

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (116) ИЮНЬ 2012



С Днем медицинского работника!



О ЗДОРОВЬЕ, ПОЛОЖЕНИИ МЕДИКОВ И ГРАЖДАНСКОЙ ПОЗИЦИИ...

Один из известных специалистов в области социального прогнозирования очень емко выразился о состоянии современной системы здравоохранения в мире – «оно переживает период сейсмической активности». Наверное, эта «сейсмичность» еще более ощутима в отечественном здравоохранении.

Причины такой ситуации в последнее время, по самым разным обстоятельствам, оценивались различными российскими и международными организациями, озвучивались, и не раз, как на уровне высшего руководства страны, так и в профессиональной среде.

Буквально недавно Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в связи с намерением России присоединиться к ней, провела оценку соответствия национальной политики с нормами ОЭСР, в том числе и по вопросам охраны здоровья граждан. Нездоровый образ жизни, огромное региональное неравенство доступности медицинских услуг и неспособность системы здравоохранения оказывать качественную и своевременную медицинскую помощь – таковы, по мнению экспертов, причины слабого здоровья россиян. Можно, наверное, приводить какие-то аргументы, не соглашаясь с выводами экспертов, но уровень смертности в России вдвое превышает средний по странам ОЭСР, более того, его рост прекратился только в середине 2000-х, тогда как в других странах ОЭСР он непрерывно снижался с 1970-х годов.

По данным ВОЗ, вероятность умереть от неинфекционных заболеваний (болезни сердца, рак) в возрасте 35-70 лет у россиянина превышает 35%! Такой уровень, называемый ВОЗ «кризисом здоровья взрослого населения», характерен только для некоторых африканских стран, Украины и южных стран СНГ.

Хроническое недофинансирование отрасли, недостаточное технологическое и лекарственное обеспечение поставили государство перед неизбежностью серьезной модернизации всей отрасли. Можно продолжать дискутировать по ее целесообразности и правильности выбора приоритетов, но процесс модернизации запущен. Территории сами определили объекты для вложения государственных средств.

Нам представляется, что наш край значительно лучше многих территорий был готов к модернизации, и это позволяет не только максимально «выбирать» выделенные ресурсы, но и претендовать на дополнительные, в том числе и не используемые другими территориями.

Однако и сторонники, и критики проводимых реформ единодушны в одном. Никакие вложения в отрасль здравоохранения не дадут значимого эффекта, если принципиально не будет пересмотрена кадровая политика в здравоохранении. Это касается и вопросов профориентации, и получения первичного, базового, образования, как врачей, так и средних медицинских работников, реализации их права на повышение квалификации, аттестацию, создания надлежащих условий труда, не говоря уже о принципиальном изменении системы мотивации труда медицинских работников.

Неудовлетворенность россиян качеством медицинской помощи, в совокупности с низкой доступностью высокотехнологичных видов помощи, своевременностью ее оказания, с одной стороны, ведет к росту более запущенных случаев заболеваний, менее эффективным результатам лечения и, как следствие, меньшей обращаемости за помощью специалистов, к снижению приверженности рекомендациям врача. В целом, к снижению престижа медицинской профессии в обществе.

Создается некий порочный круг.

Именно поэтому все острее – требования изменения отношения государства, общества к профессиональной деятельности медицинских работников. Чрезвычайно важным становится изменение отношения самого медицинского сообщества к своему социальному статусу, что, по моему мнению, проявилось в совершенно конкретном решении – создании общественной организации медицинских работников края «Медицинская палата Алтайского края».

Конечно, эта организация, даже ставя одной из целей «перераспределение полномочий по реализации отдельных функций в сфере охраны здоровья от государственных органов к саморегулируемым организациям», не является, в связи с существующими пока законодательными ограничениями, в полном смысле слова профессиональной саморегулируемой организацией.

Но если профессиональному медицинскому сообществу удастся реально консолидироваться для достижения целей, которые определены уставом вновь созданной общественной организации, то следующим этапом, несомненно, станет реализация принципов, определяющих деятельность саморегулируемой организации.

А это обеспечит другое отношение к профессиональной деятельности, заинтересованность и ответственность, как в рамках самого профессионального сообщества, так и в его взаимоотношениях с государственными структурами и обществом в целом.

Это одна, если так можно сказать, «сторона медали». Есть и вторая. Это отношение человека к своему собственному здоровью. Может быть, тема здоровья и гражданской ответственности – станет предметом нашего следующего разговора.

С Днем медицинского работника вас, уважаемые коллеги! Здоровья, хорошей и надежной семьи, уважения коллег, пациентов и predeterminedенного вашим социально значимым трудом заслуженного отношения государства и общества!

Содержание



**Адаптация семьи
при рождении
ребенка с пороками
развития**



**Гиперчувствительность
к яду
насекомых**



**Шесть причин полноты,
о которых
вы не думали**



**11 привычек во
вред витамину**

На фото: И.А. ВЕЙЦ-
МАН, врач-эндокринолог,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ «Крае-
вая клиническая больница»

Фото: Евгения Налимова

О.Н. Николаева. Диабет - просто новый образ жизни	2-6
Поздравляем с Днем медицинского работника!	7
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Адаптация семьи при рождении ребенка с пороками развития	8-9
Мир и медицина	10
Как наколдовать себе немного счастья?	11
Наш партнер - «Алтайское краевое научное общество кардиологов» Успехи молодых кардиологов Алтая и практическое значение их исследований	12-13
Жизнь без табака и алкоголя	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Острые кишечные инфекции: как защититься?	15
В.М. Ремнев. Записки бывшего врача: «Все течет, все меняется»	16-17
В.Ф. Арсеньев. Гиперчувствительность к яду насекомых	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
«Лидерство в переговорах»: вторая сессия	21-22
Н.В. Гришкова, Н.Е. Фахриева. Лечебное питание и фитотерапия при туберкулезе	23-24
Инициатива, нацеленная на долгосрочные результаты	25-26
МРТ нового поколения	27-28
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ	
Шесть причин полноты, о которых вы не думали	29-30
Держи баланс	30
Я поведу тебя в музей	30-31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Может ли друг заменить психолога?	34
Как развивать еще не родившегося малыша?	35-36
Одиннадцать привычек во вред витаминам	37-39
Мир и медицина	40
Сыр сыру - рознь... ..	41-42
Факты о нас	43
Поколение рунета	44



Диабет - просто новый образ жизни

Так считает врач-эндокринолог высшей квалификационной категории краевой клинической больницы Инна Александровна ВЕЙЦМАН.

По итогам работы за 2011 год, она стала лучшим врачом года. Символично, что наша встреча с Инной Александровной состоялась в канун Дня медицинского работника, так что поздравление получилось двойное.

Но разговор мы начали с победы в краевом смотре-конкурсе на звание «**Лучший врач года**», так как вручение награды такого уровня не относится к рядовым событиям. Тем более эндокринология сейчас - в большом дефиците: с одной стороны, она очень востребована и при этом в ней мало специалистов, а с другой стороны, сама по себе специальность - такая, что предъявляет очень серьезные требования к человеку, ее выбравшему. И при всех этих обстоятельствах стать лучшим - воистину дорогого стоит.

- Свою победу я расцениваю не как личную заслугу, а **как победу всей нашей отрасли**, потому что эндокринологические проблемы у населения возникают все чаще и чаще, а число больных таким социально значимым заболеванием, как сахарный диабет, - растет буквально на глазах. Так, на конец 2011 года в Алтайском крае зарегистрировано 78 тысяч больных, а мировая статистика достигла уже 330 миллионов человек. Поэтому эндокринологи будут востребованы и в дальнейшем.

Конечно, личное признание для меня стало настоящим подарком судьбы, но, с другой стороны, я делала много шагов на пути самосовершенствования, работая с пациентами, студентами, постоянно обучаясь, внедряя новые технологии. У нас очень динамичная специальность, и тут, как в спорте: если ты не ускоряешься, то отста-

ешь. Поэтому было приятно, что мой труд замечен.

- Как отнеслись коллеги?

- Очень тепло меня поздравила главный эндокринолог Алтайского края **Нина Васильевна ЛЕОНОВА**. Она - мой учитель, и я считаю, что это в первую очередь ее победа. В профессии она для меня, без преувеличения, как мама.

- А пациенты вас поздравляли?

- Да, они очень искренне, от души порадовались за меня и были счастливы, как будто это они получили премию. С восторгом говорили о том, что им посчастливилось лечиться у меня. Заметила, что пациентов, которые стремятся попасть ко мне на прием, стало больше. Поэтому, получается, признание моего труда стало своеобразным трамплином для дальнейшего творческого прыжка.

- То есть, появился дополнительный уровень ответственности?

- Безусловно. Востребованность же двулика. С одной стороны - хорошо и приятно, а с другой - остается меньше, чем хотелось бы, времени на семью, которая все-таки должна быть, на мой взгляд, на первом месте. Для меня никогда не стоял и не стоит вопрос: «Карьера или семья?». Думаю, что мудрая женщина всегда здесь найдет компромисс.

- Что вам помогает сохранять высокий професси-



ональный уровень? Ведь силы человеческие безграничны, а в сутках всего лишь 24 часа. Как удастся рационально использовать это время?

- Дефицит времени, конечно, есть, но нельзя все списывать на его недостаток - просто надо разумно его распределять. У меня есть специальный журнал, где я расписываю каждый день. **Считаю, что умение планировать - неотъемлемая часть современной жизни.**

А что касается самосовершенствования, то **очень хороший толчок дает работа ассистентом кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии АГМУ**. Сама работа со студентами предполагает самосовершенствование и освоение новых технологий в специальности. Кроме того, у меня достаточно большой лекционный материал, который я читаю практикующим врачам. И это тоже часть моей работы. А чтобы заполнить ее целиком, иногда приходится пожертвовать в сутки 2-3 часа сна.



- А восстанавливаете силы как?

- Я это делаю в семье. Две мои дочери дают столько радости в жизни! Одной - четыре года, другой - одиннадцать лет, самый чувствительный переходный возраст, когда мама нужна всегда. Какой-то психолог говорил, что мальчишек надо хвалить, а девочек - просто любить. У нас так в семье и происходит. Папа не лезет с наставлениями, не препятствует нашему дамскому общению, его мужской авторитет непоколебим. Девчонки - мамы создания - всегда посматривают на папу: как он отреагирует на их поведение? И в одной и той же ситуации оценка папы бывает намного значимее для них, чем моя. Я могу говорить много, чего-то от них требовать, а папе достаточно сказать одно слово или просто выразительно на них посмотреть. Хотя он очень добрый, и дочери этим пользуются.

- Вернемся к эндокринологии. Вы сказали, что число болеющих сахарным диабетом неуклонно увеличивается. А как-то остановить, контролировать этот процесс можно?

- За четырнадцать лет своей работы отмечаю, что с каждым годом растет число людей с избыточной массой тела, причем, начинается это с подросткового возраста. Почему? Люди стали много есть, особенно сладкого и жирного (это же так вкусно!), и очень мало двигаться. Как правило, **полные люди склонны рассматривать свою патологию - ожирение, - как гормональный дефект. Хотя на самом деле все наоборот:** гормональное нарушение вторично и вызвано переизбытком и гиподинамией. Но, к сожалению, полные люди следствие принимают за причину. **Только 5% ожирения связаны с какими-то действительно серьезными причинами в организме, а 95% - вызваны неправильным питанием.** Ожирение и гиподинамия (малоподвижный образ жизни) способствуют заболеванию диабетом второго типа.

Диабет первого типа, который еще называют «диабетом молодых», имеет другую причину: его пусковым механизмом являются иммунные поломки в организме, когда своя поджелудочная железа, вырабатывающая инсулин, становится объектом для аг-

рессии. В результате этой невидимой «войны» поджелудочная железа «проигрывает» и ее клетки прекращают выработку инсулина. При этом виде диабета **пациент пожизненно 4 раза в день должен ставить инъекции инсулина.** С этой категорией пациентов эндокринолог должен работать еще и как психолог, потому что для таких больных очень важно адаптироваться в обществе, осознать свой изменившийся статус и не считать себя ненужными из-за своей болезни. Ведь сахарный диабет первого типа имеет выраженную инвалидность, хотя внешне это вполне здоровые люди, а внутреннее состояние нередко способствует возникновению депрессии. К сожалению, в нашей стране не развита система психологической помощи. И получается, что эта нагрузка ложится на плечи врача-эндокринолога.

- Вы изначально знали, что это часть выбранной вами специальности, или с этим пришлось столкнуться в процессе врачебной практики?

- Врачи, как и учителя, - это потребительские специальности, то есть, помогая человеку, ты сам должен отдавать частичку себя. Конечно, если не умеешь, не можешь работать с пациентом, как с человеком, то эффект от каких-либо манипуляций будет нулевой. К сожалению, в период моего студенчества не преподавалась наука о межличностных отношениях. А это - одна из составляющих успеха, причем, в любой отрасли. Мне посчастливилось побывать на нескольких тренингах для обучателей школ сахарного диабета, а полученные знания закрепить на практике.

- Насколько важны для пациентов школы здоровья? Ведь одно дело, когда занятия ведет такой специалист, как вы, а другое, когда необходимость обучения диабетической грамотности возникает в отдаленном селе, где вести занятия просто некому.

- Все так. Но сахарный диабет - это то заболевание, которое всегда подразумевает очень тесный контакт врача и пациента. **И ответственность за свое заболевание на 90% несет именно сам пациент.** Он должен знать ряд нюансов, которые для него жизненно важны. Такие, например, как питание, самостоятельное принятие решения о

С пациентами, имеющими сахарный диабет первого типа, эндокринолог должен работать еще и как психолог, потому что для таких больных очень важно адаптироваться в обществе, осознать свой изменившийся статус и не считать себя ненужными из-за своей болезни. Ведь сахарный диабет первого типа имеет выраженную инвалидность, хотя внешне это вполне здоровые люди, а внутреннее состояние нередко способствует возникновению депрессии.



Общее у обоих типов сахарного диабета - это повышение сахара в крови. Сахар не идет в клетку, клетка голодает, а в крови уровень сахара повышается. При длительном таком повышении и формируются осложнения, при которых поражаются органы зрения, почки, сердце, головной мозг, нервная система.

коррекции сахара крови. Не просто померить и зафиксировать уровень глюкозы в крови, - а предпринять конкретные действия для снижения уровня. Для этого и проводятся занятия в школах здоровья по профилям заболевания. **Мы не можем ежеминутно быть с пациентом, поэтому он должен получить эти знания и уметь ими пользоваться самостоятельно.**

Но по нашему опыту могу сказать, что в дебюте заболевания пациент еще не готов воспринимать обучение в школе, ему трудно находиться в коллективе, пусть даже среди людей с таким же заболеванием. Они еще пребывают в стрессе, поэтому на первых порах мы работаем с такими пациентами индивидуально. И тем не менее обучить больного в таком состоянии можно только элементарным действиям. А вот когда он уже принял свое заболевание, пожил с ним, освоился с изменившимися условиями жизни, только тогда его можно приглашать на групповые занятия.

- А второй тип сахарного диабета кого выбирает себе в «жертву»?

- Ранее корифеи эндокринологии писали, что сахарный диабет второго типа - это заболевание пожилых людей. Сейчас этот вид диабета молодеет, потому что **очень много молодых людей имеют избыточный вес.** Стоит обратить внимание на животы: **если окружность талии у женщины больше 80см, а у мужчины превышает 94см, это говорит о том, что жир уже отложился вокруг внутренних органов, которые регулируют гормональный фон человека.** Откуда? Пиво пьется, шашлыки едятся, полные корзинки в супермаркетах, кало-

рийность еды все выше - вот и результат. К тому же современные репродуктивные технологии позволяют вынашивать и рожать детей женщинам, уже имеющим сахарный диабет. **При втором типе диабета генетический дефект предрасположенности к этому заболеванию стопроцентно передается по наследству. Но проявится он или останется в дремлющем состоянии, - будет зависеть от образа жизни, который ведет человек.** В мировой практике есть эксперименты, когда близнецов с одинаковой наследственностью разделяли по разным семьям, живущим даже в разных странах: соответственно, каждая семья имела свой образ жизни и питания. И в одном случае диабет проявился, а в другом - человек оставался здоровым на протяжении всей жизни. Причем, отличались близнецы и по внешнему виду: один располнел, второй был худощавым и подтянутым.

- То есть принципиальное отличие между первым и вторым типом сахарного диабета в том, что при первом типе - инсулин не вырабатывается, при втором - не усваивается?

- Да, так и есть. Общее у обоих типов - повышение сахара в крови. Он не идет в клетку, клетка голодает, а в крови уровень сахара повышается. При длительном таком повышении и формируются осложнения, при которых поражаются органы зрения, почки, сердце, головной мозг, нервная система. Это и есть общее у двух типов сахарного диабета.

А то, что лежит в основе заболеваний, - разное. *При первом типе диабета своя иммунная система по каким-либо причинам начинает вырабатывать иммунные комплексы на свою поджелудочную железу, которая «сдается» и перестает вырабатывать инсулин.* А инсулин - это тот гормон, который вводит сахар крови в клетку, то есть без инсулина клетка не получает сахар, а в крови он накапливается в избытке. И чтобы исправить сложившуюся ситуацию, необходимо вводить инсулин извне.

При втором типе диабета все по-другому. Инсулина вырабатывается много, его может быть даже больше, чем надо, но есть нечувствительная к нему клетка: она жирная, толстая, закрытая, инсулин старается ее про-



Модернизация здравоохранения

бить, но не может. Тогда организм старается еще больше увеличить количество гормона, на какой-то момент тот «пробивает» заградительный барьер, но поджелудочная железа устает работать на пределе - и снижает выработку инсулина. А на этом уровне организм уже не может «пробить» клетку, чтобы доставить туда сахар, поэтому сахар остается в крови и тоже накапливается в избытке.

- Одно из необходимых условий при диабете второго типа - обязательное снижение веса. Но все знают, как нелегко это сделать. Что советуете вы?

- Да, набрать вес всегда намного легче, чем его сбросить. Что советую я как врач? Прежде всего, **проанализировать свое питание. Здесь поможет ведение дневника питания.** Когда человек записывает все съеденное, он уже видит «вредные» продукты, а также, сколько и чего он съел. Есть в дневнике очень важная графа - «Почему я ел?». Когда мы анализируем эти дневники пациентов, то очень редко встречается запись: «хотел есть». Чаще всего: «за компанию», «попалось под руку», «увидел, как едят другие и тоже захотел», «посмотрел рекламу» и т.п. **Поэтому я всегда прошу очень внимательно следить за тем, почему вы решили что-нибудь съесть.**

Второй важный момент: **при избыточном весе мы рекомендуем убрать из рациона все сладкое**, так как оно раздражает поджелудочную железу. В ответ она вырабатывает повышенную долю инсулина, и голод тут же приходит сам собой. Человек начинает есть.

Еще одно важное ограничение - **свести до минимума потребление жиров.** Причем, не только так называемых видимых жиров (масло, сало), но и скрытых (майонез, сметана, сосиски, кондитерские изделия). Рекомендуем не заправлять салаты растительным маслом, а, в крайнем случае, сбрызнуть соком лимона или растительным соусом, соевым, например. Под запрет попадают сосиски, колбаса и жирные молочные продукты, а также орехи и семечки, которые являются очень насыщенным жировым продуктом.

Основу питания должны составлять овощи, но не жареные или сдобренные жирными заправками, а тушеные, запеченные, сырые, например, в салатах. И обязательно **в рационе дол-**



жны быть тугоплавкие, так называемые медленные углеводы: каши, макароны, серый хлеб, картофель печеный или вареный (но не пюре), фрукты, ягоды.

Иногда пациентам рекомендуем применять **«французский феномен»:** перед едой выпивать стакан воды. Это создает ощущение наполненности желудка, соответственно, человек меньше съедает пищи, следовательно, получает меньше калорий и обретает больше шансов не набрать лишнего.

И, конечно, **никак не обойтись без физкультуры.** Лучший вариант - записаться в спортивный клуб и заниматься под наблюдением тренера. Многие уповают на то, что это дорого. Но я считаю, что это причина, чтобы ничего не менять в своей жизни. Как говорится, кто хочет - находит повод, кто не хочет - причину. Очень мало людей, кто может самостоятельно заниматься физическими упражнениями в домашних условиях. Или хотя бы ходить пешком на длительные расстояния, что может стать альтернативой спортзалу. Вообще рекомендуемый минимум - **по полчаса пешех прогулок в день, это примерно три километра.** Но ходьба скорее поможет поддерживать форму, сбросить лишнее с ее помощью все же труднее, чем фитнесом.

Если мы поставим доминантой снижение веса, то все вышеописанные условия - основополагающие. Вес сначала пойдет вниз хорошо. Потом остановится - наступила так называемая фаза «плато». Это естественное состояние: организм пытается защитить себя. У

Иногда диабетикам рекомендуем применять «французский феномен»: перед едой выпивать стакан воды. Это создает ощущение наполненности желудка, соответственно, человек меньше съедает пищи, следовательно, получает меньше калорий и обретает больше шансов не набрать лишнего.



многих в этот период опускаются руки, пропадает вера в успех. Но помните, что *остановка - явление временное*. Поэтому надо набраться терпения и продолжать работу над собой. Победа будет неизбежной. Главное - верить, не отчаиваться и не останавливаться. У меня был пациент, который очень хотел снизить вес. Для этого он специально купил гараж за два километра от дома. Пробегками туда-сюда он компенсировал малоподвижность, вызванную пользованием автомобилем, который, к слову, гарантированно дает в год 3-4 кг прибавки веса. Доказано.

- А если еще и пиво...

- Да, всего лишь одна бутылочка объемом 0,33 литра в день - это плюс 5-6 кг лишнего веса за год. А чем больше живот, тем меньше вырабатывается половых гормонов у мужчин.

- Насколько пациенты доверяют тому, что вы им говорите?

- Это так называемый комплайс, приверженность лечению. **Очень важно, как ты расскажешь человеку то, что ему нужно знать обязательно.** За 12 минут приема очень трудно найти у него чувствительную точку. А она есть у каждого человека: кто-то боится инфаркта, кто-то - инсульта, а кому-то страшно потерять женщину, проявив свою мужскую несостоятельность, и т.д. Но на приеме едва успеваешь посмотреть анализы и дать бегло рекомендации. Установить более тесный контакт за такой короткий промежуток времени невозможно. **Но врач должен говорить с пациентом.** Есть пациенты мотивированные, которые успевают услышать то, что им надо. Хотя американцы считают, что если пациент с ожирением не готов к снижению веса, не стоит тратить на него свои время и силы. Мотивация человека должна быть первична, тогда он найдет контакт с врачом.

- Вам приходилось сталкиваться с позицией пациента: «ты врач, значит, ты должен»?

- Да, и этот момент - самый сложный в общении, особенно с

возрастным контингентом. Действительно, почему-то у них сложилось мнение, что врач именно должен, а самому - никаких усилий и прилагать не надо. Есть волшебная таблетка, и если ты ее не знаешь, то ты плохой врач. По мере сил стараюсь объяснять, как себя вести при диабете. Хотя на фоне этого заболевания у многих развивается энцефалопатия, что осложняет лечение. Но даже если процентов 80 таких пациентов не будут выполнять наши рекомендации полностью, остаются еще 20, которые адекватно воспринимают услышанное и сохраняют приверженность лечению. Трудно работать с первыми, но... Мне кажется, что люди среднего поколения уже иначе начинают относиться к своему здоровью, понимая, что человек в первую очередь сам несет ответственность за свое здоровье.

- В последнее время в обществе активно обсуждается тема врачебной ошибки. Насколько она типична в вашей профессии?

- Право на ошибку имеет каждый человек. Не ошибается только тот, кто ничего не делает.

- Но почему-то именно врачей люди лишают этого права...

- Потому что это касается здоровья человека. Да, ошибки случаются, и в моей практике это тоже было, как и у любого человека. Я их помню и не исключаю, что могу еще когда-нибудь ошибиться. Это очень большое напряжение, особенно когда только окончил вуз, когда очень большая поточность пациентов, когда у тебя еще мало опыта и не с чем сравнивать даже в своей практической деятельности, а наша профессия требует анализа и дополнительных знаний. Это нормально. Бывают пациенты, которым нужно уделить не менее часа, чтобы разобраться в ситуации.

Мне кажется несправедливым, что именно наша врачебная практика становится предметом ожесточенного публичного обсуждения, зачастую несправедливого, неоправданного. **Ошибки надо анализировать, искать причины, осознавать происшедшее и де-**

лать выводы. А огульно критиковать врачей, считаю, может только глупый человек.

- Подводя итог разговору, давайте обобщим рекомендации, которые вы могли бы дать трем категориям пациентов: болеющим сахарным диабетом, имеющим предрасположенность к нему и людям здоровым.

- Первая рекомендация касается всех: **правильно питайтесь и регулярно двигайтесь.** Плюс **имейте позитивный настрой.** Тем, кто имеет диабет, рекомендую не ссылаться на бабушку и маму, имевших избыточный вес. Помните, что **полнота - не наследство, а приобретенное свойство.**

Заботьтесь о детях, не приучайте их много есть. Если ребенок отказывается от еды, лучше не настаивать, не заставлять его съесть все, что вы приготовили, а самое главное, по возможности оградите от «вредной» еды - чипсов, колы, фаст-фудов, сладкого, жирного.

Следите за своим здоровьем. Предрасположенным к заболеванию людям надо особенно тщательно контролировать уровень сахара и жиров (липидов) крови. Периодически посещать врача, выполнять все его рекомендации. Если вы уже заболели, ни в коем случае не опускайте руки. Диабет - не приговор, а просто новый образ жизни.

И помните: каждый - творец и художник своей жизни!

Ольга Николаева

Фото: Евгений Налимов

ОТ РЕДАКЦИИ.

Наш журнал уже обращался к теме сахарного диабета. В 2005-2006 годах мы публиковали цикл материалов в рубрике «Жизнь с сахарным диабетом», где обстоятельно обучали наших читателей новому для них образу жизни. В 2007 году в библиотечке «Школы здоровья - школы профилактики» нами была издана отдельная брошюра с одноименным названием. По просьбе наших читателей мы возвращаемся к этой теме вновь. Со следующего номера на страницах нашего журнала выходит «Школа больных сахарным диабетом».





Адаптация семьи при рождении ребенка с пороками развития



Татьяна Владимировна ГОМАН,
медицинский психолог,
КГБУЗ «Перинатальный
центр (клинический)
Алтайского края»

В России за последние 20 лет сложилась тенденция к увеличению рождения детей с ограниченными возможностями (более чем в 3,6 раза) и, по прогнозам, она будет увеличиваться в дальнейшем.

В городе этот уровень выше, чем в сельской местности, и зависит от комплекса социально-экономических, социально-демографических, экономических и медико-социальных особенностей регионов.

Среди нарушений в состоянии здоровья со стойкими расстройствами функций, ограничениями жизнедеятельности, нарушениями социальной адаптации и интеграции в общество наиболее многочисленную группу составляют заболевания, связанные с двигательными (25%) и умственными (20,4%) нарушениями.

Нарушения у малыша могут быть выявлены на разных этапах развития: внутриутробном, при рождении либо с появлением первых новообразований возраста (способность следить взглядом за предметом, держать головку, эмоционально реагировать на взрослого и т.д.).

Безусловно, **этап выявления инвалидизирующих нарушений у ребенка является мощным стрессовым фактором для родителей.** Существуют определенные психологические моменты восприятия и переживания информации о серьезных отклонениях в развитии ребенка. Американский психиатр Ребекка Вулис, так же, как и наши специалисты, типичными реакциями считает **отрицание, печаль, гнев.** *Первая реакция - это всегда шок и отрицание.* Трудно поверить в случившееся в течение нескольких дней, недель, месяцев и даже лет. Затем *наступает глубокая печаль* и, наконец, от ощущения беспомощности, из-за невозможности повлиять на само заболевание, *рождаются гнев и разочарование.*

Психологи выделяют четыре фазы психологического состояния в процессе становления их позиции к ребенку с ограниченными возможностями. Первая фаза - «шок», характеризуется состоянием растерянности,

беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности. Вторая фаза - «*неадекватное отношение к дефекту*», характеризующаяся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией. Третья фаза - «*частичное осознание дефекта ребенка*», сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся «результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений». Четвертая фаза - *начало социально-психологической адаптации всех членов семьи*, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

Как показывает практика, очень незначительный процент семей (примерно треть) способны без значительных потерь пройти через предстоящие им этапы компенсирующего лечения, систематические домашние занятия по развитию ребенка и одновременную самореализацию (через трудовую, досуговую деятельность и общение).

До недавнего времени существовала политика изоляции в отношении инвалидов, и это было определяющей тенденцией отечественного общества. Сегодня ситуация меняется. **Все больше родителей берут на себя задачи воспитывать ребенка с ограниченными возможностями в семье, развивается система социальной, профессиональной поддержки, растет профессионализм социальных работников, специализирующихся на помощи семье.** Система реабилитации предусматривает значительный набор услуг не только детям, но и их родителям.

Необходимость разработки адекватных путей психологической помощи членам семей, воспитывающих



Школа ответственного родительства

детей с ограниченными возможностями обусловлена основными направлениями государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации. Целью государственной политики является обеспечение социализации детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах, их полной реабилитации для успешной их интеграции в общество. **Главными направлениями в этой области являются:**

◆ приоритет семейного воспитания детей с различными отклонениями и особенностями в развитии, защита их прав и интересов;

◆ разработка эффективных методов помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями и особенностями в развитии.

Законодательную базу психологической помощи членам семьи, воспитывающим детей-инвалидов, составляют следующие материалы: Федеральная целевая программа «Дети-инвалиды», Закон «О социальной защите инвалидов в РФ», Федеральная целевая программа «Развитие социального обслуживания семьи и детей», стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года.

Родителям в случае столкновения с ситуацией выявления инвалидизирующих отклонений в развитии у ребенка рекомендовано **своевременное обращение за психологической и социальной поддержкой на всех этапах его развития**. Часто этап обращения за помощью затруднен первичными реакциями шока и отрицания, а также в силу того, что каждый ощущает уникальность переживания, иногда появляется нежелание преподнести себя в статусе родителя малыша с отклоняющимся развитием. **При попытках справиться с ситуацией самостоятельно, возможно возникновение вторичных осложнений в виде нарушений семейной системы в целом, а также упускается возможность своевременного начала лечебно-коррекционных мероприятий.**

Потенциал развития ребенка многие специалисты связывают с типом воспитания ребенка в семье, степенью адекватности восприятия матерью осо-



бенностей развития ребенка с патологией, желанием и готовностью родителей включиться в работу по упорному достижению поставленной цели.

Родители ребенка с ограниченными возможностями часто являются основными исполнителями значительной части реабилитационных и реабилитационных мероприятий. В связи с этим возникает необходимость сохранения и поддержания психического и психологического здоровья членов семей с ребенком с проблемами в развитии, так как именно они являются тем ресурсом для развития, а также вселяют уверенность, дают силы к преодолению трудностей. По мере роста и развития ребенка в семье меняются ситуации, к решению которых родители могут заранее быть готовыми, общаясь со специалистами и родителями детей в подобных ситуациях.

Находясь под наблюдением специалистов, на психологическом уровне легче избежать личностных нарушений в виде эмоциональной лабильности (чрезмерной восприимчивости), тревожности, агрессивности. А вследствие этого - на соматическом уровне - различных психосоматических, астенических и вегетативных расстройств. На социальном уровне важно достигать необходимого уровня общения и самореализации конкретной семьи. В нашей стране матери, как правило, оставляют работу по избранной специальности и целиком посвящают себя воспитанию ребенка, что еще в большей степени способствует аномальной личностной и поведенческой изменчивости матерей. ☺

Таким образом, одним из главных условий возникновения психологической адаптации всех членов семьи - своевременное обращение и сотрудничество с государственными структурами, оказывающими поддержку семье и ребенку. В этом случае многие семьи уже нашли возможность продолжать активную социальную жизнь - общаться и заниматься своей любимой деятельностью. Помните, что ваш малыш пришел в этот мир, чтобы любить и быть любимым.



ОТ РЕДАКЦИИ.

Одним из актуальных направлений развития страны и общества на современном этапе является модернизация системы здравоохранения. Активные преобразования происходят в акушерской службе. Справедливости ради нужно сказать, что не все новации сегодня однозначно принимаются и обществом, и специалистами. Наш журнал вольно-невольно выполняет миссию некой дискуссионной площадки по многим волнующим и специалистов, и общество вопросов. Так, в прошедшем году мы обсуждали проблему кадров в здравоохранении, вопросы сельского здравоохранения, важность или эффективность популяционной профилактики, пытаясь совместно с экспертами, привлеченными нами в партнерстве с Общественной палатой Алтайского края, ответить на вопрос: можно ли и как снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний?

Вопросы оказания помощи матери и ребенку, репродуктивного здоровья и демографических последствий его ухудшения - также не раз были темами наших публикаций.

Акушер-гинеколог со стажем работы более 40 лет, прошедший путь от врача акушера-гинеколога ЦРБ до заведующего отделением краевого родовспомогательного учреждения, который не понаслышке знает, что было не только вчера, но и позавчера, в акушерстве и что мы имеем сегодня, делится своими опасениями, тревогой за ситуацию, которая складывается с одним из самых сокровенных моментов в жизни - с деторождением...

Записки бывалого врача: «Все течет, все меняется»



Василий Максимович РЕМНЕВ,

врач акушер-гинеколог, первая квалификационная категория, заведующий акушерским физиологическим отделением, КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

Человек в постоянной борьбе с изобретением природы - с самим собой!

Еще в древности акушер делал операцию чревосечения на агонирующей женщине, извлекая плод. **Через смерть он накапливал опыт сохранения жизни.** В XIX веке кесарево сечение было варварской и опасной операцией, но сегодня оно стало простым действием, привычной врачебной манипуляцией. Материнская смертность после нее встречается крайне редко и возможна только в случае развития послеоперационных осложнений или при тяжелой экстрагенитальной патологии. Это происходит благодаря прогрессу общества.

Если во времена одного из основоположников акушерства Н.М. Максимовича-Амбодика акушеры бегали с тазомером, определяли окружность живота и высоту стояния дна матки, выслушивали стетоскопом сердцебиение плода, то теперь, когда ультразвуковая диагностика, кардиотокография (КТГ), электронный стетоскоп делают это все быстрее и точнее, составляют и дают прогноз родов, - старые методики смотрятся театральными.

Синдрому гестоза у беременных посвящены сотни теорий, но нет пла-

центы - нет гестоза. Срыв скрытых болезней, вызванных ферментами плаценты, принимался за болезнь, проводилось различное лечение по мере открытия лекарств. А теперь преэклампсия является показанием для срочного кесаревого сечения. И живы будут оба - мать и новорожденный, но если вовремя все произойдет...

Акушерство - искусство не только возможного, но и невозможного.

ЭКО сегодня стало обычным. Прогресс превратил беременную женщину в технический объект. Врач - с его многофункциональной аппаратурой, стандартами - не более как исполнитель, ограниченный приказами, и для которого ведение беременности женщины - его труд! Он отвечает за все, даже если беременная много курит, пьет, живет в асоциальных условиях. **Врач стал наемником - контрактным, незащищенным, безденежным. Все это обязывает его не ошибаться, постоянно обучать себя, иначе с профессией можно очень быстро распрощаться.**

Еще в 60-е годы прошлого века, окончив вуз, с дипломом и теоретической подготовкой, без практического опыта, приехав в ЦРБ,



врач был уважаем. Опыт приходил через ошибки, стрессы и благодаря прекрасным акушеркам, которые учили «повивальному делу» молодого врача. Абдоминальные роды (кесарево сечение) были единичными: торжествовал принцип профессоров Малиновского, Слепых - количество родов путем кесарева сечения не должно превышать одного процента. Кесарево сечение было корпоральным, в высшей степени варварским, шел переход на разрез в нижнем сегменте. Госпитализация в г.Барнаул осуществлялась только с согласия главного акушера-гинеколога края. И выходило, что **центральная районная больница - это форпост акушерской службы.**

С созданием краевого перинатального центра прежняя система сама собой стала разрушаться. В нем стали концентрироваться беременные с любой экстрагенитальной патологией, количество родов в районах начало падать, а у врача ЦРБ - снижаться практические навыки. Чтобы их не терять, врачи ЦРБ начинают перестраховываться, тактически не всегда удачно, что обостряет ситуацию и приводит к рождению жалоб, следом оживились журналисты, суды, прокуратура... И процесс этот необратим.

Краевой перинатальный центр сегодня - это стандарт высокой акушерской помощи и матери, и детям.

*О, славный центр, прекрасен миг!
За годы трудные мужанья
Немалых ты высот достиг
И стал предметом подражанья.
Своих Абрамченко, Жордания,
Серовых, Ретиных, Чернух
И Малиновских воспитали
Трудом немалым и не вдруг.
Открыт простор
для свежих знаний,
Спешим мы новое внедрить.
Предела нет дерзким
мечтаньям,*

А без открытий нам не жить...
Академик **К.К. Скробанский** говорил молодым врачам-акушерам: «Операцией должен владеть каждый акушер, так как быстрота и правильность решения спасут жизнь матери и ребенку. Промедление - непоправимая катастрофа,



фа, но кто сделал операцию, уже составляет себе репутацию блестящего оператора. Было бы ошибкой бесконтрольное, огульное родоразрешение путем кесарева сечения. Это низведет акушерство до самой низкой ступени грубого решения..., а сотням женщин - тяжелейший, оставляющий на всю жизнь след травмы».

Процент кесарева сечения по России сейчас превышает 20%, а в КППЦ достигает 30-35%, что угнетающе действует на психику не только беременных, но и самих врачей. *Необоснованность роста кесарева сечения провоцируется не только ошибками врачей и их тщеславием, но и беременными: «Кесарите - и все!».* Но надо осмотреться. Ребенок, рожденный естественным путем, устойчив к любым суровым условиям жизни. Абдоминальные дети - это как бы новая популяция, и есть вопросы наследственности. Академик **Э.К. Айламазян** на Национальном конгрессе «Дискуссионные вопросы современного акушерства» в июне 2011 года в Санкт-Петербурге, критикуя рост частоты оперативных родов в стране, говорил, что при таких темпах «скоро мы перейдем от деторождения к детоизвлечению».

Акушерство сегодня находится на научном подъеме, в споре с естественным отбором, но рано еще праздновать успех! ☺

ЭКО сегодня стало обычным. Прогресс превратил беременную женщину в технический объект. Врач - его многофункциональной аппаратурой, стандартами - не более как исполнитель, ограниченный приказами, и для которого ведение беременности женщины - его труд! Он отвечает за все, даже если беременная много курит, пьет, живет в асоциальных условиях.



Гиперчувствительность к яду насекомых



**Владимир Федорович
АРСЕНЬЕВ,**
главный аллерголог-
иммунолог г.Рубцовска

При инсектной аллергии аллергенами являются компоненты яда, слюна и биологические компоненты тел насекомых. Несмотря на большое разнообразие кусающих и жалящих насекомых, которые окружают нас, только осы, пчелы, шмели и иногда слепни могут вызвать у человека при ужалении и укусе тяжелые аллергические реакции.

Слюна таких насекомых, как москиты, муравьи и слепни, когда попадает в кожу при укусе, может вызывать большие отечные зудящие высыпания. Подобные местные аллергические реакции неприятны, но они редко бывают опасными. **Тяжелые, угрожающие жизни реакции могут возникнуть при попадании яда через жало при ужалении насекомыми, относящимися к роду перепончатокрылых.** Замечу, что шмели жалят только в исключительных случаях и только тех людей, кто профессионально контактирует с насекомыми.

Яд насекомых может вызывать как аллергические, так и неаллергические реакции. Первые возникают благодаря белкам, входящим в его состав и индуцирующим выработку специфических IgE антител. Неаллергические же реакции обусловлены непосредственным действием низкомолекулярных веществ в составе яда на стенку сосудов, а также пептидов, которые вызывают неспецифическую дегрануляцию тучных клеток, приводящую к немедленной местной реакции. **В месте ужаления насекомым у большинства людей развивается зудящий волдырь** - размером до 5см, который может сохраняться в течение нескольких часов, но который не требует лечения. При ужалении в область шеи **может возникнуть обструкция верхних дыхательных путей** - и тогда уже потребуется медицинская помощь.

Опасные неаллергические реакции могут возникнуть в ответ на ужаление жалящих насекомых - и даже на укусы нежалящих насекомых - **у пациентов с индивидуальной восприимчивостью к пептидам в составе ядов и слюны насекомых**, которые вызывают неспецифическую дегрануляцию тучных клеток. Это - пациенты с кожным или системным мастоцитозом, люди с повышенным содержанием фермента триптазы в сыворотке крови. **Эти люди должны всегда иметь при себе аптечку!**

Яды насекомых содержат белки, которые индуцируют выработку IgE антител, которые, в свою очередь, связываются с рецепторами на поверхности тучных клеток и циркулирующих базофилов. При повторном ужалении поступивший яд взаимодействует с IgE антителами, фиксированными на поверхности тучных клеток, вызывает их дегрануляцию и высвобождение различных медиаторов, которые вызывают либо немедленную, либо отсроченную аллергическую реакцию, проявляющуюся в виде выраженной местной или системной реакции. **Размер аллергической местной реакции** - различный, но часто **волдырь бывает больше 10см** и обычно сохраняется в течение нескольких дней. **Иногда может наблюдаться отек всей руки или ноги.** В общей популяции частота системных аллергических реакций на яд насекомых колеблется от 0,5 до 3 процентов. Они характеризуются аллергическими симптомами, возникающими вне очага ужаления. **Чаще всего системная реакция начинается с генерализованного (широкой области) зуда и покраснения кожи**, далее развиваются крапивница и ангионевротический отек, возникают рвота, боли в животе, стеснение в груди, охриплость голоса, чувство тревоги, головокружение, может сопровождаться падением артериального давления. Жизнеугрожающие симптомы (внезапное затруднение дыхания, потеря сознания и шок) могут привести к летальному исходу, в особенности у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой или дыхательной систем, а также у пациентов с мастоцитозом. Риск развития летального исхода возрастает с увеличением интервала между началом системной реакции и началом оказания медицинской помощи.

Прогнозировать развитие системной аллергической реакции на повторное ужаление у пациентов с указанием на подобные реакции в анамнезе почти невозможно. Хотя иссле-



дования показали, что риск системных реакций у лиц, наблюдавшихся реже с выраженными реакциями, составляет приблизительно 10%, с системными реакциями на яд осы - 25% и на яд пчелы - 50 процентов. Риск развития системной реакции наблюдается меньше у детей и выше - у пациентов с мастоцитозом. Чем тяжелее была предыдущая системная реакция, тем выше риск развития еще более тяжелой реакции при последующем ужалении. Поэтому наблюдавшаяся ранее жизнеугрожающая реакция является абсолютным показанием для проведения иммунотерапии ядом насекомых!

Какие существуют рекомендации по снижению риска ужалений насекомыми (перепончатокрылыми)? Это:

◆ *в летние месяцы будьте на улице в одежде, максимально закрывающей тело.* Подбирая светлые тона одежды, избегайте ярких тканей, так как они привлекают насекомых. Яркая цветная и черная одежда особенно привлекает насекомых, а вот белый, зеленый, коричневый цвета - наименее привлекательны для них;

◆ *избегайте сильных физических нагрузок* при жаркой погоде, так как пот привлекает пчел и ос;

◆ *при пребывании на улице носите головной убор*, так как насекомые могут запутаться в волосах;

◆ *не пользуйтесь сильно ароматизированными дезодорантами*, лосьонами после бритья, лаком для волос и кремами от солнца, так как ароматные запахи привлекают пчел и ос;

◆ *исключите применение прополиса* и препаратов, его содержащих (апилак, прополисум, пропосол, прополизол и другие);

◆ *необходимо избегать пикников и барбекю*: конфеты и пироги, разрезанное холодное мясо, пиво и другие пищевые продукты привлекают ос. Никогда не оставляйте напитки открытыми: осы могут незаметно попасть в стакан;

◆ *соблюдайте осторожность* во время приготовления и приема пищи на свежем воздухе;

◆ *рекомендуется иметь* на кухне инсектицидные средства;

◆ *обходите стороной места скопления мусора*, перезрелые плоды, так как насекомых привлекают пищевые продукты и запахи;

◆ *обходите стороной ульи и клумбы* - там всегда много пчел;



◆ *не косите траву, не обрезайте живую изгородь*, не работайте на балконе, в канавах, кустарниках, заброшенных помещениях или на старых чердаках - в местах, где осы часто устраивают свои гнезда. Поэтому перед началом работ убедитесь, что их там нет;

◆ *не ходите босиком* по траве;

◆ *не делайте резких или зигзагообразных движений*, когда насекомые подлетают к вам. Сохраняйте спокойствие и не двигайтесь. Большинство насекомых спонтанно не жалят и поэтому, если они не чувствуют угрозы со стороны человека, то просто улетают. Если же оса села на вас, аккуратно смахните ее рукой. Никогда не бейте по ней: если вы ее не убьете, она ужалит вас;

◆ *никогда не убивайте пчелу или осу около их гнезда*: когда насекомые чувствуют опасность, они выпускают вещества, которые привлекают других насекомых и побуждают их жалить;

◆ *на протяжении весенне-летних месяцев имейте при себе опознавательную информацию* (в форме браслета, ожерелья, карточки), которая позволит даже при нахождении вас в бессознательном состоянии получить сведения об аллергическом заболевании. Там должны быть указаны ваши паспортные данные, диагноз, контактные телефоны родственников и адрес;

◆ *на протяжении весенне-летнего периода имейте при себе аптечку* для оказания неотложной помощи. Она

Яды пчелы и осы значительно различаются по соотношению аллергенных белков, ответственных за реакции гиперчувствительности. Если показано проведение АСИТ, то важно правильно определить «виновный» аллерген, так как далеко не всегда пациент может охарактеризовать ужалившее его насекомое.



◀ включает: раствор адреналина для неотложного введения; пероральные и инъекционные формы антигистаминных препаратов первого поколения (супрастин, тавегил и другие); глюкокортико-стероидные препараты в ампулах (преднизолон, дексаметазон); жгут; шприцы, вата и спирт.

Что делать при ужалении насекомым

Общее правило: **если жало осталось в коже, выньте его настолько быстро, насколько это возможно!** Постарайтесь не нажимать на мешочек яда, иначе оставшийся яд попадет в кровоток ужаленного человека. Острым предметом или ногтем, параллельно коже, удалите жало. Приложите холодный компресс к месту ужаления.

Памятка для пациентов, у которых были реакции гиперчувствительности к яду насекомых:

- ◆ если возможно, наложите жгут выше места ужаления;

- ◆ как можно скорее примите антигистаминный препарат. Если реакция приобретает системный характер, незамедлительно проконсультируйтесь с врачом;

- ◆ пациенты, у которых ранее были проявления системных аллергических реакций на яд насекомых, должны иметь при себе аптечку, где есть адреналин в шприце, готовый к использованию!

Профилактика серьезных аллергических реакций

Системные аллергические реакции с установленной сенсibilизацией (повышенной чувствительностью) к яду жалящих насекомых являются показанием для проведения **аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ)** ядом виновного насекомого. Решение начать данное лечение принимается в индивидуальном порядке для каждого пациента с учетом факторов риска (возраст, степень тяжести предыдущей реакции, высокая вероятность повторных ужалений), и, что не менее важно, необходимо принимать во внимание

Характеристика	Пчела	Оса	Шмель
Волоски на теле насекомого	Есть	Нет	Много
Цвет	Коричнево-черный	Желто-черный	Темно-оранжевый
Беспричинное ужаление	Нет	Часто	Нет
Сезон	Весна и лето	Лето и осень	Весна и лето
Оставляют жало в коже человека	Да	Нет	Нет
Место и условия обитания	Улей, клумба, клеверные поля	Осиные гнезда, фруктовые деревья, продукты питания, мусорные ящики, кустарники	Клумбы

чувство страха у пациента быть ужаленным, которое может серьезно влиять на дальнейшее качество его жизни. Этот метод лечения приводит к развитию толерантности пациентов к яду ос и пчел, причем при проведении АСИТ ядом ос полная защита достигается в большинстве случаев, а при проведении АСИТ ядом пчел - такой протективный эффект выражен только на 75 процентов.

Начальная фаза АСИТ заключается в подкожном введении последовательно возрастающих доз аллергена из яда насекомого до достижения максимальной дозы. **Во время второй фазы лечения** регулярно вводится максимально достигнутая поддерживающая доза. Существуют несколько схем начальной фазы АСИТ: шок-метод, молниеносная и ускоренная, когда доза аллергена быстро повышается и проводится только в условиях стационара. Проведение АСИТ по классической схеме (длительное, медленное повышение дозы аллергена) используется в амбулаторном режиме. Во время второй фазы лечения поддерживающими дозами аллерген вводят с интервалом от 6 до 8 и более недель. В большинстве европейских стран общая продолжительность лечения аллергенами составляет 3-5 лет. Однако пациентам с тяжелыми проявлениями инсектной аллергии и большим мастоцитозом следует проводить АСИТ ядом пожизненно.

Кто виноват?

Важнейшей отличительной особенностью является **окраска насекомого и наличие жала в месте ужаления**. Так, пчелы оставляют жало в месте ужаления, а осы - нет. Если насекомое ужалит вас в начале весны, то это, скорее всего, - пчела. Аллергические реакции на ужаления пчел обычно бывают у пасечников, членов их семейства и у их соседей. Если вас внезапно ужалит насекомое в конце лета, особенно вблизи пищевых продуктов или переспевших фруктов, вероятнее всего, это была оса. Несомненно, осы намного агрессивнее пчел, поэтому вероятность быть ужаленным ими существенно выше.

Чтобы установить виновного насекомого, помимо сбора анамнеза, нужно провести кожное тестирование с ядом насекомых, а также определить специфические IgE в сыворотке крови пациента. АСИТ назначают лишь в том случае, если хотя бы один из этих тестов подтвердит сенсibilизацию к яду осы или пчелы. Но степень выраженности этих тестов не является прогностическим признаком развития и тяжести реакции в случае повторного ужаления. С другой стороны, пациентам с тяжелыми аллергическими реакциями на ужаления или укусы насекомыми **рекомендуется исследовать уровень триптазы в крови:** если он увеличен, то риск развития тяжелой реакции при повторном ужалении достаточно высок. ☺



«Лидерство в переговорах»: вторая сессия

С 2011 года Алтайская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» участвует в Международном проекте «Лидерство в переговорах», организатором и координатором которого является Российская ассоциация медицинских сестер.

С 5 по 8 июня текущего года в Москве состоялась вторая сессия проекта - семинар, в котором приняли участие 32 делегата из 18 регионов России, а также представитель Шведской Ассоциации медицинских работников **Евю ГУСТАФСОН** и представитель Международной ассоциации средних медицинских работников из Маврикии **Франсис САППАРАЙЕН**. Делегацию АРОО «Профессиональная ас-

социация средних медицинских работников» представляла главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» **Жанна Юрьевна БУТРИНА**. С приветственным словом перед делегатами выступили президент РАМС **В.А. САРКИСОВА**, преподаватели семинара Франсис Саппарайен и Евю Густафсон.

На семинаре рассматривали следующие темы.

Переговоры

Во время двух занятий по этой теме участники получили общие сведения о стратегиях ведения переговоров и получили возможность поработать над развитием собственных навыков участия в переговорах, которые можно совершенствовать бесконечно. Опыт ведения переговоров не сможет заменить никакой другой опыт - он весьма важен для участников, которые являются членами и делегатами национальной Ассоциации.

К концу занятий участники овладели навыками установления, когда переговоры подходят как способ решения конфликта; попрактиковались в умении слушать и задавать вопросы; описывали различные стили ведения переговоров; использовали принципы эффективного ведения переговоров в практических ситуациях и могли проанализировать свой стиль ведения переговоров.

Обучение взрослых

Понимание принципов обучения взрослых является важной предпосылкой для успешного проведения любых занятий. Все мы можем вспомнить занятия, которые нам не нравились, и те, которые мы считали очень полезными. Существует ряд основных принципов, на которых должно строиться обучение взрослых людей и с помощью которых ваши лекции обязательно запомнят с наилучшей стороны.

Безусловно, каждый человек по-своему воспринимает информацию, поэтому выделяют несколько стилей обучения. Знание основных стилей обучения позволит вам совмещать их во время ваших занятий, то есть поможет вам заинтересовать каждого слушателя. Взрослые ученики обычно более мотивированы к обучению, чем дети. Важно, чтобы все ученики осознавали цель своего обучения: если они ее не знают или не понимают, какую ценность для них представляет обучение, то процесс учебы, скорее всего, окажется малоэффективным.

К концу этой сессии участники смогли описать основные стимулы, мотивирующие взрослых к обучению, привести список основных принципов обучения, определить ос-

Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляем вас с профессиональным праздником - Днем медицинского работника! Желаем процветания вашей профессии и совершенствования в труде!

Вам пожелать хотим мы счастья,
 Ведь вы храните нас от бед,
 От всех болезней и несчастий
 У вас всегда готов рецепт!
 Желаем мы и вам здоровья,
 Любви и радостей в семье!
 Пусть труд ваш подвигом зовется,
 И благодарны вам все те,
 Чьи жизни вы спасли сумели,
 Наперекор, порой, судьбе!!!

С уважением,
 Президент
 АРОО ПАСМР
 Л.А. Плигина



новные технологии обучения и разработать базовый учебный план.

Публичное выступление

На этом занятии мы учились развивать и укреплять у участников уверенность в своих лидерских качествах, при публичных выступлениях.

К концу сессии участники смогли объяснить, почему публичное выступление играет важную роль для представителя Ассоциации, как подготовиться к публичному выступлению и как его выдержать, продемонстрировав свои навыки ведения презентации и владения речью.

Разрешение конфликтов

Конфликты постоянно присутствуют в различных сферах нашей жизни. Они никогда не исчезнут, поэтому разрешение конфликтов - это не их устранение, а грамотное управление ими. Во время этого занятия участники узнали о тех конфликтных сферах, за которые отвечает их НСА, а также сами приобрели навыки по разрешению создавшихся конфликтов.

К концу сессии участники смогли не только описать роль своей Ассоциации в разрешении конфликтов, обсудить реальные цели разрешения конфликтов, понять основные реакции на конфликт, но и развить навыки построения здоровых взаимоотношений в коллективе.

Ключевые члены

Работа медицинских сестер подвержена воздействию самых разных проблем. Это происходит под влиянием различных вопросов в здравоохранении, а также из-за внешних, например, политических изменений. Каждая медсестра не в состоянии лично противостоять всем возникающим проблемам. Поэтому важно, чтобы у медицинских сестер был единый коллективный голос. Важно, чтобы кто-то представлял их интересы, выступал от их имени, занимался решением проблем отрасли. Этот человек и является «ключевым членом» сообщества медсестер, представителем, который выбран коллективом медсестер для представления их интересов. В разных национальных ассоциациях этого человека называют по-разному, например, «делегатом» (как на нашем занятии), «старостой» или просто «представителем». У делегатов, помимо указанной роли, есть и вторая, не менее важная функция. В рамках Ассоциации они выполняют функцию коммуникации. Чтобы Ассоциация правильно функционировала, ей необходимо знать, в чем нуждаются ее члены, поэтому важна работа коммуникационных каналов, направленных как от членов Ассоциации к руководству, так и наоборот. Именно ключевые члены - основной инструмент для функционирования таких каналов.

К концу этой сессии участники поняли, что значит быть делегатом, понять его роль в организации, узнать, как работает организация, и научиться решать практические проблемы.

Управление Ассоциацией

Ресурсы Ассоциации очень ограничены. Ее деятельность финансируется из членских взносов, поэтому Ассоциация подотчетна своим членам по использованию средств. Значительная часть работы Ассоциации (НСА) проводится в рамках различных комитетов и групп, а также с помощью волонтеров и лиц, избранных на различные должности в Ассоци-



ции. Это означает, что **наша НСА должна действовать на основе четких демократических принципов и структур**. Зачастую делегатам и представителям НСА сложно понять, как функционирует Ассоциация и кто за что в ней отвечает. Но очень **важно, чтобы такое понимание было достигнуто среди участников семинара**, что обеспечит дальнейшее успешное развитие Ассоциации. Знание того, как функционирует НСА, важно не только для ее делегатов и представителей, но и для всех ее членов.

Рекрутинг

Многие считают рекрутинг сложной задачей, но он очень важен для выживания и роста НСА. Если у НСА есть средства для проведения мероприятий, если НСА имеет высокий авторитет, то задача рекрутинга существенно упрощается. Но нехватка финансирования ведет к снижению статуса НСА, далее - снижению показателей членства, что, в свою очередь, приводит к последующему снижению доступных финансовых средств... Задача заключается в том, чтобы развитие Ассоциации шло по возрастанию, а не в сторону убывания. На этом занятии участники смогли попрактиковаться в методах рекрутинга и разработать план действий для своей НСА.

К концу занятия участники смогли объяснить те сложности, с которыми сталкиваются рекрутеры, и предложить стратегии борьбы с ними, объяснить преимущества членства в своей НСА, ответить на критику и сомнения, адресованные вашей НСА, а также разработать стратегию рекрутинга.

Проект «Лидерство в переговорах» является основополагающим фактором эффективного развития сестринской профессии и сестринских кадров, является сильной и независимой сестринской ассоциацией, защищающей и продвигающей интересы медицинских сестер в здравоохранении и рынке труда. Кроме того, усиление лидерских навыков медсестер важно для развития и повышения общественной роли женщин в профессии и обществе и обеспечения равной оценки их труда.

В соответствии с планом работы АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в октябре планируется проведение семинара для главных медицинских сестер и ключевых членов Ассоциации учреждений здравоохранения Алтайского края по материалам Международного проекта «Лидерство в переговорах». ☺



Лечебное питание и фитотерапия при туберкулезе

Туберкулез - это тяжелая болезнь, которая негативно влияет не только на физическое состояние, но и на психику больных. Первый шок пациент испытывает, когда узнает о своем диагнозе, второй - когда понимает, что должен необычно долго лечиться. Часто люди теряют работу, нередки случаи глубоких конфликтов с родственниками и даже разрыв семейных отношений. У пациента возникает страх, что он может стать инвалидом. Многие стесняются своего диагноза.

Физические страдания от туберкулеза (интоксикация, болевой синдром, нарушение функции органов и др.) добавляются к психологическим страданиям и усугубляют их. И если при этом пациент не встречает моральной поддержки, а видит холодное безразличие, непонимание, грубость, а иногда и жестокость медицинского персонала и окружающих, то рассчитывать на эффективность лечения не приходится.

В связи с этим заболеванием у пациентов и их родственников очень часто возникают вопросы по поведению, общению, способам лечения. И одни из наиболее часто возникающих вопросов - это вопросы, связанные с питанием, применением методов лечения с использованием народных средств. В связи с этим мы хотим дать некоторые советы по лечебному питанию и применению фитотерапии при туберкулезе.

Но помните: при применении любых отваров, настоев и других средств проконсультируйтесь со своим лечащим врачом!

Питание при туберкулезе должно полностью обеспечивать потребность организма в белках, жирах, углеводах и незаменимых факторах питания. Оно должно быть направлено на активизацию иммунобиологической защиты организма, повышение восстановительных процессов в пораженном органе.

Диета при туберкулезе должна быть физиологически полноценной, с несколько увеличенным количеством белков, особенно животных, а также энергетической ценностью, обогащенной аскорбиновой кислотой, пищевыми волокнами.

Больному туберкулезом рекомендуется усиленное, но при этом не чрезмерное питание. Повышенное содержание в диете жира, углеводов отрицательно сказывается на течении заболевания. Чрезмерное введение пищи в организм перегружает обмен веществ, ослабляет защитные силы организма. А если учесть, что у больного туберкулезом окислительные процессы снижены, пища усваивается недостаточно, накапливаются недостаточно окисленные продукты обмена, которые вызывают интоксикацию организма, то **калорийность рациона может превышать физиологическую потребность в ней здорового человека только на треть. Но далеко не всем больным туберкулезом нужно повышать калорийность рациона.** Больным, имеющим избыточный вес, целесообразно назначать усиленное питание, особенно за счет жиров и углеводов.

Основные принципы лечебного питания при туберкулезе:

- ◆ содержание белка в рационе - не ниже 100г, причем не менее половины его должен составлять животный белок (мясо, творог, яйцо, молоко, сыр);
- ◆ злаки (хлеб, каши, мучные изделия) и углеводы в чистом виде (сахар, мед) не должны составлять главную часть рациона (общее количество углеводов - 400-500г);
- ◆ количество жира в рационе колеблется от 100 до 120г, причем треть приходится на растительный жир;
- ◆ содержание минеральных веществ должно быть в пределах физиологической потребности организма: количество витаминов А, С, D и группы В должно несколько превышать нормы здорового человека (витамин А - около 5мг, С - до 200мг, В - от 2 до 5мг);



Наталья Васильевна ГРИШКОВА,

главная медицинская сестра, специалист высшей квалификационной категории;



Нина Евгеньевна ФАХРИЕВА,

старшая медицинская сестра диспансерного взрослого поликлинического отделения, специалист высшей квалификационной категории - КГКУЗ «Алтайский противотуберкулезный диспансер»



Советы медицинской сестры

◆ допустимая норма свободной жидкости - 0,8-1 л в день;

◆ калорийность рациона должна составить 3500-4000 ккал.

Больному разрешаются продукты и блюда:

◆ хлеб пшеничный серый, ржаной, булочки повышенной калорийности;

◆ закуски: колбаса докторская, сыры, нежирное масло, селедочное и креветочное масло, нежирная и не очень соленая ветчина;

◆ молоко и молочные продукты: молоко, творог, творог кальцинированный;

◆ жиры: сливочное и растительное масло;

◆ мясо, рыба: нежирные сорта говядины, баранины, свинины, треска, окунь, судак (исключаются из рациона утка и гусь);

◆ крупы: гречневая и овсяная, «Геркулес»;

◆ фрукты и ягоды - любые;

◆ витамины: витамин С - в виде отвара из плодов шиповника, витамины группы В - в виде дрожжевого напитка.

При туберкулезе кишечника, особенно в фазе обострения, пищу дают в протертом виде. Острые блюда, крепкие мясные и рыбные навары и пряности запрещаются.

При туберкулезе почек, сопровождающемся нефротическим синдромом и потерей с мочой белка, количество белка в диете увеличивают до 130г прибавлением творога, молочного белка, рыбы.

При туберкулезе костей и суставов в диету включают 120г белка, повышенное количество минеральных солей, особенно солей кальция (молоко, творог, капуста, бобовые, изюм), а также витаминов.

Для повышения часто сниженного аппетита рекомендуется диетотерапия с разнообразным меню, в которое включаются, с учетом возможных противопоказаний, стимуляторы секреции желудка (мясной бульон, рыбная уха, сельдь и др.).

К числу распространенных методов диетотерапии при туберкулезе относится и **кумысолечение**.



Один литр кумыса из кобыльего молока обеспечивает организм 1633кДж (390ккал) и содержит белка 16г, жиров 10г, лактозы 50г, аскорбиновой кислоты 90 мг и около 20г спирта. Рекомендуется пить кумыс по одному стакану 5-6 раз в день. **Диетотерапия с кумысолечением противопоказана при остропротекающих и хронических нагноениях в легких и плевре** (абсцесс, бронхоэктазы, пневмоторакс).

Нельзя есть жирное, копченое или много соленого. Нельзя пить алкогольные напитки, так как это приводит к тяжелой нагрузке на печень и почки, которые и так уже страдают от туберкулезной интоксикации.

Остальное можно (и даже нужно) есть и пить, так как тот пациент, который хорошо питается, быстрее выздоравливает.

Фитотерапия туберкулеза

Мы можем порекомендовать следующие средства и способы использования составов, отваров, но помните, что **предварительно вы должны обязательно это согласовать со своим лечащим врачом.**

При туберкулезе и других болезнях легких. 1200г липового меда, 1 стакан мелко нарезанного листа алоэ, 100г оливкового мас-

ла, 25г березовых почек, 10г липового цвета, 2 стакана воды.

Мед растопить в эмалированной кастрюле, давая кипеть. Добавить к нему алоэ и дать покипеть 5-10 минут на малом огне. Отдельно в двух стаканах воды варить березовые почки и цвет липы. Кипятить 3 минуты. Настоять, укутав, 15-20 минут, процедить, отжать. Когда мед остынет, влить в него, отжав, отвар почек березы и цветов липы. Хорошо размешать. Смесь разлить в темные бутылки, добавить в каждую оливкового масла столько же, сколько получилось смеси. Перед употреблением взбалтывать. Принимать по 1ст.л. 3 раза в день.

Взять в равных количествах стебли и листья пустырника, корни цикория обыкновенного, заварить и пить как чай по 100мл 3 раза в день.

При отсутствии аппетита. 1ст.л. смеси (из травы полыни горькой, травы шалфея, травы тысячелистника, травы душицы, плодов рябины обыкновенной) настоять на стакане холодной воды в течение двух часов. Затем прокипятить 10 минут, процедить. Выпить глотками за 1 день.

Взять поровну листья мать-и-мачехи, корень солодки, корневища аира, траву горца птичьего, траву зверобоя, траву хвоща полевого. Взять 3ст.л. смеси на 0,5л кипятка, настоять 15 минут. Выпить глотками за 1 день.

Очень благоприятное действие на организм оказывает **сок подорожника** (разовая доза - 3-8г), **навар плодов шиповника** (пить ежедневно по 1ст. в течение недели).

Помните, что болезнь - это возможность по-новому взглянуть на свою жизнь, многое в ней пересмотреть и изменить ее к лучшему. Желаем вам скорейшего выздоровления, решения всех житейских проблем и высокого качества жизни. ☺



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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



Инициатива, нацеленная на долгосрочные результаты

Алтайский краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие» существует 10 лет. Все эти годы свою деятельность фонд строил в двух направлениях: пропаганда здорового стиля жизни и поддержка школы как места воспитания современного человека. За 10 лет Фонд аккумулировал и направил на различные мероприятия, связанные с уставной деятельностью, не один миллион рублей.

Работа по пропаганде здорового образа жизни фактически с первых дней строилась в тесном взаимодействии с краевым журналом «Здоровье алтайской семьи», и это позволило добиться очень интересных системных результатов, получивших высокую оценку и в крае, и на государственном уровне. Читатели нашего журнала хорошо знакомы с многочисленными совместными проектами Фонда «Содействие» и журнала под общим девизом «Здоровая семья - это здорово!».

Однако найти подобный подход в работе со школами Фонду удалось не сразу. Именно на эту тему мы решили побеседовать с нашим многолетним партнером, директором АКФПСИ «Содействие» **В.В. КОЗЛОВЫМ**.

- Вадим Владимирович, с чего начиналась работа Фонда по поддержке школ?

- Лично меня, как преподавателя математики (по первому образованию), проблемы школы беспокоили с первых дней занятий бизнесом, с 1989 года. Еще тогда меня пригласили стать одним из учредителей российско-американской школы, а затем я организовал одну из первых частных школ в крае - «Школу ЮНЭПП». На реализацию этих проектов тогда была направлена не одна сотня тысяч долларов.

Но, пройдя по стандартному пути - приобретение краски, линолеума, интерактивных досок, компьютеров, шахмат, спортивного инвентаря и т.д. совершенно разным, случайным школам, - мы все больше осознавали, что это не тот путь, тупиковый. Потому что заменить государство в народном

образовании невозможно в принципе, а поэтому любая работа, и даже вложение серьезных средств, - фактически не давало каких-либо осязаемых результатов, и тем более удовлетворения.

Мы искали некую идею, систему взаимодействия, которую можно было бы тиражировать, масштабировать и привлекать к этому новых меценатов.

- Не слишком ли «замахнулись»?

- Наоборот, мы через 5 лет экспериментов решили «опуститься» до уровня одной школы, и через создаваемый Попечительский совет сформировать некий школьный эндаумент, который бы и позволил совершенно иначе организовать взаимодействие со школой в решении ее бесконечных проблем.

После двух лет (!) обсуждений идею поддержал директор школы №19 города Новоалтайска **О.Г. ДОЛМАТОВ**. Очень кстати пришлось и то, что я сам окончил эту школу в 1975 году.

Был создан Попечительский совет школы - мы искали новые формы, методы взаимодействия, спорили о целях и приоритетах. Первыми мы начали выпуск настоящей (!) школьной газеты и создали ежегодный фонд в размере 50 тысяч рублей, поддержки лучших учеников и победителей олимпиад, а также ежегодный фонд поддержки ветеранов школы (тоже в размере 50 тысяч рублей).

На следующий год работы решили попробовать проводить конкурс «**Лучший учитель школы №19**» с призовым фондом также 50 тысяч рублей. Кстати, в этом году будем проводить этот кон-



**В.В. Козлов,
А.И. Малькова**

курс уже в третий раз, а призовой фонд намерены увеличить до 100 тысяч рублей.

Два года назад у нас начала складываться некая система по созданию фонда поддержки молодых учителей (объем тоже 50 тысяч рублей) и завершена подготовительная работа по объявлению Попечительским советом гранта на создание истории школы в размере 100 тысяч рублей.

- Школьные музеи, хоть и не частая вещь, но случаются и без всяких грантов. Зачем этот «шик»?

- Сегодня, по факту, средства на проекты, в том числе и по «школьному направлению», вносят учредители АКФПСИ «Содействие». История школы, как мы теперь убеждены, нужна в несколько нестандартном варианте. Привлекая средства на нужды школы, мы осознали, что главным, постоянным источником таких средств в дальнейшем могут стать только бывшие выпускники школы, повзрослевшие и состоявшиеся, которые, вспоминая родную школу, захотят вложить и свою лепту в ее развитие, в поддержку своих любимых учителей и новых «школяров». Мы все знаем, как «балует» школу, которую окончил, допустим, Президент РФ. Но на все школы президентов не



Гражданское общество

хватит! Поэтому мы решили создать определенную систему работы с бывшими выпускниками, в рамках официальной истории школы.

- **Учителям, наверное, приятно и полезно поучаствовать в конкурсе «Лучший учитель».** А ученикам это интересно?

- Фонд поддержки учеников через два года его существования мы решили разделить на две части: порядка 30 тысяч рублей направить на поощрение победителей олимпиад, а 21 тысяча рублей - на проведение ежегодного конкурса «Лучший ученик школы №19». При этом победитель получает Свидетельство АКФПСИ «Содействие», памятную медаль, выполненную из полудрагоценных камней, и 15 тысяч рублей. Есть еще три поощрительных диплома и премии по 2 тысячи рублей.

Конкурс «Лучший ученик года» стартует уже в сентябре. На победу может претендовать ученик любого класса. Но понятно, что у одиннадцатиклассников шансы вырастают: их портфолио (а его подготовка обязательна) объединяет заслуги, достижения за больший срок.

По словам участника прошлого года конкурса **Ю.СИДОРОВОЙ**, ученицы десятого класса, безумно интересен был сам творческий процесс составления и оформления портфолио. Каждый желающий мог ознакомиться со списком участников конкурса на школьном сайте. Обязательными критериями заключительной оценки была учеба на «4» и «5», участие в общественной жизни класса и школы, участие в олимпиадах различных уровней, в спортивных соревнованиях. В каждом участнике жюри старалось увидеть личность, выявить его творческую направленность, заглянуть, если хотите, в душу. Удивляли и радовали не только ученики старших классов, но и младшие ребята, чему стоит порадоваться - подрастает достойное поколение. В завершившемся учебном году почти тридцать участников на протяжении всего года боролись за почетное звание «Лучший ученик школы».

Елена НЕСТЕРЕНКО училась в девятом классе, вернее, в этом году сдала экзамены и уже успешно перешла в десятый класс. Ей понравилось участвовать в конкурсе. Захватывающим был не толь-

ко процесс сбора информации для портфолио, но и оформление его: хотелось найти нестандартное решение. И это удалось! Кстати, заслуги Елены, изложенные в портфолио, весьма внушительны: она сдала экзамены на «отлично» за основной курс средней школы, занимается музыкой на трех инструментах (фортепиано, домре и гитаре), ходит в спортивную секцию по каратэ и успешно выигрывает бои. Полученная премия - 2 тысячи рублей - стала первым шагом к самостоятельности, а второй будет сделан уже в летние каникулы: Елена приняла решение поработать в школьной ремонтной бригаде.

Другой победительницей конкурса, отмеченной грамотой и денежной премией, стала **Екатерина КАМЫШОВА**. Она хорошо учится, занимается спортом - волейболом, легкой атлетикой, не раз защищала честь города на ответственных соревнованиях.

Лучшим учеником года стал **Артем ГАЙМАНОВ**. По словам его мамы Ларисы Викторовны, это стало заключительным аккордом в завершении школьной жизни Артема. Его грамоты, награды на различных конкурсах и олимпиадах собирались в семье с первого класса. Особенно «урожайными» стали девятый, десятый и одиннадцатый классы - коллекция побед в предметных олимпиадах впечатляет. Биология, обществознание, русский язык - по этим предметам получены серьезные знания. Артем уже доказал свое право на получение золотой медали по результатам обучения в школе и выбрал ту область знаний, изучение которой откроет путь к профессии: Артем продолжит обучение на экономическом факультете АГУ.

Успехи складывались благодаря и родительской мудрости, и заинтересованности всех в семье в успехах Артема. А та премия, которая торжественно вручена лучшему ученику года А.Гайманову, позволит ему летом познакомиться с лучшим из городов - Санкт-Петербургом.

Лариса Викторовна преподает русский язык и литературу в 19-й школе. И вдвойне гордится успехами сына - как мама и как педагог его класса. Она дала хорошую оценку и конкурсу, проводимому среди педагогов на звание «Лучший учитель года». Можно поспорить с отдельными организацион-



«Лучший учитель школы №19» Г.П. Чахоткина

ными моментами, но совершенно очевидно: такие конкурсы нужны педагогам для стремления к профессиональному росту, для поддержания особого состояния творчества, поиска, без которого педагог не может быть по-настоящему успешным.

Наконец, невозможно переоценить награду, предназначенную молодым учителям. Понятно, что ее получение почетно, особенно учителям, которые осваивают специальность с энтузиазмом и самоотверженностью, присущей молодости. В этом году ее обладателем стала преподаватель английского языка **Татьяна Сергеевна НЕКРАСОВА**.

Нам показали интересными формы работы Попечительского совета школы №19, объединяющие школьное сообщество взрослых и детей, формирующих лидерство, состязательность, ответственность и неравнодушие. У Попечительского совета и его председателя много новых идей, планов. Пожелаем, чтобы последовательно и целенаправленно все долгосрочные проекты реализовывались.

Примечательно, что при вручении медали «Лучший ученик школы №19» Артем Гайманов в ответном слове поделился своей мечтой. А она просто замечательная: через некоторое время, получив образование, вернуться в родную школу в качестве... председателя Попечительского совета школы. Пусть будет так! И это будет лучшим свидетельством того, что дело, начатое Попечительским советом, - важное и правильное. ☺





МРТ нового поколения

Магнитно-резонансная томография - это современный высокоинформативный метод лучевой диагностики, в большинстве аспектов превосходящий по своим возможностям ультразвуковую диагностику, рентгенодиагностику, компьютерную томографию.

Алтайский край стал первым регионом России, где установлен самый современный Магнитно-резонансный томограф (МРТ). Этот аппарат - представитель новейшего поколения томографов.

Магнитно-резонансный томограф нового поколения презентовали в Диагностическом центре Алтайского края накануне профессионального праздника - Дня медицинского работника. Покупка цифрового томографа была оплачена из средств федерального и краевого бюджетов. Общая стоимость аппарата составила 72млн. рублей. Новое медицинское оборудование будет работать в рамках территориальной программы государственных гарантий. В России таких томографов еще не

было, тем более за Уралом. Вторую аналогичную систему через месяц смонтируют в Москве.

При презентации присутствовали главврачи ведущих клиник и представители фирмы-производителя - компании Philips.

Новейшая техника значительно повысит уровень исследований в области лучевой диагностики в Алтайском крае. При этом новый цифровой томограф будет максимально доступен для пациентов.

Уникальность нового магнитно-резонансного томографа заключается в том, что, по сравнению с томографами прошлого поколения, этот значительно комфортнее. Исследование на этом аппарате безопасно для человека, так как в его работе не используется вред-

Основные методики, проводимые в отделении магнитно-резонансной томографии Диагностического центра Алтайского края:

- МРТ головного мозга и гипофиза без контрастирования.
- МРТ головного мозга и гипофиза с контрастированием.
- МРТ головного мозга и орбит без контрастирования.
- МРТ головного мозга и орбит с контрастированием.
- МРТ одного отдела позвоночника и спины без контрастирования.
- МРТ одного отдела позвоночника и спины с контрастированием.
- МРТ двух отделов позвоночника и спины без контрастирования.
- МРТ двух отделов позвоночника и спины с контрастированием.
- МРТ одной конечности и сустава без контрастирования.
- МРТ двух конечностей и суставов без контрастирования.
- МРТ одной анатомической области без контрастирования.
- МРТ одной анатомической области с контрастированием.
- МРТ органов брюшной полости с холангиографией
- МРТ почек и надпочечников без контрастирования.
- МРТ почек и надпочечников с контрастированием.



◀ ное ионизирующее излучение. Оптоволоконная передача изображения цифрового томографа позволяет, во-первых, увидеть то, что раньше увидеть было невозможно, благодаря изображениям повышенной четкости, во-вторых, ускорить получение изображения - без введения пациенту контрастного вещества.

Привычно узкий **тоннель магнита впервые расширен до 70 сантиметров**. И эта уникальная конструкция туннеля аппарата позволит проходить обследование даже людям, страдающим ожирением, клаустрофобией, и беременным женщинам. Это было невозможно сделать на стандартном томографе прежнего поколения, который едва вмещает не самого тучного человека, не говоря о беременных на поздних сроках или пациентах с клаустрофобией (боязнью замкнутого пространства), которым приходилось делать наркоз.

Аппарат проводит полное сканирование тела всего за пять минут. В нем впервые применена уникальная конструкция стола. Больных с тяжелыми травмами, опухолями, воспалениями позвоночника и спинного мозга больше не нужно переворачивать, перекладывать во время обследования, причиняя им неудобства и боль. Стол, а вернее специальная катушка под ним, сканируют позвоночник в необходимом месте.

Обследование проводят доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей квалификационной категории. В большинстве случаев специальная подготовка к исследованию не требуется. ☺

К общим показаниям к МРТ относятся:

- подозрение на наличие объемного процесса головного и спинного мозга;

- поражения головного мозга в области задней черепной ямки; опухолевые и воспалительные процессы области «голова и шея»;

- очаговые и диффузные поражения белого и серого вещества головного и спинного мозга;

- при внутричерепных кровоизлияниях не ранее третьего дня от момента геморрагии;

- при необходимости нейровизивной оценки состояния сосудов головного мозга;

- в подостром периоде черепно-мозговой травмы в случае расширения между клинокой и данными РКТ;

- травматические и дегенеративные процессы спинного мозга и позвоночника;

- травматические и дегенеративные заболевания суставов;

- опухоли эндокринной системы;

- подозрение на наличие объемного процесса носоротоглотки, органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, конечностей;

- врожденные аномалии внутренних органов и крупных сосудов.



На заметку

Календарь профилактических прививок увеличится

Заболеваемость российских подростков в течение последних пяти лет увеличилась почти на 90%, сообщает главный педиатр РФ Александр Баранов.

Он связывает этот рост с отсутствием государственных профилактических программ. Также Баранов считает необходимым изменить российский календарь профилактических прививок, в который сейчас входит иммунизация против 11 инфекций. По мнению академика, календарь необходимо дополнить вакцинами от ветряной оспы, пневмококковой, папилломавирусной и ротавирусной инфекций уже в 2013 году. Минздравсоцразвития РФ планирует расширение календаря плановой иммунизации не ранее 2015 года.

Полноценная замена молока

Неолактоферрин - плод сотрудничества инновационного центра «Сколково» и компании ООО «Трансгенфарм».

По словам разработчиков препарата, это лактоферрин человека, который содержится в грудном молоке и чрезвычайно важен для здоровья новорожденного. Он принимает участие в системе неспецифического иммунитета, регулирует функции иммунных клеток и является белком так называемой острой фазы воспаления.

Полученный препарат полностью соответствует природному белку человека, обладая противомикробной, противовирусной и противогрибковой активностью. Что важно, неолактоферрин работает даже против патогенов, не восприимчивых к лечению антибиотиками. Если применять неолактоферрин вместе с ними, эффективность терапии повысится в несколько раз. Сейчас средство успешно проходит фазу доклинических испытаний.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы

