай на 1 миллион исследований.

Благодаря приоритетному национальному проекту «Здоровье» по разделу «служба крови» станция переливания крови получила современное оборудование, которое позволяет совершенствовать технологии заготовки, переработки и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов.

- Как велика потребность в донорах?

- Еще как велика! К сожалению, за последние три года *численность доноров в крае сократилась примерно на 13%.* Это большая цифра. Еще в прошлом году у нас было на две с лишним тысячи доноров больше, чем нынче. Кроме того, почти половина наших помощников, по-▶



Модернизация здравоохранения

► Лучив звание Почетного донора, прекратила регулярную сдачу крови, - это тоже отразилось на численности наших добровольных помощников. Поэтому мы стараемся активизировать работу по привлечению внимания общественности к «донорской» проблеме, участию в добровольной дотации жителей края и особенно молодежи.

Дважды в год - весной и осенью - мы проводим студенческие акции «Капля крови - чья-то спасенная жизнь». Когда мы объясняли, зачем это нужно делать и как, - у нас не стало проблем с участием студентов в этом благородном деле. Само слово «донор» происходит от латинского глагола «donare», что означает «дарить».

За эти годы тысячи студентов стали донорами. Особенно активно проявили себя представители Алтайской педакадемии, технического, медицинского и аграрного университетов, Барнаульского кооперативного техникума коммерции и права. У нас есть молодые люди, которые начали сдавать кровь с 18 лет, и еще не закончив вуза, стали почетными донорами. **В настоящее время 77% доноров края - граждане до 45 лет.** Это достаточно молодой контингент, который мы вправе рассматривать как нашу опору, костяк, на который можно рассчитывать в трудную минуту. Но и он должен прирастать. И желательнее молодыми добровольцами, чтобы шло обновление кадров, хотя донорство и не имеет фактически ограничений по возрасту. Главное, был бы здоров человек. Но среди молодежи, по определению, здоровых больше.

Развитию в крае донорского движения среди населения уделяется большое внимание. Помимо студенческих акций **регулярно проводятся «Дни донора» с выездом на территорию 60 районов, входящих в зону обслуживания службой крови края.** Уже определились свои лидеры по активности участия в этих мероприятиях: Шипуновский, Змеиногорский, Угловский районы, Родино, Белокуриха, Солонешное, Смоленский и Зональный, Первомайский, Косихинский, Павловский, Ребрихинский и Тюменцевский районы.

Но в этой бочке меда есть, к сожалению, ложка дегтя. С каждым годом мы все чаще сталкиваемся с равнодушным отношением ко «Дню донора» со стороны глав администраций районов, да и главные врачи не проявляют большой активности по привлечению жителей к нашим мероприятиям, отговариваясь занятостью, отсутствием времени и тем, «что за эту работу не платят». Хотя надо-то всего лишь разместить объявления о проведении «Дня донора», или оповестить об этом жителей через газету или местные телевидение и радио. Раньше, еще несколько лет назад, руководители районов выделяли транспорт для доставки жителей близлежащих поселений в райцентр для участия в «Дне донора». Теперь такое содействие встречается все реже и реже. А



ведь этим мы невольно лишаем людей возможности стать донорами.

- Но нередко бывает и так, что человеческий порыв натывается на административные препятствия со стороны работодателей, особенно негосударственных структур.

- К сожалению, такое тоже случается. Причем, формально такие руководители и не против, чтобы работники сдавали кровь, но они порой ставят донора перед непростым выбором: или работа, или донорство, отказываясь предоставить ему два дополнительных оплачиваемых дня отдыха.

- Что такое аутодонорство?

- Это **возможность заготовки крови для себя лично.** В последние годы такой вид донорства становится все более популярным, особенно в группах населения, чья деятельность сопряжена с риском. Или если человек ждет плановую операцию. Он может заранее сделать запас собственной крови, - по запросу лечебного учреждения при необходимости мы ее выдаем. Но здесь есть особенности: при заготовке на станции переливания крови эта процедура платная, а в самом лечебном учреждении - бесплатная. Очень широко пользуются аутодонорством в городской больнице №1 г.Барнаула, где выполняют операции на суставах, позвоночнике, кишечнике и т.д.

Аутодонорство имеет абсолютную иммунную и инфекционную безопасность. И даже те граждане, которые отказываются в обычных условиях от донорства по религиозным соображениям, в данном случае ничем не рискуют: кровь-то своя.

- Правда ли, что донорство件зно, или это только слоган?

- Польза донорства доказана многолетним опытом. *После сдачи крови в организме донора происходит усиленное деление клеток, в результате чего появляются новые молодые клетки крови.* За счет этого организм как бы обновляется. Это, в свою очередь, служит *хорошим средством профилактики сердечно - сосудистых заболеваний, иммунной системы* и т.д. Но и это еще не все. При регулярной сдаче крови организм привыкает к маленьким кровопотерям и



легче переносит более крупные. Таким образом, у доноров больше шансов спастись в экстремальной ситуации, связанной с потерей крови. И еще немаловажный плюс донорства заключается в том, что его *здоровье находится под постоянным контролем врача*: донор регулярно подвергается медосмотру, его кровь проходит самый тщательный анализ на наличие социально опасных инфекций, ее исследуют на клинико-иммунологические и биохимические показатели.

ОТ РЕДАКЦИИ

Мы обязательно вернемся на страницах нашего журнала к вопросам безвозмездного донорства. Эта тема чрезвычайно важна. Мы надеемся, что понимание важности для спасения жизней донорской крови побудит многих пересмотреть свое отношение к этой акции, и День донора станет для вас днем исполнения вашего гражданского долга.

Мы обращаемся к Союзам промышленников Алтайского края и предпринимателей с предложением включить этот важный вопрос - участие в донорском движении края - в повестку своих плановых заседаний, и уверены, что специалисты Краевой станции переливания крови представят убедительную информацию.

Мы рассчитываем, что Союз журналистов края, в который входят практически все муниципальные СМИ, также поддержит эту акцию, а информация о проводимых «Днях донора» в городах и районах края будет дополнительным побудительным моментом.

А вас, уважаемые читатели, мы приглашаем к популяризации донорства и личному участию.

Дарите людям надежду!

Ольга Николаева

Список станций переливания крови Алтайского края:

● ГУЗ «Алтайская краевая станция переливания крови»: г.Барнаул, пр.Ленина, 197.

Телефоны: 8 (3852) 77-08-17, 77-12-94

Прием доноров с 8-00 до 12-00, кроме субботы и воскресенья.

● КГУЗ «Станция переливания крови, г.Бийск»: г.Бийск, ул.Мартыанова, 44.

Телефон 8 (3854) 43-58-30

Прием доноров с 8-00 до 12-00, кроме субботы и воскресенья.

● ГУЗ «Станция переливания крови г.Рубцовска»: г.Рубцовск, пр.Рубцовский, 35-а.

Телефон 8 (38557) 4-65-60

Прием доноров с 8-00 до 12-00, кроме субботы и воскресенья.

Как дожить до 100 лет?

Хотите жить долго и счастливо? Что за вопрос! - скажет читатель. Но готовы ли вы ради этого всю жизнь выполнять четыре простых правила? Вот на этот вопрос ответить уже сложнее...

Четыре с плюсом

Это - элементарные правила долгожительства, которые сформулированы мировой наукой. Итак, если вы хотите прожить до глубокой старости в своем уме и приличной физической форме, избежать болезней, надо выполнять всего-навсего четыре правила.

1. Отказаться от курения раз и навсегда. Комментировать тут нечего - связь самых фатальных болезней современности с воздействием продуктов сгорания табака давно доказана и сомнению не подлежит. Известно, что курение в течение 25 лет сокращает жизнь на 12 лет как минимум.

2. Придерживаться принципов здорового питания, съедая каждый день не менее 5 фруктов и овощей. Сбалансированная диета, основу которой составляют растительная пища, злаки, рыба, позволяет не только сохранять оптимальный вес, но и поддерживает правильный обмен веществ - основу основ здоровья.

3. Сохранять оптимальный для вашего возраста вес. Избыточный вес и ожирение - причина множества болезней, в первую очередь, сердечно-сосудистых и эндокринных. Уже сегодня это - огромная проблема для жителей цивилизованных стран, и если эпидемия ожирения не будет остановлена, она грозит резким сокращением средней продолжительности жизни нынешних детей.

4. Посвящать физическим упражнениям не менее 2,5 часа каждую неделю. Если поделить, получается, что двигаться активно (выполнять упражнения, заниматься фитнесом, бегать, ездить на велосипеде и т.п.) надо всего по полчаса в день пять дней в неделю - это если вы хотите сохранить нормальную форму. Если хотите ее преумножить или снизить вес, нагрузку стоит увеличить раза в 2-3.

Есть и другие - обратные правила этим четырем «золотым правилам долгожителя».

Три с минусом

Три основных врага долгожительства - главные негативные факторы. Это:

1. Отказ от иммунизации при чрезмерной вере в лекарства. Этот вывод лежит





ИСТОКИ ожирения ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Тело - багаж, который несешь всю жизнь.
Чем он тяжелее,
тем короче путешествие.*
А.Глазгоу

Сегодня мы поговорим об актуальной в настоящее время теме - **женщина и вес**.

Во все времена у разных народов было разное отношение к полноте. Был и идеал Русской Венеры Кустодиева - торжество сильного и крепкого тела. Кроме того, во многих народах полнота ассоциировалась с достатком, положением человека в обществе. В настоящее время со страниц глянцевого журнала на нас смотрят модели с низким (а иногда и за пределами низким) весом, демонстрируют таким образом идеал современности. Однако очень точно подметил поэт Н.Заболоцкий: «*Кто знает, что такое красота и почему ее обожествляют люди? Сосуд она, в котором пустота, или огонь, мерцающий в сосуде?*».

И тема этой статьи - не красота с позиции эстетики (здесь каждый выбирает сам), а жировая ткань с позиции здоровья, и прежде всего - детородного здоровья.

Функции жировой ткани

Жировая ткань - неотъемлемая часть организма, которая выполняет ряд функций: запас энергии, сохранение тепла и поддержание температуры тела, защита от механических воздействий, участие в синтезе некоторых гормонов; она - компонент клеточных мембран, носитель жирорастворимых витаминов А, D, Е и К.

Вы помните, что холестерин - это основной субстрат для синтеза половых гормонов. Отсюда вывод, что жировая ткань просто необходима для нормального функционирования организма, в том числе и половой системы.

Известно, что для начала менструации девочке необходимо набрать вес 48 кг.

Но если начинает преобладать жировая ткань, тогда происходят сбои во многих системах.

Определяем, есть ли избыточный вес

Индекс массы тела (ИМТ) просто определить по формуле:

Массу тела (в килограммах) разделить на квадрат роста (в метрах).

Существует классификация массы тела (по Международной группе по ожирению (IOTF)):

- недостаточная масса тела - ИМТ <18.5;
- нормальный диапазон массы тела - 18.5-24.9;
- избыточная масса тела - 25.0-29.9;
- I степень (ожирение) - 30.0-34.9;
- II степень (резко выраженное ожирение) - 35.0-39.9;
- III степень (очень резко выраженное ожирение) - 40.0 и более.

Но важны не только избыточный вес (или ожирение), но еще и **окружность талии**, которая точно подскажет, есть ли у вас отложение избыточного жира в районе живота и внутренних органов.

Так почему же так важно измерять окружность талии (ОТ)? **Есть ожирение по типу «груши»** - женский тип, когда отложения жировой ткани локализуются преимущественно в области бедер, а есть **ожирение «яблоко»**, или абдоминальное ожирение, - это ожирение за счет роста живота, оно более неблагоприятно в плане развития гормональных нарушений, повышения артериального давления (АД), сахара крови, развития инфаркта миокарда, инсульта и т.д.

Объем талии измеряется сантиметровой лентой на середине расстояния между нижним ребром и гребнем подвздошной кости (первое кост-



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,

главный внештатный эндокринолог Алтайского края, заведующая эндокринологическим отделением ГУЗ «Краевая клиническая больница», врач высшей категории, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач России



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей категории, ГУЗ «Краевая клиническая больница»





Учитывая вышесказанное, можно сказать, что основная задача женщины с ожирением перед беременностью - это похудеть. Мы говорим своим пациенткам: «Если вы хотите ребенка, то найдите в себе силы и способы похудеть». Ведь надо быть реалистами: любые современные технологии наведения беременности (в том числе ЭКО) будут гораздо менее эффективными у лиц с ожирением. Опытные врачи акушеры-гинекологи прошлого века говорили гениальную фразу при обращении к ним женщин с ожирением и невозможностью забеременеть: «Похудеете, тогда и придете для решения вопроса о беременности». И у многих женщин беременность наступала сама при снижении веса.

ное образование ниже, левее или правее пупка).

Итак, **абдоминальное ожирение есть, если ОТ у женщин - более 80см, а у мужчин - более 94см.**

Разберемся, в чем же негативное влияние абдоминального жира (жира живота)? Дело в том, что *это огромный полигон рецепторов для многих гормонов*, в том числе для мужских половых, поэтому у женщин с ожирением часто возникает **избыточный рост волос**. Кроме того, абдоминальная жировая ткань сама вырабатывает много гормонов, **нарушая в том числе цикличность выделения гормонов в яичниках у женщин, способствуя нарушению менструального цикла, отсутствию овуляции** и, как результат, **приводит к бесплодию**.

Кроме того, **абдоминальный жир формирует нечувствительность (резистентность) к инсулину** - гормону, который в норме снижает сахар в крови. В результате этой нечувствительности компенсаторно повышается уровень инсулина, что способствует **развитию поликистоза яичников, повышению АД, веса, нарушению жирового спектра крови** и в последующем - повышению сахара в крови. Но этот каскад реакций развивается с течением времени, а молодые пациентки с абдоминальным ожирением чаще являются клиентками гинекологов, потому как первично у них возникает **синдром поликистозных яичников (СПКЯ), приводящий к бесплодию**.

Но это еще не все проблемы, с которыми могут столкнуться женщины репродуктивного возраста с ожирением. **Также для них характерны:** высокая частота ановуляции; гиперандрогенные состояния (повышение уровня мужских половых гормонов); нарушение менструального цикла; бесплодие; гиперпластические процессы эндометрия (гиперплазия, полипоз эндометрия); высокий риск развития рака эндометрия, яичников, молочных желез; самопроизвольные выкидыши; осложненное течение беременности и родов.

Что надо предпринять женщине с ожирением для осуществления ее несбыточной мечты похудеть? Во-первых, необходимо для себя точно уяснить, что **нужно ставить реальные**

цели. То есть, если пациентка с весом 120кг ставит цель сразу похудеть до 70кг, то это, конечно, нереально и, более того, - нефизиологично. **Существует хорошее правило: 0,5кг в неделю - это хорошо, 1кг в неделю - прекрасно, более 1кг в неделю - потенциально опасно.**

Если вы поставили цель снижения веса, то надо ежедневно выполнять компоненты программы и понять, что **если вы сами не будете соблюдать диету, заниматься физическими упражнениями, то никакая волшебная таблетка и чудо-врач в этом случае вам не помогут.**

Большинство пациентов приходят к врачу с полной уверенностью, что у них появились проблемы с обменом веществ. **В среднем только 5% страдающих ожирением имеют заболевания, приведшие к накоплению жира, а остальные 95% - имеют лишний вес от неправильного образа жизни и питания.** Парадокс в том, что часто, узнав об этом от врача, пациенты в первый момент даже обижаются. А на деле оказывается, что здесь немалая доля их собственной вины.

Хочу привести случай из практики: женщина с ожирением на прием принесла свой дневник питания, в котором фиксировала все, что съедала. Вот пример питания только одного дня до обеда: бутерброды с колбасой - 3 штуки, пончик, пицца, сало с хлебом, пряники, груша. Безусловно, здесь возникает вопрос: «А зачем врач?». Тут есть очень хорошая рекомендация для врачей: не тратьте время зря на пациентов, которые только делают вид, что хотят избавиться от избытка массы тела, но не собираются всерьез этим заниматься. Посоветуйте им вернуться к этому вопросу, когда у них будет выраженная мотивация.

Но если вы сознательно подходите к питанию, то должны понять главное: **вес надо не просто снизить, а удержать его на достигнутом показателе** - это один из основных успехов лечения ожирения.

Советы начинающим

- Следите за своим питанием (где, когда и с кем вы едите);
- попробуйте избегать искушений с помощью маленьких хитростей: ис-



Школа ответственного родительства

пользуйте посуду меньшего размера, готовьте меньшее количество пищи;

- не ешьте, сидя у телевизора;
- разработайте для себя систему поощрения при снижении веса (но не продуктами);

- лучших результатов достигают более активные пациенты. Если пациент говорит, что у него нет времени для активных занятий в течение дня, это является явным признаком того, что он еще не готов к выполнению программы, направленной на снижение веса;

- постарайтесь, чтобы в проблемы пациента не был посвящен супруг или другой близкий ему человек. Некоторые родственники могут препятствовать вашим усилиям.

Есть много диет, методик с подсчетом калорий, хлебных и жировых единиц, и каждый человек выбирает сам, что ему более подходит. Так, есть люди, которых катастрофически обременяют различные подсчеты и в результате все их начинания сводятся на нет. Мы предлагаем **самую простую «систему светофора»**, она подходит всем, просто вы глазом видите продукт и знаете - можно или нельзя, а если можно, то сколько.

«Красный свет» - нежелательные продукты: растительное и сливочное масло; маргарин; майонез; семечки; оливки; жирное мясо и колбаса; жирная птица; жирные сорта сыра (>30%); копчености; консервы; сахар; фруктовые соки; кондитерские изделия; сладкие напитки; виноград, финики; манная и рисовая каша.

«Желтый свет» - продукты есть можно, но количество делим пополам от того, что ели раньше: нежирное мясо и рыба; нежирная вареная колбаса; молоко (1-2%); творог (менее 4%); кефир (1%); нежирные сорта сыра (менее 30%); картофель; бобовые; хлебобулочные изделия; каши; макаронные изделия; фрукты; ягоды; любые супы.

«Зеленый свет» - группа продуктов, употребление которых не ограничиваем: овощи; зелень; чай, кофе без сахара.

Относительно медикаментов, снижающих вес, можем сказать, что это только вспомогательные компоненты лечения и их применение



должен регулировать врач. Есть препараты центрального действия, подавляющие центр аппетита (группа сибутрамина), есть те, которые работают через кишечник, угнетая всасывание жиров (препараты Орлистата), а есть препараты комплексного воздействия (метформин). Данные препараты применяются вне беременности и только под наблюдением врача!

С какими проблемами беременная женщина с ожирением может столкнуться уже во время беременности? Это:

- повышение АД в 2 раза чаще, при ИМТ>35 - в 8 раз;
- преэклампсия, эклампсия - в 2 раза чаще;
- гестационный диабет возникает в 2 раза чаще, при ИМТ>35 - в 4 раза;
- тромбофлебит - в 0,3 раза;
- инфекции мочевыделительной системы - в 2 раза.

Конечно, во время беременности рекомендуется также ограничить сладкое (а при гестационном сахарном диабете - полностью исключить) и жиры, а также больше двигаться, если нет угрозы прерывания.

И в заключение хочется сказать: пусть ваша полнота не станет комплексом. Любите себя всегда, будьте уверены в себе и, самое главное, здоровы, а здоровье достигается в том числе (а иногда и в первую очередь) нормализацией веса! ☺

Большинство пациентов приходят к врачу с полной уверенностью, что у них появились проблемы с обменом веществ. В среднем только 5% страдающих ожирением имеют заболевания, приведшие к накоплению жира, а остальные 95% - имеют лишний вес от неправильного образа жизни и питания. Парадокс в том, что часто, узнав об этом от врача, пациенты в первый момент даже обижаются. А на деле оказывается, что здесь немалая доля их собственной вины.





Современные методы лечения - противоСТОяние катаракте



Оксана Николаевна ШЕВЧЕНКО,
заведующая отделением №4, ассистент кафедры глазных болезней АГМУ, офтальмохирург высшей категории, ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница»

Катаракта - это заболевание, связанное с частичным или полным помутнением вещества или капсулы хрусталика, приводящее к снижению остроты зрения, вплоть до полной его утраты. В переводе с греческого слово «катаракта» означает «ниспадающий» или «водопад».

Древние греки полагали, что серый цвет зрачка при катаракте представляет собой пленку, которая, подобно водопаду, опускается сверху вниз (ниспадает) на зрачок, в итоге лишая человека зрения.

Согласно классификации различают **врожденную, приобретенную** (сенильную или возрастную), **посттравматическую, осложненную, токсическую, а также вторичную катаракту**. Конечно, в практике врача-офтальмолога наиболее часто встречается приобретенная, или возрастная, катаракта.

Катаракта является одним из самых распространенных заболеваний глаза. Так, согласно данным статистики, **частота возрастной катаракты составляет 33 случая на 1000 населения**, причем эта цифра существенно увеличивается с возрастом и достигает в 70-80 лет - 260 на 1000 - у мужчин и 460 на 1000 - у женщин. После 80 лет катарактой страдает практически 100% населения. Среди врожденной патологии глаза катаракта также занимает одну из лидирующих позиций.

В сложной оптической системе глаза хрусталик занимает особое место. Это биологическая линза, напоминающая двояковыпуклое стекло, не имеющая сосудов, нервных окончаний, которая и позволяет человеку хорошо видеть. **В норме хрусталик прозрачен.** Сохранность прозрачности хрусталика обеспечивается сбалансированным физико-химическим состоянием его белков и липидов мембран, содержанием воды и ионов, поступлением и выделением продуктов метаболизма. Питание хрусталика осуществляется путем диффузии, или активного транспорта через капсулу растворенных во внутриглазной жидкости питательных веществ и кислорода. Состоит хру-

сталик из специфических белков и воды (на долю последней приходится около 65% массы хрусталика). Состояние прозрачности хрусталика определяется особенностью его структуры и своеобразием обмена веществ.

Катаракта возникает:

- ◆ при общих заболеваниях (сахарном диабете, артериальной гипертонии, атеросклерозе, ожирении и т.д.),

- ◆ заболеваниях органа зрения (глаукоме, возрастной макулярной дегенерации, миопической болезни, иридоциклите),

- ◆ при длительном лечении стероидными препаратами,

- ◆ при воздействии на глаз лучистой энергии (рентгеновских, радиационных, инфракрасных лучей),

- ◆ общих отравлениях организма,
- ◆ травмах глаза.

Механизм развития возрастных катаракт является многофакторным и изучен не полностью. Скорее всего, **формирование возрастных помутнений в хрусталике есть результат комплексного влияния как внутренних (эндогенных), так и внешних (экзогенных) факторов.** В настоящее время **основной причиной формирования катаракты является механизм свободно-радикального окисления.** Свободные радикалы - химические соединения, обладающие высокой реакционной способностью. В организме они постоянно образуются при обмене веществ, однако разрушаются специальными ферментами и естественными антиоксидантами. Свободные радикалы приводят к разрушению клеточных мембран и в конечном итоге вызывают гибель клетки. В результате образования свободных радикалов в хрусталике происходит образование и накопление токсичных соединений,



«Школа здоровья - школа профилактики»

приводящих к необратимым изменениям белков.

Особую роль играет факт снижения в хрусталике с возрастом активности ферментов антиоксидантной защиты и уменьшение концентрации природных антиоксидантов (витамины А, Е, глутатион и др.). В результате вышеописанных изменений увеличиваются масса и толщина хрусталика и уменьшается его преломляющая сила. Ядро хрусталика подвергается сдавлению новыми слоями волокон, формирующихся концентрично, и становится тверже. В результате прозрачность хрусталика резко уменьшается. **Если катаракта прогрессирует, то зрение может исчезнуть полностью.**

По степени зрелости возрастную катаракту делят на четыре стадии: начальная, незрелая, зрелая, перезрелая катаракта.

На начальных этапах развития катаракты больные предъявляют самые разнообразные жалобы: нечеткость видимых изображений, искажение зрения, зрение через «грязное, серое стекло», чувство двоения предметов, искажение цветов, появление «мушек» или пятен перед глазами, затруднения при чтении, ощущение «пелены» перед глазом. Острота зрения на ранней стадии катаракты практически не страдает.

При созревании катаракты вышеописанные жалобы усугубляются, возникает ухудшение зрения как вдаль, так и вблизи. В стадии зрелой катаракты предметное зрение утрачивается, сохраняется лишь светоощущение.

В наше время никто не застрахован от развития катаракты, причем процесс прогрессирования помутнения хрусталика может занимать как месяцы, так и долгие годы. Однако существуют эффективные методы профилактики развития, прогрессирования, а также радикального лечения катаракты.

Для обеспечения нормального питания и жизнедеятельности клеток хрусталика необходимы ферменты, органические вещества, микроэлементы,

витамины и белки. Для замедления процессов «старения» хрусталика используют капли, содержащие эти вещества. На сегодняшний день на фармацевтическом рынке представлено множество различных препаратов, замедляющих прогрессирование катаракты.

Однако радикальным методом лечения катаракты является хирургическое лечение. Один из самых распространенных и современных методов - это факоемульсификация катаракты с имплантацией искусственной интраокулярной линзы. Данная операция имеет ряд преимуществ перед другими методами благодаря технологии малых разрезов (2,8-4мм), что не требует наложения швов и способствует более благоприятному течению послеоперационного периода и быстрому заживлению.

В ходе факоемульсификации используется ультразвук для разделения помутневшего хрусталика на более мелкие части с последующей аспирацией хрусталиковых масс. После удаления помутневшего хрусталика на его место вводится мягкая интраокулярная линза - искусственный хрусталик.

В целом в Алтайском крае на долю катарактальной хирургии приходится 60% от всех офтальмологических операций. В динамике за последние 4 года четко прослеживается снижение количества традиционной экстракции катаракты и увеличение микроинвазивных ультразвуковых вмешательств: 73% операций по поводу катаракты производится современным малотравматичным методом факоемульсификации, в 93% случаях удаление катаракты сопровождается одномоментной имплантацией искусственного хрусталика. ☺



Нормальное зрение



Зрение больного катарактой

В ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница» опытными микрохирургами успешно проводится более 1000 факоемульсификаций в год, что позволяет вернуть утраченное зрение, а также улучшить качество жизни пациента.



Детский плач под арестом?

Очень часто родители жалуются на плаксивость своего любимого чада. В чем причина почти постоянного детского плача? Понятно, что если ребенок плачет от боли, то это естественно. Но когда плачем сопровождается просьба, желание чего-то от вас добиться, то этот момент можно смело отнести на промах родителя. Ведь ребенок уже овладел речью, может озвучить свои желанья, и необходимость в плаче отпадает.

Татьяна Михайловна АСЕЛЬБОРН,

заместитель
заведующей по
УВР, МДОУ
«Детский сад
№229», г.Барнаул



Отсюда - первое правило для родителей: **просьбы, высказываемые ребенком через плач, крик, топанье, - не должны исполняться.**

Но как же быть тогда ребенку, если на его просьбы не обращают внимания, не слышат их, а откликаются только лишь на плач?

Чтобы не приучать ребенка к плачу или же отучить от него, **внимательно выслушайте ребенка.** Если его просьба оправдана и не вредна, - выполните ее. Если хнычет, - объясните, что вы не понимаете его просьбы и поэтому не можете ее выполнить. Как правило, дети, убедившись, что плач не помогает, отказываются от него; но **если плач даже единожды сработал, - берегитесь!** Теперь вы - в руках у маленького манипулятора. Также приучайте ребенка к тому, чтобы он выполнял ваши просьбы, высказанные вами в спокойном тоне.

Некоторые родители отмечают, что им приходится переходить на крик, добиваясь повиновения ребенка, потому что «он иначе не понимает». Сущность заключается в том, что ребенок знает: пока мама говорит спокойно, ее можно не слушаться, но как только она повысила голос, - все, лучше ей подчиниться, так как есть реальная угроза наказания.

Если плач ребенка связан с неправильными просьбами, их лучше игнорировать. Успокаивать и прикрикивать тут нет смысла, так

как плач только усилится. Так мы пришли к другому правилу для родителей: **чем больше внимания вы уделяете слезам, тем сильнее ребенок плачет.** А если он убедится, что на его слезы не обращают внимания, то желание плакать у него со временем пропадет.

Но плачем ребенок стремится не только вызвать сочувствие, позвать на помощь, но и направить свой гнев против обидчика. Дети быстро схватывают логику взрослых: «Если ребенок плачет, значит, нужно помочь: его, возможно, обидели» (зачастую такие приемы «срабатывают» против одного из родителей).

Поэтому всегда сначала спросите ребенка о том, что случилось, а потом уже спокойно и терпеливо разберитесь в сложившейся ситуации, приняв правильное и справедливое решение.

Дети школьного возраста. Родители должны научить детей такого возраста другим, более эффективным, способам реагирования на проблему. Если ребенок устал, то для него будет лучше отдохнуть, чем плакать. Если ребенок расстроен, то он должен научиться некоторым способам, помогающим преодолеть неприятную ситуацию.

Еще одна проблема данного возраста: **что делать, когда плачут мальчики? Здесь следует избегать крайностей.** Не стоит пытаться отучить мальчика плакать, потому что «он - будущий мужчина» и «это стыдно, когда мужчина плачет». Но с другой стороны родители не должны укреплять привычку плакать по пустякам.

Безусловно, **самое главное для ребенка любого возраста - это быть уверенным в том, что он любим.** Поэтому во время каприза, плача - обнимите своего сына или дочь крепко и скажите: «Я так тебя люблю!». Ведь в этот момент ребенку именно этого так не хватает! ☺

Как взрослому научиться не реагировать на детский плач?

1. Не поддавайтесь первой волне эмоций и отвечайте ребенку только после того, как вы сами возьмете себя в руки и успокоитесь.

2. Проанализируйте, что такого вы делаете, чтобы поддерживать у ребенка тенденцию плакать по поводу и без.

3. Вы всегда должны быть заранее готовы к тому, что ваш ребенок может заплакать, и у вас должна быть наготове фраза типа «я отвечу тебе, как только ты спросишь меня спокойно». Вы не должны говорить ребенку «перестань плакать» или «не плачь». Часто эти фразы воспринимаются детьми как критика, и от этого они могут заплакать еще сильнее. Лучше префразировать ваше послание подобным образом: «Давай подумаем, чем я могу тебе помочь, чтобы ты перестал плакать».

4. Если вы не можете устоять перед детским плачем, не можете отказать в чем-то ребенку, вам следует прибегнуть к своеобразному психологическому тренингу, постоянно повторяя себе, что «это на благо моему ребенку - ответить «нет».

5. Если вы поддаетесь ребенку, это только укрепляет его привычку плакать. Поэтому ваши ответы «да» и «нет» должны быть окончательными. Если вы сказали «нет», значит, так тому и быть, вы должны твердо стоять на своем и не менять свое мнение.



Кадровый вопрос в здравоохранении края

Круглый СТОл по теме «Модернизация здравоохранения: вопросы кадрового обеспечения» прошел 7 апреля т.г.

К участию в нем приглашались представители органов управления здравоохранением края, лечебных учреждений, АГМУ, Уполномоченный по правам человека в Алтайском крае, участники профессиональных медицинских организаций, руководители крайкома профсоюза медицинских работников, представители других НКО, пресса.

Общий вектор состоявшегося разговора - это, прежде всего, серьезная озабоченность сложившейся ситуацией с кадрами в здравоохранении, которую многие характеризовали как «критичную».

Согласно информации **Т.М. КОРОСТЕЛЕВОЙ**, начальника кадрового сектора Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности: «...по состоянию на 01.01.2010г. в медицинских учреждениях края работали **10667 врачей**, из них в ЛПУ - **8552**, и **24689 средних работников**, из них в ЛПУ - **21420**. Обеспеченность врачами в целом по краю составила **42,7 врача на 10тыс. населения** (РФ 2008г. - 43,8), **обеспеченность средними медицинскими работниками - 98,9 на 10тыс. населения** (РФ 2008г. - 94,1).

В настоящее время **размер дефицита обеспеченности врачебными кадрами составляет 28,1%**, в том числе в амбулаторном звене - **25,7%**, в стационарном - **30,1%** (*т.е. не хватает почти трети специалистов!* - прим. редакции).

Остродефицитными являются врачи следующих специальностей: хирургия, оториноларингология, офтальмология, анестезиология-реаниматология, кардиология, эндокринология, психиатрия-наркология. Целый ряд районов физически не имеют работающих хирургов и анестезиологов-реаниматологов, в значительной части районов фактически на износ работают по одному специалисту...».

Тамара Михайловна подробно сообщила о том, какие меры принимаются Управлением здравоохранения в рамках выделяемых ресурсов для разрешения проблем в обеспечении кадрами: «Не решены социальные проблемы медицинских работников, особенно остро эта проблема стоит на селе. В настоящее время в ЛПУ края работают **3050 молодых специалистов**, в том числе в краевых - **966**, городе - **1422**, селе - **662**.

Врачей со стажем работы до трех лет в Алтайском крае **513**, из них **120** работают в центральных районных больницах, **263** - в городских и **130** - в краевых лечебных учреждениях.

Молодых специалистов со средним медицинским образованием в крае **1716**, работают в сельских лечебных учреждениях - **385**, городских - **953** и краевых - **379**.

Нуждаются в жилье 32% процента молодых специалистов, так как в настоящее время в общежитии проживают **518** человек и снимают жилье у частных лиц **580** человек...».

Участники круглого стола были практически единодушны во мнении о том, что **решение кадровых проблем в здравоохранении является наипервейшей задачей и государства, и общества.**

В первую очередь, работающих в отрасли не устраивает **низкий уровень оплаты труда**, «не адекватный темпам роста профессиональной ответственности». Как отметила консультант аппарата Уполномоченного по пра-

ОТ РЕДАКЦИИ

Общественная палата Алтайского края по инициативе ряда общественных организаций - профессиональных медицинских, пациентских, общественных организаций, занимающихся пропагандой здорового образа жизни, в том числе и нашего журнала «Здоровье алтайской семьи», запланировала ряд круглых столов по некоторым актуальным вопросам охраны здоровья населения края. В частности, в планах в текущем году обсудить вопросы: «**Модернизация здравоохранения: вопросы кадрового обеспечения**» (07.04.2011), «**Репродуктивное здоровье и система оказания акушерско-гинекологической и андрологической помощи в крае**» (09.06.2011), «**Система охраны здоровья детей в крае: вопросы межсекторального взаимодействия**» (08.09.2011), «**Можно ли и как снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний**» (10.11.2011), «**Профилактика в системе здравоохранения: реальность и перспективы**» (08.12.2011).



Остродефицитными являются врачи следующих специальностей: хирургия, оториноларингология, офтальмология, анестезиология-реаниматология, кардиология, эндокринология, психиатрия-наркология. Целый ряд районов физически не имеют работающих хирургов и анестезиологов-реаниматологов, в значительной части районов фактически на износ работают по одному специалисту.

вам человека в Алтайском крае **М.И. АФОНАСЬЕВА**, «такая оплата труда медиков, которая несопоставима с уровнем напряженности на работе, унижает человеческое достоинство», заметив, однако, что «претензий к медицинским работникам еще очень много». Причем жалобы Уполномоченному по правам человека в крае в основном связаны не с качеством оказания помощи, а с нарушением этических и деонтологических норм медиками...

Наряду с общим дефицитом врачей в системе здравоохранения обращалось внимание и на то, что среди медицинских работников, как врачей, так и среднего медицинского персонала, довольно значительный процент работающих составляют лица пенсионного или предпенсионного возраста, а это означает, что напряженность с кадрами в отрасли в ближайшее время только возрастет. При недостаточном притоке в сферу здравоохранения выпускников молодые специалисты не делают выбор в пользу наиболее интенсивных и сложных в профессиональном плане специальностей: акушер-гинеколог, хирург, анестезиолог, - отдавая предпочтение таким, как, например, косметолог...

Целевая подготовка специалистов в медицинском вузе для нужд конкретного муниципалитета, с одной стороны, формально контролируется якобы заинтересованной в специалисте стороной (или не контролируется?!), с другой - в случае неисполнения договора обучающимся и отказа ехать по целевому распределе-

нию правовых последствий, как правило, не наступает, и затраты на его обучение им не компенсируются.

Но не меньшее, чем уровень оплаты труда, негативное влияние на профессиональную ориентацию, закрепление кадров, по мнению экспертов, имеет и **отношение самого общества, населения к проблемам охраны здоровья**. Не секрет, что в силу как объективных (большая доступность информации, повышение требований к объему и качеству медицинской помощи), так и чисто субъективных причин - **уровень доверия к врачу, безусловное следование самым необходимым и жизненно важным рекомендациям медиков у населения - катастрофически низкий**.

Свою лепту в формирование образа медицинского работника-«врага»: безграмотного, некомпетентного, безразличного к нуждам пациента - вносят и отдельные СМИ. Причем такого рода «разгромные» публикации выходят, как правило, до компетентного профессионального изучения ситуации, а журналистами в них дается собственная оценка не только организационным промахам (если они были!), но и, что вызывает полное непонимание, профессиональным (!) действиям медицинских работников. Эксперты считают, что в этом направлении необходимо взаимодействие как с профильным комитетом, коллективами краевых СМИ, так и с профессиональными союзами журналистов с целью более широкой пропаганды важности здорового стиля жизни среди населения, формирование ответственности за свое индивидуальное здоровье.

На вопросах организации учебного процесса, особенно на клинических базах, там, где будущий врач получает свой первый клинический опыт (включая вопросы профессионального наставничества, передачи опыта), **необходимости создания мотивирующих механизмов участия в обучении для практикующих врачей**, - на таких вопросах сконцентрировал свое внимание ректор АГМУ **В.М. БРЮХАНОВ**. Он однозначно высказался и за необходимость существенного повышения оплаты труда медикам, особо обратил внимание на крайне уровень оплаты врачей-интернов: «...Достойная оплата труда



Гражданское общество

снимет вопросы жилья, другие социальные проблемы. Ситуация с медицинскими кадрами усугубляется еще и тем, что у нас слабые, не работающие профессиональные медицинские ассоциации», - отметил ректор АГМУ.

Как решение проблемы обеспечения медицинскими кадрами первичного звена сельских районов предлагалась **мера по обеспечению медицинского работника ФАПа, врачебной амбулатории, участковой больницы в обязательном порядке добротным служебным жильем.**

В особо сложных, проблемных районах предлагалось **заключать со специалистами срочные трудовые контракты, а по их завершении предоставлять, в зависимости от срока и качества работы по контракту, - компенсационные выплаты или льготные кредиты на приобретение жилья.**

Главный врач МУЗ «Городская больница №11» г.Барнаула **А.А. КОЛОМИЕЦ**, наряду с напряженной ситуацией с врачебными кадрами, обеспокоен также и **укомплектованием ЛПУ средними медицинскими работниками.** По его словам, сейчас до 80% медицинских сестер-«дежурянок» составляют временные работники - студенты АГМУ.

Проблемы средних медицинских работников края подробно изложила в своем выступлении Президент краевой профессиональной сестринской Ассоциации (ПАСМР) **Л.А. ПЛИГИНА** (*ее выступление публикуется в рубрике «Вестник Ассоциации», 23-24 стр.*).

Ветеран здравоохранения, Заслуженный врач РФ **И.А. ЕГОРОВА** особое внимание обратила на **профессиональное самоуважение медиков, их особый социальный статус, которые нужно воспитывать со студенческой скамьи и всячески поддерживать среди населения.** К сожалению, есть примеры, отметила Ия Андреевна, когда врач проявляет невнимание, безразличие к пациенту, как следствие - снижение авторитета врача, медицинской сестры, что имеет колоссальное значение для общества. Игнорирование же рекомендаций специалистов существенным образом сказывается на результатах лечения, а следовательно, на состоянии общественного здоровья в целом.



Высказывались опасения, что с передачей с 2012 года учреждений здравоохранения с уровня муниципалитетов на краевой уровень снизится и без того недостаточное участие в вопросах охраны здоровья населения муниципалитетов, в том числе и в вопросах кадрового обеспечения. Требуется, считают эксперты, **обязательное подписание соглашения, которое четко определит «краевые и муниципальные полномочия» в этой сфере.**

Возможно, **более системная работа с обществом:** информирование работников социальной сферы, представителей бизнеса и НКО о текущих задачах, проблемах в системе здравоохранения, создание действенных и заинтересованных Попечительских советов при медицинских учреждениях, - как считают эксперты, **повысит информированность и ответственность за свое индивидуальное здоровье, позволит более рачительно использовать ресурсы здравоохранения, в том числе и главный ресурс - специалистов.**

В выступлениях экспертов были обозначены и такие вопросы, как **неудовлетворительное здоровье самих медицинских работников, распространенность среди студентов АГМУ, медицинских колледжей и практикующих специалистов вредных привычек,** что, по мнению участников, недопустимо как в учебных заведениях, так и в медицинских учреждениях.

Вопросы, связанные с развитием частного здравоохранения, в своем выступлении затронул **М.А. МАРТИРОСЯН**, директор многопрофильного ме-

Как решение проблемы обеспечения медицинскими кадрами первичного звена сельских районов предлагалась мера по обеспечению медицинского работника ФАПа, врачебной амбулатории, участковой больницы в обязательном порядке добротным служебным жильем.



Гражданское общество

▲ дицинского центра «Нармед», член правления АКОО «Союз армян Алтайского края». В развитие темы частного здравоохранения эксперты обратили внимание на то, что **развивающийся сектор частного здравоохранения не решает задач подготовки специалистов для своих нужд**, как первичной, так и по повышению квалификации.

В связи с тем, что в работе круглого стола не приняли участие представители профессиональных союзов медицинских работников, роль этого гражданского института в решении кадровых вопросов не обсуждалась. Однако высказывалось мнение о слабости их работы в медицинских коллективах.

Возникает вопрос: есть ли выход? Или все так драматично?

Безусловно, наряду с проблемами участники дискуссии отмечали и позитивные моменты в здравоохранении: новые технологии, улучшение условий пребывания в учреждениях, позитивный настрой, сохраняющийся интерес к профессии.

Но вместе с тем были единодушны в том, что **кардинальные меры по изменению ситуации в кадровой политике, особенно в условиях задач, стоящих по модернизации здравоохранения, должны быть приняты на уровне государства, и по возможности - не откладывая их решения на последующие годы.**

Кроме того, нужно и далее использовать дополнительные региональные возможности, и принятие краевой целевой программы по закреплению медицинских кадров - один из путей решения.

В работе круглого стола также приняли участие: **Е.В. САФОНОВ**, главный хирург Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности; **В.И. ЗАЙЦЕВ**, заместитель руководителя Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю; **А.И. АЛГАЗИН**, проректор по лечебной работе АГМУ; **О.В. РЕМНЕВА**, доцент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ; **С.Д. ЯВОРСКАЯ**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ; **В.М. САВЕЛЬЕВ**, директор КГУЗ «Барнаулский базовый медицинский колледж»; **В.Н. КОЧНЕВ**, глава Волчихинского района, главный врач МУЗ «Волчихинская ЦРБ», глава Волчихинского райо-



на; **В.П. ХВОСТОВА**, главный врач МУЗ «Калманская ЦРБ»; **Т.Л. АЛЬШАНСКАЯ**, главный врач МУЗ «Топчихинская ЦРБ», глава Топчихинского района; **М.В. КОСТРОМИЦКАЯ**, главный врач МУЗ «Завьяловская ЦРБ»; **З.И. ЕФИМЕНКО**, председатель Союза ветеранов здравоохранения; **Г.А. ЧУМАКОВА**, председатель АКОО «Алтайское краевое научное общество кардиологов»; **Л.А. ПЛИГИНА**, президент АКОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Алтайского края»; **И.В. КОЗЛОВА**, заместитель председателя Совета Общественной палаты Алтайского края, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи»; **Е.В. ТАРАСОВА**, консультант Секретариата Губернатора Алтайского края. Присутствовали и члены ПАСМР: **Ж.Ю. БУТРИНА**, главная медсестра КГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», поликлиника «Надежда»; **Ю.А. ФРОЛОВА**, главная медсестра ГУЗ «Краевая клиническая больница»; **Е.А. ВЕТХОЛОВСКАЯ**, главная медсестра МУЗ «Городская больница №4» г.Барнаул; **Л.А. НИКЕЛЬ**, старший фельдшер МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г.Барнаул; **Л.Н. ПАТРУШЕВА**, главная медсестра МУЗ «Детская инфекционная больница №2» г.Барнаул; **А.В. МОРОЗОВА**, главная медсестра МУЗ «Стоматологическая поликлиника №3» г.Барнаул; **С.А. АНАНИНА**, главная медсестра МУЗ «Городская больница №12» г.Барнаул; **О.И. ПЛОТНИКОВА**, главная медсестра МУЗ «Первомайская ЦРБ». ☺

Выработанные экспертами рекомендации направлены в адрес комитета по здравоохранению и науке АКЗС, Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Алтайского государственного медицинского университета, Комитета по здравоохранению и науке АКЗС, другим заинтересованным ведомствам и участникам круглого стола.



Круглый СТОЛ

«Модернизация здравоохранения: вопросы кадрового обеспечения»

В рядах Ассоциации состоят 9000 специалистов сестринского дела, преподавателей и студентов медицинских образовательных учреждений, что составляет 45% от работающих в отрасли.

12-й год Ассоциация последовательно выполняет свои уставные задачи для достижения поставленных целей. Наш девиз: **«Будущее профессии создадим вместе: «Образование, профессионализм, качество»**. Ежегодные семинары, научно-практические конференции, обмен опытом, краевые профессиональные конкурсы заполнили информационное поле мероприятиями, повышающими профессионализм. Сестринские коллективы обеспечены профессиональной и методической литературой региональных и российских изданий.

Наши делегаты участвуют во Всероссийских съездах, международных, российских научно-практических конференциях и профессиональных конкурсах международного и российского уровней. Мы выпускаем собственный ежемесячный журнал **«Вестник Ассоциации»**, методические пособия, принимаем участие в выставках. Внедряем инновационные сестринские технологии. В 2009 году состоялся **I съезд средних медицинских работников**, на котором приняты *«Программа развития сестринского дела в Алтайском крае до 2020г.»* и *«Резолюция I съезда»*. Тесно сотрудничаем с Российской ассоциацией медицинских сестер, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, медицинскими колледжами и общественными организациями Алтайского края.

По итогам 2010 года в здравоохранении Алтайского края работают **19344 специалиста**. Основные показатели кадровых ресурсов специалистов сестринского дела: сертифицировано - **82%** (2010г.) против - **81%** (2009г.), аттестовано - 2009-2010гг. **по 50%**, т.е. динамики роста нет. Эти низкие показатели свидетельствуют о проблемах, существующих в технологии краевой аттестации СМР, ко-

торые оказывают сдерживающий, а не мотивирующий эффект на специалистов сестринского дела. **Необходимо кардинально менять систему аттестации СМР**, с этой целью мы многократно вносили предложения по внедрению современной технологии аттестации специалистов. Но нас пока слышат плохо.

Дисбаланс в соотношении врач-медсестра составляет 1:2,9 (норма 1:4 - только так ЛПУ может оказывать качественную медицинскую помощь).

Состояние кадровых ресурсов специалистов сестринского дела на примере г.Барнаула: 5185 физических лиц, укомплектованность составляет **64,1%**, коэффициент совместительства - **1,6**. За 2010г. **уволилось 638 специалистов**. В структуре причин текучести кадров на первом месте - низкая заработная плата (**41%**), на втором - уход из профессии (**8%**), по собственному желанию (**7%**) и выход на пенсию (**3%**).

Первичную специализацию по организации сестринского дела имеют **92%**, сертификат по организации СД - **95%**. Высшую квалификационную категорию имеют **67%**, первую - **11%**, не имеют категории - **22%**, что не отвечает требованиям Единого квалификационного справочника.

Практическая деятельность сестринского персонала является индикатором демографических, экономических и социальных перемен в любой стране, поэтому считается ключевым компонентом медицинского обслуживания в любых условиях. **В этом случае очень важно соответствие навыков и знаний специалистов СД уровню потребностей населения.**

К сожалению, процесс совершенствования сестринского дела в здравоохранении Алтайского края идет медленно и очень трудно по ряду причин. **Основными факторами, препятствующими преобразованиям, являются:**

- ♦ *отсутствие* нормативно-правовой базы, регулирующей сестринскую деятельность, в т.ч. для специалистов с ВСО;



Лариса Алексеевна ПЛИГИНА,

президент Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»

Обучаются и получили ВСО 73 специалиста. Имеют сертификат 85%, аттестованы - 59%. Из 38 главных медсестер ВСО имеют 21%, повышенный уровень - 42%, базовое образование - 37%. Главные сестры пенсионного возраста (от 55 до 65 лет) составляют 42%.



◀ ◆ *отсутствие* профессиональных стандартов деятельности специалистов со средним и высшим сестринским образованием;

◆ *отсутствие* штатного специалиста по сестринскому делу при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности из среды специалистов с ВСО (внештатные существующие специалисты физически не могут качественно выполнять огромный объем работы, который диктует время и современные требования здравоохранения и общества). Здесь следует отметить, что все врачебные специальности, значительно меньшие по количественному составу, имеют главных специалистов, а огромная армия СМР - бесхозная. В резолюции I Краевого Съезда СМР отражена острая необходимость штатного главного специалиста по сестринскому делу;

◆ *низкий уровень* оплаты труда и социальной защищенности;

◆ *слабое внедрение* инновационных технологий сестринского ухода, призванных повысить качество медико-санитарной помощи населению.

На сегодня в учреждениях здравоохранения сложилась тревожная ситуация: контингент больных стал значительно тяжелее, а сам процесс диагностики и лечения - намного сложнее. **Многократно вырос объем документации, который должна освоить медсестра**, ставшая, по сути дела, «писарем». В итоге: на пациентов у медсестры в стационаре остается **5-7%** рабочего времени, а в амбулаторно-поликлинических условиях - **0,5%** рабочего времени.

В отделениях некоторых ЛПУ укомплектованность студентами АГМУ составляет **от 40 до 60%**. Зарплатная плата начинающей медсестры - 3000 рублей, старшей медсестры первой категории - 3500р., медсестры высшей категории с дежурствами по выходным - 5000 рублей; санитарки - 4000 рублей. Как жить?..

Одной из уязвимых категорий населения считаются медработники: физические, психологические перегрузки, профессиональное выгорание порождают инертность и социальную апатию персонала.

Главные медсестры, являющиеся организаторами, загружены не свойственными функциями: ле-

карственное обеспечение ЛПУ; медтехника; утилизация медицинских отходов; тендеры, аукционы. В результате чего на выполнение прямых функциональных обязанностей **остается 15-20% рабочего времени**, и то не каждый день, поэтому в большинстве сестринских коллективов не проводится работа по формированию среды, готовой к восприятию инноваций и приему специалистов новой формации.

Пока труд главных сестер будет использоваться нерационально, качество оказания сестринских услуг в конечном итоге будет страдать и порождать неудовлетворенность пациентов. Без качественной подготовки специалистов, качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи.

В Алтайском крае проводится многоуровневая подготовка сестринского персонала на базах 7 медицинских колледжей. С 1997 года ГОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» подготовил 284 главных и старших медсестры по специальности «Организатор сестринского дела» (повышенный уровень). На базе АГМУ в 2009-2010гг. состоялось два выпуска (около 200 специалистов) с ВСО. **Но никто не отслеживает их трудоустройство, и практическое здравоохранение пополняется этими специальностями незначительно.**

Отсутствует заинтересованность руководителей учреждений здравоохранения в повышении профессионального роста и статуса главных медсестер. В связи с чем подготовленные специалисты остаются невостребованными и уходят в коммерческие структуры.

Не внедряется накопительная система предаттестационной подготовки специалистов сестрин-

ского дела как очень экономически выгодная и эффективная форма повышения квалификации.

На уровне региона необходимо хотя бы **в порядке эксперимента вводить должности медицинских сестер-координаторов, сестер-консультантов**, создавать дома сестринского ухода и хосписы, руководство которыми могут осуществлять медицинские сестры с ВСО. Сестринский труд дешевле врачебного и экономически выгодный. К тому же население испытывает огромную потребность в этих услугах.

К сожалению, подавляющее число врачей не признают вклад медицинских сестер в лечебно-диагностический процесс, не ориентированы на создание партнерских отношений. Это закладывается в сознание врачей с первого курса наших медицинских университетов. *Исторически сложившийся стереотип необходимо искоренять как негативный фактор для формирования профессионально-партнерских отношений.*

Сегодня медицинская сестра - это специалист, способный самостоятельно осуществлять уход за пациентами, проводить профилактическую работу по оздоровлению населения и нести ответственность за свою деятельность, то есть быть партнером врача, а не помощником, а чаще «службой».

Правление Ассоциации видит своей основной задачей решение существующих проблем в сестринской профессии в результате последовательного и конструктивного взаимодействия со структурами законодательной власти, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтике, управлениями здравоохранения городов и районов края, учреждениями здравоохранения, образовательными учреждениями и общественными организациями. ☺

Помогите разыскать!

Президенту ПАСМР Л.А. Плигиной обратилась член Ассоциации **Н.Ф. Вертинская**, медицинская сестра МУЗ «Городская детская поликлиника №7» г.Барнаула, с просьбой разыскать врача. К сожалению, его фамилию она не знает. Именно этот человек оказал первую помощь ее дочери Елене, которая 10 августа 2009 года на ул.Малахова напротив дома №87 она была сбита автомобилем «Тойота-Марк II» белого цвета. Волею судьбы, в едущей следом машине ехал врач, который оказал первую помощь Елене.

Всем, кто знает об этом случае, просьба помочь найти этого врача! Обращайтесь в офис Ассоциации.



НепроСТОй герпес: простуда или болезнь?

С этим недугом, именуемым в народе «лихорадкой» или «простудой», человечество знакомо давно, но по-прежнему герпес является серьезным его противником. Считается, что почти 90% населения планеты является носителями вируса герпеса!

Герпес - это вирусная инфекция, которая может серьезно поражать многие органы и системы организма, подрывая защитные силы человека.

Вирусы простого герпеса подразделяются на два типа: **первого** - происходит в первые три года жизни человека; **второго типа** - половым путем. Замечу, что присутствие в организме вируса одного типа не предупреждает его от заражения вирусом другого типа.

При первичном заражении симптомы проявляются через 5-7 дней после инфицирования в виде **ограниченного покраснения кожи и образования в этом месте пузырьков** с прозрачным содержимым. Затем пузырьки лопаются и на их месте возникают **язвочки**, которые, сливаясь, могут образовывать довольно обширные раневые поверхности. На месте язвочек **формируется корка**, под которой язвенная поверхность полностью заживает, не оставляя рубцов. **Местные лимфатические узлы**, реагируя на воспаление, часто **увеличиваются**. Помимо кожных высыпаний, у многих возникает **ощущение жжения, жар, головная боль, общее недомогание**. И даже если высыпания не слишком болезненны, для зараженного человека характерны чувство подавленности, раздражительность, депрессивные состояния.

У некоторых больных, в связи с пониженной сопротивляемостью организма, могут появиться **язвочки на нёбе, внутренней поверхности щек, языке, миндалинах**. Если вирус переместился на глаза, то проявляется **конъюнктивит**, а порой даже **кератит** с воспалением, отеком и выделением гноя (чаще в одном глазу). В тяжелых случаях образуются **ветвящиеся язвы на роговице**, которые заживают с образованием рубцов, что может в конечном итоге привести к слепоте.

Путь перемещения вируса простой: достаточно потереть глаза немытой рукой, которой вы до этого касались герпетического пузырька на лице, либо воспользовались чужими косметикой или полотенцем.

Если организм человека не ослаблен хроническими болезнями, стрессами, то **повторные высыпания появляются не чаще 1-3 раз в год**. Когда рецидивы возникают раз в месяц, а то и каждые 2-3 недели, - значит, стоит обратить внимание на свое здоровье.

Герпес - это болезнь, которая, начавшись однажды, постепенно может перейти на другие слизистые, в том числе и половые органы, а при резком снижении иммунитета - на печень, кишечник и даже головной мозг.

Бывает, что мощь вирусов ныне известных типов умножается включением в процесс других, менее распространенных представителей семейства герпес-вирусных: цитомегаловируса (крайне опасного для беременных женщин); вируса Эпштейна-Барр или другого известного возбудителя Варицелла-Зостер.

Не все знают, что **ветряная оспа** вызывается вирусом герпеса Варицелла-Зостер. Этот же вирус является причиной и более тяжело протекающего **опоясывающего лишая**. После того как ветрянка проходит, вирус не исчезает из организма, а «дремлет» в клетках нервной системы. Пока человек здоров и полон сил, вирус никак себя не проявляет, но как только организм ослабевает, возникают авитаминоз, усталость или простуда, он из пассивного становится активным, высыпая на теле в виде опоясывающего лишая.

Взрослый человек не может заразиться этой болезнью от другого взрослого, но велика вероятность подхватить ее от ребенка, болеющего ветрянкой. Люди пожилого возраста особенно подвержены инфекции, поэтому оберегайте своих старших родственников



Ирина Владимировна Кудряшова,

старшая медсестра
отделения анестезиологии
и реанимации
по ведению больных
нейрохирургического
профиля первой
квалификационной
категории, ГУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член Ассоциации
с 2001 года

Источником заражения является больной человек, у которого герпес присутствует на эпителии слизистых оболочек. Обычно вирус передается во время контакта с носителем инфекции (в том числе и при половом акте) через микроповреждения кожи и слизистой. Можно заразиться также через предметы обихода и гигиены (общая постель, полотенца, носовые платки).



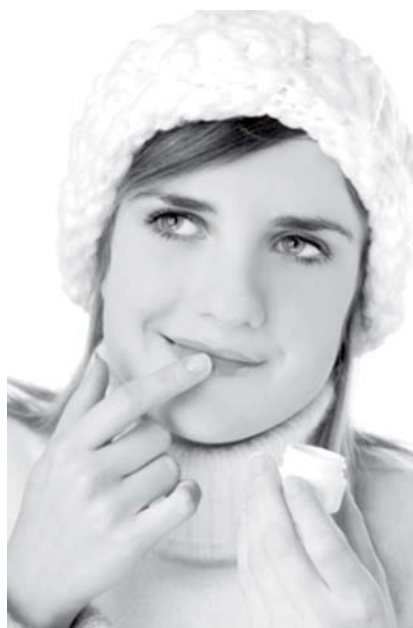
Советы медицинской сестры

от контакта с детьми, болеющими ветрянкой, и, наоборот, держите подальше своих детей от больных опоясывающим лишаем, дабы избежать заражения.

Генитальный герпес, как правило, более «злой», но он реже перемещается вверх. Первичное заболевание, как у мужчин, так и у женщин, протекает тяжело, с выраженными симптомами интоксикации: **лихорадка, недомогание, чувство ломоты в мышцах, головная боль, нередко повышается температура.** Далеко зашедшая болезнь приводит к образованию **обширных поверхностных язв** на слизистой половых органов. Но даже в том случае, если развилась очень тяжелая форма герпеса, не стоит отчаиваться - **это заболевание поддается лечению.** Единственно - не рискуйте, самостоятельно ставя диагноз, и, прежде чем бежать в аптеку за лекарством, обязательно покажитесь врачу.

Для лечения герпеса в последние годы весьма успешно применяется группа противовирусных препаратов, содержащих ацикловир. В аптеках также продаются *Валацикловир, Фамцикловир, Ганцикловир, Зовиракс* и другие. Лечение *Ацикловиром* предупреждает образование новых элементов сыпи, ослабляет боли. Препарат оказывает иммуностимулирующее действие. Но обратите внимание, что содержание его в креме **не должно быть ниже 5%.** Подобные препараты на 70-80% снижают риск повторного появления герпеса. Российскими специалистами был разработан препарат *Панавир*, предназначенный для лечения острых и хронических инфекций вирусного происхождения. А в 2002 году на американском рынке появился новый уникальный препарат *Абрева*, предназначенный для лечения герпеса на губах. Но в аптеках вам могут предложить гораздо больше разновидностей лекарств от герпеса, только помните, что порой **под разными торговыми марками продается один и тот же препарат.**

Хорошим подспорьем при медикаментозном лечении герпеса являются **лекарственные растения.** Из целого ряда целебных растений с противовирусным эффектом



выделяются *копеечник альпийский* («красный корень»). На основе этой травы российская фармацевтическая промышленность выпускает препарат *Алтизарин*. Противогерпетическим действием обладают и, например, *шиповник, брусника, зверобой, калина обыкновенная, солодка голая.*

Для смазывания пораженных участков применяют *сок чистотела, лимонный сок, пихтовое масло или настойку прополиса.* Полезно принимать *ванны с добавлением эфирных масел бергамота, эвкалипта и герани,* благотворное действие оказывает *масло чайного дерева.* Обязательно в период обострения принимайте **витамины.** В течение 3 дней 3 раза в сутки 600мг витамина С и 600мг витаминов группы В, укрепляющих нервную систему. Прием витаминов в продромальном периоде (когда еще основные клинические проявления не обнаружались) приводит к исчезновению симптомов герпеса.

Для укрепления иммунитета используйте специальные препараты растительного и животного происхождения: эхинацею, элеутерококк, маточное молочко пчел.

Людам, страдающим вирусными заболеваниями, рекомендуется также **придерживаться диеты.** Включите в свой рацион как можно больше фруктов (цитрусовые, яблоки, бананы, киви); овощей (морковь, капуста, тыква, цветная капуста); постного мяса (куриное, говядина); рыбы (особенно тунец, треска); морепродуктов; кисломолочных продуктов; хлеба с отрубями, зернового хлеба; круп (гречневая, овсяная); меда. Откажитесь от жирной и жареной пищи; спиртных и газированных напитков (в том числе и пива); снизьте употребление сахара, шоколада.

Чтобы сезонное похолодание ментально не выбило вас из колеи, **необходимо закаляться.** Закаливание можно практиковать в любом возрасте. Эффективный способ укрепления организма - контрастный душ и сауна. Очень важно по возможности избегать стрессовых ситуаций, а большие нагрузки чередовать с полноценным отдыхом.

Всегда не забывайте о **личной гигиене.**

В осенне-зимний период восполнить недостаток витаминов и поддержать защитные силы организма помогут **витаминные чаи.** *Витаминный чай из ягод рябины:* 2ст.л. сухих ягод рябины залить в термосе 0,5л кипятка, настоять 2 часа, процедить и пить по 1/3 стакана 3 раза в день. *Чай из сосновой хвои:* залить 40г сосновой хвои 200мл кипятка, добавить 10г меда, цедру лимона и варить 30 минут при закрытой крышке. Затем охладить и добавить лимонный сок. Пить регулярно.

Бытует мнение, что герпес не любит жизнерадостных людей, так что если вы уже обнаружили на ваших губках «незваного гостя», сохраняйте спокойствие, не впадайте в панику. Вряд ли кто будет спорить, что позитивный настрой всегда был и будет важным помощником в скорейшем излечении любого недуга. ☺



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
Алтайской региональной Профессиональной
ассоциации средних медицинских
работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru



Не называйте запроСТО лекарства конфетами!



**Ирина Владимировна
ДЕМКИНА,**
врач-стоматолог
высшей категории,
МУЗ «Детская
поликлиника №9»,
г.Барнаул

Есть такое выражение, что дети - не просто маленькие взрослые. По статистике, в 50% случаев детские отравления происходят по причине приема различных лекарственных препаратов.

Детский организм реагирует на лекарства иначе, чем взрослый. Например, у них понижена скорость обмена веществ, особенно у младенцев, гематоэнцефалический барьер более проницаем, а печень и почки еще в стадии развития, поэтому лекарства из организма выводятся медленнее. Это означает, что младенцам и детям требуется пониженная дозировка лекарств.

При расчете надлежащей дозировки обычно учитывают как возраст, так и вес. **Не давайте лекарств без указаний врача и не продолжайте давать после указанного им срока.** Ведь это может стать причиной отравления вашего ребенка.

К сожалению, взрослые уверены, что если медикаменты продаются без рецепта, значит, они безопасны. *О том, что дети подвергаются отравлениям в случае, когда родители занимаются самолечением и не соблюдают дозировку лекарств, взрослые могут не догадываться.* Опасно даже если ребенок съел обычные витамины - в их состав могут входить опасные компоненты. К тому же известно, что доза витаминов, превышенная в несколько раз, всегда нежелательна для организма.

Будьте внимательны с детьми младшего дошкольного возраста, особенно в возрасте от года до трех лет. Это такой возраст, когда дети активно познают мир, в том числе и пробуют на зуб. Поэтому **надо все убирать.** Чтобы ни до каких лекарств, ни до препаратов бытовой химии, уксуса, марганцовки ребенок дотянуться не мог. Очень внимательно следите, чтобы не остались нигде лекарства. Если препараты принимает кто-то в семье, значит, после применения их следует сразу же убирать.

О том, что ребенок проглотил таблетки, вы узнаете не сразу, а только тогда, когда действующие вещества всосутся в кровь. Особенно много

таблеток ребенок может съесть, если они окажутся разноцветными или сладкими на вкус.

Иногда дети пробуют сразу несколько разновидностей таблеток, оказывающих на организм разнонаправленное действие. В этом случае эффект лекарств, взаимодействующих друг с другом, может быть просто непредсказуем.

Второй пик отравлений лекарственными препаратами приходится на возраст 11-15 лет, причем происходит это уже сознательно. Как правило, это суицидальные попытки в состоянии аффекта.

В последнее время еще одна причина отравлений у детей этого возраста - наркомания.

Какие лекарства чаще всего становятся причиной отравления у детей? *Ведущее место, примерно 30%, занимают отравления сердечно-сосудистыми препаратами, снижающими артериальное давление. На втором месте - нейролептики и транквилизаторы. Встречаются отравления и жаропонижающими средствами, антигистаминными препаратами, противозачаточными таблетками, антибиотиками.* Особенно хотелось бы отметить отравления *препаратами железа*, поскольку они очень токсичны и дают тяжелую клинику отравления (расстройства дыхания у ребенка).

Не составляют исключения сиропы и всевозможные микстуры, ведь действующие вещества в них те же самые, что и в таблетках.

Вялость, сонливость, резкое возбуждение - признаки лекарственного отравления! Даже если вы не видите признаков отравления (то есть поведение ребенка не изменилось: он играет, разговаривает, спит и ест как обычно), **немедленно вызывайте «скорую помощь»!** Вполне возможно, что лекарства не успели всосаться в кровь и оказать свое действие на организм. И помните, что правильно



оказанная первая помощь облегчает дальнейшее лечение.

Постарайтесь успокоить ребенка, если он испуган, не показывайте ему своего волнения, действуйте быстро, но без суеты.

Даже если просто увидели у ребенка во рту таблетки и не знаете, сколько он съел, все равно срочно вызывайте «скорую помощь».

При отравлении очень важен фактор времени. Через три часа спасти пострадавшего уже очень сложно.

Еще хотелось бы отметить одну проблему. Бывает, что пытаются скрыть факт отравления ребенка. Особенно это касается бабушек, которые боятся испортить отношения со своими детьми. Но, повторю, очень важен фактор времени и осознание того, что лекарственные препараты не сразу могут начать действовать!

Первая помощь в случаях отравления

Немедленно вызывайте «скорую помощь».

Постарайтесь дать ребенку выпить как можно больше жидкости, лучше простой кипяченой воды, и после этого вызвать рвоту. Таким образом вы сможете доступными средствами промыть желудок.

Не промывайте желудок с помощью зонда, если не умеете этого делать.

Дайте ребенку как можно больше активированного угля (3-5 таблеток). Кроме угля, можно дать другой сорбент (например, смекту, энтеросгель, полисорб и другие).

Не кормите малыша и не поите молоком до приезда врача: это способствует выработке желудочного сока, а значит, более сильному всасыванию лекарственных веществ из желудка в организм.

Если только спустя несколько часов вы установили, что ребенок выпил таблетки, то до приезда медиков, наряду с промыванием желудка, вы можете поставить ребенку очистительную клизму с кипяченой водой. Она поможет вывести лекарства из кишечника.

У кого есть маленькие дети, запомните следующие правила безопасности:



- после каждого употребления лекарства проверяйте - надежно ли вы его закрыли. Даже «доза-защитная» упаковка не всегда является гарантией безопасности;

- вынимайте из упаковки ровно столько таблеток, сколько собираетесь принять, а не на два-три приема вперед;

- не храните лекарства в комнате, где играют дети. Плохие места для хранения лекарств - это коробка на шкафу (ее легко сбить мячиком) и на столе - так обычно поступают бабушки и дедушки, чтобы не забыть принять препараты;

- если ребенок любознателен, не храните лекарства в сумках, портфелях, кошельках и шкатулках;

- лучше всего хранить лекарства в таком месте, чтобы большой ребенок не смог их увидеть, а маленький - не смог дотянуться;

- не принимайте лекарства при детях, они очень любят копировать взрослых. Поиграв в «головную боль», ребенок может оказаться в больнице;

- если ребенок заболел, не разрешайте ему самостоятельно принимать лекарства. Только из ваших рук!

- никогда при детях не называйте лекарства конфетками или леденцами. В ваше отсутствие ребенок обязательно вспомнит, что где-то рядом есть «конфетки», и начнет их активно искать.

Как ни странно, но отравления лекарственными препаратами у детей, особенно маленьких, чаще происходят, когда родители дома. Родители, будьте внимательны к своим детям! ☹

Вялость, сонливость, резкое возбуждение - признаки лекарственного отравления! Даже если вы не видите признаков отравления (то есть поведение ребенка не изменилось: он играет, разговаривает, спит и ест как обычно), немедленно вызывайте «скорую помощь»!

Вполне возможно, что лекарства не успели всосаться в кровь и оказать свое действие на организм.

И помните, что правильно оказанная первая помощь облегчает дальнейшее лечение.





Скажи «СТОП» страхам

**Алексей Вячеславович
МАРКИН,**

кандидат медицинских наук, руководитель краевого сомнологического центра

Всем известно, что сон является источником хорошего самочувствия и настроения. Недаром многие известные люди считают сон лучшим лекарством и доказано, что человек переносит недосыпание гораздо тяжелее, чем голод. Сон - жизненно важное состояние мозговой деятельности, поэтому важен именно здоровый, крепкий сон.

Ночные кошмары

Ночным кошмаром называется страшный сон, возникающий в фазе сна с быстрыми движениями глазных яблок (REM-сон), когда человек пробуждается и помнит содержание сновидения. Независимо от абсурдности сюжета, нелепости ситуации подобные сны всегда очень динамичны и пугающи. Хотя такие сны бывают просто жуткими, они обычно *не сопровождаются существенными физиологическими реакциями* в виде усиленного потоотделения, учащения пульса и дыхания.

Кошмары часто возникают глубокой ночью, маленьких детей они беспокоят чаще. К счастью, у взрослых людей они бывают довольно редко, хотя мало кто может их полностью избежать. **Трудно указать точную причину появления кошмарного сновидения.** Ясно лишь то, что взволнованные и потрясенные люди сталкиваются с ним чаще, нежели счастливицы, успешно справляющиеся с напряженным темпом современной жизни.

Периодически возникающие страшные сны не требуют какого-либо медицинского вмешательства. Если кошмары отмечаются регулярно, то, вероятно, вас беспокоит какая-то нерешенная психологическая проблема, возможно даже на уровне подсознания. Если это так, следует обратиться за медицинской помощью. Простое обсуждение со специалистом содержания кошмарного сновидения и своих жизненных проблем будет способствовать появлению чувства уверенности в себе и отступлению кошмаров.

Ночные страхи

В отличие от сложных сценариев кошмарных сновидений, **ночной страх представляет собой достаточно простой и короткий сон, возникающий во время дельта-сна** - са-

мой глубокой фазы, когда разбудить человека очень трудно. В детском возрасте относительная доля дельта-сна больше, чем во взрослом, поэтому **дети более подвержены ночным страхам.** Поскольку эта фаза сна преобладает в начале ночи, **страхи обычно возникают в течение первого часа сна.** *Часто они сопровождаются душераздирающим воплем и бурными вегетативными реакциями организма* - глаза широко открываются, сердце выкакивает из груди, бьет дрожь, человек покрывается потом, одним словом, находится в паническом состоянии. Эпизоды могут длиться от одной до нескольких минут. Поговорить с человеком в этот момент бывает трудно, так как он не осознает присутствия других людей. Через некоторое время человек снова засыпает и, как правило, на следующее утро ничего не помнит.

Особенно ужасно чувствуют себя родители, если ночные страхи беспокоят их ребенка. Однако *ни в коем случае не следует тормозить малыша, и, более того, сразу же расспрашивать о происшедшем.* Желательно постараться мягко уложить его в постель, погладить по голове и сказать несколько ласковых слов. Утром лучше вообще не вспоминать о ночном «приключении».

Ночные страхи у детей не являются признаками глубоких психологических проблем, но беспокоят чаще в периоды жизни, насыщенные бурными переживаниями. **К ночным страхам у взрослого человека следует отнестись более серьезно.** Во многих случаях они вызывают на возбуждение, тревогу, агрессию.

Снохождение

Сомнамбулизм (хождение во сне; лунатизм) - достаточно распространенное явление. **Снохождение возникает обычно во время неполно-**



го пробуждения от глубокого дельта-сна, при этом мозг пребывает в состоянии полусна-полубодрствования. Глаза сомнамбулы обычно открыты. Он все видит, так как обходит мебель и другие препятствия, и может давать односложные ответы на простые вопросы. Воспоминания о ночных «экскурсиях» на следующее утро не сохраняются.

Сомнамбулизм отнюдь не является признаком сумасшествия. Лунатика разбудить очень сложно - лучше осторожно проводить его обратно к постели. Около 25% лунатиков наносят себе различные повреждения во время ночных блужданий. Бывает, что сомнамбулы вываливаются из окон, ошибочно принимая их за двери.

У детей снохождение встречается достаточно часто, но с возрастом обычно проходит. Как и ночные страхи, эпизоды снохождения чаще случаются у них в периоды напряжения и тревоги, при этом психически дети совершенно здоровы. У взрослых снохождение, также как и ночные страхи, требует более серьезного внимания. Причинами его могут быть стресс, тревога. Поэтому взрослым необходима медицинская помощь, особенно если лунатизм связан с эпилепсией.

Сноговорение

Привычка разговаривать во сне часто связана с лунатизмом и, аналогично ей, зачастую передается по наследству. Люди разговаривают либо в фазе сна с быстрыми движениями глазных яблок (во время сновидений), либо во время неполного пробуждения от дельта-сна. В первом случае речь разборчива и понятна, во втором - отмечается бессвязное бормотание. Слова самому говорящему беспокойства не причиняют, чего не скажешь о слушателях, ведь ночные разговоры так же мешают спать, как и храп.

Получить квалифицированную консультацию врача-сомнолога вы можете в Диагностическом центре Алтайского края. ☎



ТЕСТ: Синдром беспокойных ног

Вероятность заболевания высока при наличии трех или более из указанных ниже признаков:

- необходимость двигать ногами, обычно связанная с неприятными ощущениями в голенях и стопах (ползание мурашек, дрожь, покалывание, жжение, подергивание, боль, шевеление под кожей и т.д.);
- симптомы возникают или усиливаются во время отдыха и значительно облегчаются во время физической активности, особенно ходьбы;
- симптомы усиливаются в вечернее и ночное время (максимум между 22 и 02 часами) и значительно ослабевают или исчезают утром;
- отмечаются периодически повторяющиеся подергивания или шевеление ног во время сна;
- отмечается бессонница преимущественно с нарушением засыпания;
- отмечается дневная сонливость.

Жизнь с расстройством сна иногда бывает похожа на битву, которую нельзя выиграть. Вам может даже показаться, что вы никогда не сможете нормально спать. Но на самом деле это не так. Новые данные о процессе сна позволяют врачам оценить влияние, которое расстройства сна оказывают на организм в целом. После того, как суть проблемы обнаружена, расстройство сна может быть эффективно вылечено. Перед тем, как пойти к специалисту, за две недели, заведите дневник сна, он поможет сомнологу определить проблему, ее частоту, выявить причины неудовлетворительного сна.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-47-16 - справочная,
26-17-60, 26-17-76 - регистратура.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а



ДоСТОйные лауреаты Демидовской премии

Демидовский бал - традиционная церемония вручения гуманитарных Демидовских премий, учрежденных Попечительским Советом одноименного общественного Фонда, по мнению многих стал заметным явлением в общественной и культурной жизни края. В этом году он прошел 25 марта в зале Государственной филармонии края. В церемонии приняли участие симфонический оркестр под управлением В. Рылова, солистка филармонии Н. Логвинова, пианист, лауреат Демидовской премии Е. Третьяков и другие. В завершении церемонии прозвучала торжественная песнь «Посвященная Демидовскому Фонду», специально написанная по данному поводу В. Рыловым.

От души поздравляю всех тех, кто удостоен звания лауреата «Демидовской премии» по итогам 2010 года: в номинации «Литература» - К.К. Сомов за книгу «Война: ускоренная жизнь»; в номинации «История» - В.Н. Разгон, А.А. Храмов, К.А. Пожарская за монографию «Столыпинская аграрная реформа и Алтай»; в номинации «Изобразительное искусство» награждена творческая группа в составе: А.П. Щетинин, Е.П. Крылова, А.О. Крылов за памятник «Прощание», посвященный жертвам политических репрессий; в номинации «Музыка и исполнительское искусство» - Н.Д. Логвинова, солистка Государственной филармонии Алтайского края, лауреат международных конкурсов за активную концертную деятельность; в номинации «Архитектура» - Л.В. Гладких, член Союза архитекторов России, за архитектурные решения торгового центра; в номинации «За высокие достижения в промышленном производстве и предпринимательстве» - группа компаний «Киприно», генеральный директор Д.А. Зюзин.

Поверьте, сколько не менее замечательных идей не получали своего развития вовсе или «затухали», так и не воспламенившись, только в силу того, что не нашлось людей, способных не только выплеснуть идею, но главное доказывать ее состоятельность в публичном пространстве, быть последовательными и соиздательными.

Демидовский фонд, его гуманитарные проекты на протяжении многих лет поддерживают крупные промышленные предприятия, серьезные, социально ответственные предприниматели, понимающие важность такой общественной социальной миссии руководители, многие из которых вошли в состав Попечительского совета Фонда. Среди тех, кто поддерживает проекты Фонда многие годы: холдинговые компании «Барнаульский станкостроительный завод» и «Алтайкосохимстрой», руководители В.А. Яшкин и М.Г. Фокин; Издательский дом «Алтапресс», директор Ю.П. Пургин; объединение «Алтайспиртпром», руководитель В.А. Вагнер; компания «Алтайтелефонстрой», директор В.М. Гусев; Издательство «ВН - Добрый День», генеральный директор В.В. Козлов; С.Г. Хачатурян, В.Ф. Песоцкий,

группа предприятий «Киприно» Д.А. Зюзин, торговая компания «НОВЭКС», директор В.В. Филличук.

Мы благодарны всем, кто в разные годы направлял на деятельность фонда средства. Это - ЗАО «Барнаульский завод прецензионных изделий», директор В.А. Герман; ЗАО «Барнаульский завод АТИ»; ЗАО «Курорт Белокуриха»; ОАО «Барнаульский шинный завод», КГУ «Алтайавтодор», группа компаний «Грана»; компании ЭКАТЭ, «Ольтамар» и другие. Ваше участие было важно именно тогда, когда вы, переживая порой сами далеко не лучшие времена, - считали своим долгом поддерживать людей творческих, одержимых, высоко нравственных. Те, кто служение добру, высокому искусству, чести и благополучию, ставили и ставят превыше всего...

На прошедшей церемонии вручения Демидовских премий, отдавая должное лауреатам Демидовской премии прошлых лет, прибывшим на бал, номинантам, чувствуя новых лауреатов, нам хотелось выразить особую признательность Попечительскому Совету и меценатам Фонда - последователей главного принципа рода Демидовых, начертанного на их фамильном гербе «Слова - не дела!».

Я благодарна Попечительскому Совету Демидовского фонда за столь высокую оценку моего вклада, на протяжении 18 лет, в деятельность Фонда - присуждение мне звания «Почетный член Демидовского Фонда».

И.В. КОЗЛОВА, член Попечительского Совета, Вице-Президент Демидовского Фонда

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ
ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

Лауреат Губернаторской
премии среди СМИ
по итогам 2003 года

№04 (100) апрель 2011г.

Учредитель -
ООО «Издательство
«ВН - Добрый день»
г. Новоалтайск,
ул.Обская, 3.
Тел. 8(38-532) 2-11-19.

Адрес редакции:
656049 г.Барнаул,
ул. Пролетарская, 113, оф.200/2
Тел. редакции -
(3852) 35-46-42, 63-84-90,
E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Валентиновна
Козлова
Тел. 8-960-939-6899
69-27-84

Ответственный
редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
и верстка -
Ольга Жабина
Оксана Ибель

Менеджер по работе
с общественными
представителями -
Наталья Шабанова

Подписано в печать 22.04.2011г.
Печать офсетная. Тираж -
10000 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ
№ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное
Сибирским окружным межрегиональным
территориальным управлением
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации.

Ответственность за достоверность
рекламной информации несут рекламодатели.
Мнение редакции может не совпадать с
мнением рекламодателя.

Отпечатано в типографии
ООО «Алфавит»:
г. Барнаул, ул. Чкалова, 228.
Тел. (3852) 38-33-59

Подписной индекс -
73618



Демидовский 2011 Бал



Фоторепортаж с церемонии вручения гуманитарных Демидовских премий, 25 марта 2011 года