

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (118) ОКТЯБРЬ 2012



Тема номера:

Молодые!

ОТ РЕДАКТОРА



Новая парадигма в здравоохранении: от активного вмешательства к профилактике. И какое до этого дело молодым!?

Именно так определило Министерство здравоохранения РФ основную стратегию развития отечественного здравоохранения до 2020 года, вынеся проект Государственной программы «Развитие здравоохранения» на общественное обсуждение, отмечая: «...очевидно, что в современных условиях понятие «системы здравоохранения» все дальше уходит от рамок, задаваемых понятием «система диагностики и лечения». В настоящее время актуализируются такие задачи здравоохранения, как формирование здорового образа жизни, комфортной среды обитания, создание условий для эффективных труда и отдыха, что позволит предотвратить развитие заболеваний, в первую очередь, тех, которые обуславливают преждевременную смертность и инвалидизацию населения...».

На мой взгляд, реализация этой программы в значительной мере может повлиять на здоровье нынешних молодых людей, детей и подростков или тех детей, которые еще «в проекте», и в меньшей степени - на здоровье старшего поколения.

А значит, именно им, молодым – тем, которые сейчас совершенно естественным образом уже уходя изпод родительского влияния и опеки, самим в значительной мере определять, какого стиля жизни им придерживаться, а следовательно и то, какая лично их ожидает жизнь. Будут они активными и здоровыми, будут «в кайф» работать и отдыхать, смогут создать полноценную семью, родить детей... Или «внезапно, по несправедливости судьбы» - окажутся бездетными, на больничной койке, с ограниченными возможностями по здоровью или того хуже!.. вне границ этого мира.

Убеждена, что молодые люди, которые сегодня еще старшеклассники или студенты, в основном, всерьез не задумываются о том, что их поведение может стать реальной угрозой их здоровью и даже жизни. Они явно не осведомлены, что очень большая распространенность среди них таких факторов риска утраты здоровья, как курение, а также избыточная масса тела, ожирение и низкая физическая активность, как отдельная проблема - наркомания, уже в ближайшие 10-20 лет приведет к выраженному возрастанию смертности от неинфекционных заболеваний в возрасте 35 лет и старше! Вот такие не просто неутешительные, а, я бы сказала даже, мрачные прогнозы Министерства здравоохранения. И это не просто «страшилки» взрослых... Это, к сожалению, совершенно обоснованные прогнозы.

В прошедшем и текущем годах многие из вас, ребята, стали участниками проводимой диспансеризации подростков. Так вот: состояние вашего здоровья, мягко говоря, не очень! Вот данные по РФ: в прошедшем году было осмотрено 96,4% от запланированных подростков. И что же оказалось? Более чем у половины, у 57%, были выявлены заболевания, у 12,6% выявлены нарушения репродуктивного здоровья. По итогам диспансеризации, к практически здоровым было отнесено всего 16,4% осмотренных! Ко второй группе здоровья, уже имеющих проявления и, главное, факторы риска развития заболеваний, – 54,3%. Соответственно, в третью группу здоровья отнесено 24,2% осмотренных, к четвертой – 5,1%.

Такая же государственная программа диспансеризации подростков осуществляется в крае. Хочется спросить: после того, как вы получили рекомендации специалистов по коррекции образа жизни, направления на дополнительные обследования или лечение, насколько серьезно и ответственно вы отнеслись к этим рекомендациям? Какие лично вы предприняли шаги к сохранению или восстановлению своего здоровья? Это далеко не праздные вопросы.



Государство, сегодня, подводя некоторые итоги реализации политики в сфере охраны здоровья своих граждан, думаю, не без содрогания, констатирует, что в период с 1990 по 2011 годы **существенно возросло число случаев, приводящих к смерти:** например, заболеваний системы кровообращения в 2 раза (!), онкологических заболеваний - на 60%. Специалисты приводят массу других аргументов, подтверждающих, что состояние здоровья россиян, демографический кризис - главная угроза России. Представьте: ежегодно с 2000 по 2005 год численность населения России (по причине естественной убыли) уменьшалась на 700 тысяч человек! Перелом в тенденции снижения численности населения был достигнут только в 2011 году - впервые за эти годы был обеспечен рост численности населения на 165 тысяч человек.

Каковы же причины такого состояния здоровья нас, россиян, по мнению экспертов? Прежде всего это - **низкая мотивация к здоровому образу жизни. Высокая распространенность поведенческих** (курение, алкоголь, наркотики, низкая физическая активность, нерациональное, несбалансированное питание) **и биологических** (повышенное АД, содержание холестерина и сахара, избыточная масса тела и ожирение) **факторов риска.** Среди основных факторов названы также **недостаточные условия для ведения здорового образа жизни:** слабая правовая база по ограничению табакокурения, алкоголизации и употребления наркотиков, а также производство не соответствующих принципам здорового питания продуктов и отсутствие достаточных условий для активизации физической активности. И только затем следуют **несвоевременное обращение к вра-**

ВОЗ определила 7 ведущих факторов риска, вносящих основной вклад в развитие преждевременной СМЕРТНОСТИ населения России:

- повышенное артериальное давление (35,5%),
- гиперхолестеринемия (23%),
- курение (17,1%),
- нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (12,9%),
- ожирение (12,5%),
- злоупотребление алкоголем (11,9%),
- низкая физическая активность (9%).

Факторы риска могут накапливаться у одного конкретного человека и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышают риск его смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 5-7 раз! Многолетние исследования показали, что только путем изменения образа жизни и характера питания можно снизить риск смерти от ИБС (ишемической болезни сердца) и популяции и конкретного больного ИБС человека. Так отказ от курения снижает такой риск, соответственно, на 35% и 50%, повышение физической активности на 25 и 30%, умеренное потребление алкоголя на 25 и 15%, изменение хотя бы двух факторов в питании на 45% и 15-40%.

чу и низкая профилактическая активность первичного звена системы здравоохранения.

Очевидно, что значительная доля сохранения нашего здоровья зависит от наших личных усилий в этом направлении и от государственной популяционной стратегии в области профилактики. Можно соглашаться или не соглашаться с такой позицией. Но уже есть опыт других стран. Например, США, реализуя государственную программу профилактических мероприятий, добились двукратного снижения смертности от ИБС. Составляющие успеха: за счет увеличения физической активности на 5%, снижения курения на 12%, контроля уровня АД на 20%, рационального питания и снижения уровня холестерина на 25%. То есть более половины - оздоровление образа жизни и только 38% - регулярный прием препаратов, другие лечебные процедуры.

Мы довольно часто говорим о том, что наше бытие (= бедность) определяет наше сознание. Не надо лукавить. Вполне обеспеченные и сытые люди легко отдают предпочтение всем «порокам», а семьи с весьма скромным достатком придерживаются лозунга «Папа, мама, я - спортивная семья» и ведут во всех отношениях здоровый образ жизни.

Слабая забота населения о состоянии своего здоровья является дополнительным фактором, обеспечивающим увеличение и без того немалой нагрузки на клиническое звено системы здравоохранения, увеличивая тем самым расходы общества на высокотехнологичные виды помощи, более затратную стационарную помощь.

Все это - те реалии, с которыми вам, уважаемые молодые россияне, придется непосредственно столкнуться, в этих реалиях жить. И самое парадоксальное заключается в том, что только ваш личный выбор в пользу здорового образа жизни может изменить ситуацию, и как индивидуума, и стране в целом. **Если хотите стремиться быть здоровым, - это в какой-то мере проявление вашей гражданской позиции.**

Наш октябрьский номер журнала уже традиционно выходит с условной темой «Молодые!..». Именно молодежи адресована значительная часть его материалов. Свое отношение к здоровому стилю жизни на страницах журнала высказывают известные спортсмены, политики, общественники. Размещена информация о молодежных проектах, реализуемых в крае. Мы предлагаем вам решить для себя: быть здоровым или нет?!

Выбор - за вами!

Здоровая семья - это здорово!



**Медицинское
сопровождение
беременности -
с первых ее дней**



**Зачем проверять
на наркотики**



**Что в кармане
вашего ребенка?**



**Как помочь детям
пройти через
взросление
без алкоголя?**

На фото: Оксана Владимировна ЧЕКРИЙ, заведующая краевым Центром пренатальной диагностики, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории

Фото Ларисы Юрченко

Елена Лебедева: «Социальное проектирование: учим воплощать идеи в жизнь» 3-4

Л.В. Юрченко. Медицинское сопровождение беременности - с первых ее дней 5-6

6+ 7

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Т.В. Синкина, Ю.Н. Димитриади.

Причины развития злокачественных новообразований 8-9

Жизнь без табака и алкоголя 10

Л.А. Елизарьева. Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству 11-12

«Слово» открыто для всех 13

Зачем проверять на наркотики 14-15

Нанозолото делает мужчин бесплодными 16

Здоровье 14-летних не вызывает оптимизма! 17

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

А.А. Паутова. Инвалидность - не приговор! 18

Е.Г. Борячек. О месте «особых» детей в обычном мире... 19-20

Е.Г. Моисеевкова. Надежда есть всегда! 20-21

неОпасный возраст 22

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.

И.В. Лушпа. «Старт к будущей работе...» 23-24

Рабочее время медицинских сестер 24-25

Е.В. Буянова. Психолого-педагогическая деятельность медицинской сестры в отделении детской стоматологии 25-26

Важно верить в себя 27

«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Инсулиноterapia сахарного диабета 28-30

О.Н. Николаева. Мы всегда придем на помощь 31-33

Pro и Pre: как сделать выбор 34-35

Л.В. Юрченко. Зажечь костер интереса 36-37

Мама рулит! 37

Что в кармане вашего ребенка? 38-39

Как помочь детям пройти через взросление без алкоголя? 40-41

Танцы до дурдома. Газ смерти 42

Самоубийства как глобальная проблема 43-45

10 лет работы в проекте «Здоровая семья - это здорово!»

Планы на будущее 46-48



Елена Лебедева: «Социальное проектирование: учим воплощать идеи в жизнь»

В развитие идей здорового образа жизни включается все больше организаций, и это стало возможным благодаря развитой грантовой политики государства.

Грантом называют средства из бюджета, предоставляемые на воплощение социально значимых проектов на конкурсной основе. Об особенностях конкурса грантов в сфере молодежной политики рассказала заместитель начальника Главного управления образования и молодежной политики Алтайского края, начальник управления по молодежной политике Елена Александровна ЛЕБЕДЕВА.



- В Алтайском крае накоплен большой опыт проектной деятельности молодежи. Скоро снова стартует конкурс грантов Губернатора Алтайского края в сфере молодежной политики. Каким проектам будет отдан приоритет в грантовой поддержке?

- Мы четко выделяем несколько приоритетных направлений. Во-первых, поддержку получат проекты, направленные на профилактику экстремистских проявлений в молодежной среде, на межнациональное и межкультурное воспитание нашей молодежи. Эта тематика наиболее актуальна в студенческой среде. Во-вторых, приоритетные проекты, ориентированные на профилактику прерывания беременности среди молодых женщин. В прошлом году таких заявок было немного, и все они получили поддержку. В-третьих, не менее важным является развитие наставничества для молодежи, нуждающейся в особом внимании: подростки с ограниченными возможностями здоровья, подростки, стоящие на учете в комиссии по делам несовершеннолетних, эмигранты, молодые люди, входящие

в неформальные группировки асоциальной направленности, и так далее. Также поддержку получают проекты, направленные на сокращение травматизма молодежи на дорогах. Особенно эта тема актуальна для молодежи, которая приезжает из сел в города на учебу. В связи с тем, что машин становится все больше, участились случаи травм молодых пешеходов.

- Можете ли вы дать советы тем, кто впервые собирается принять участие в конкурсе грантов Губернатора в сфере молодежной политики?

- Тем, кто впервые разрабатывает проекты, я бы посоветовала заявляться на модельные проекты, на них отработать всю технологию. В них четко указаны цели и задачи, ясны и конкретные результаты. После такого опыта можно выходить с инициативными проектами. Напомню, что модельными проектами являются конкурс «Я буду мамой», «Служба дворовых инструкторов», фестиваль-эстафета «Этностиль». Мы хотим, чтобы география этих проектов расширялась, и они начали реализовываться во всех городах и районах края.

Кроме того, дорогие грантополучатели, не стесняйтесь просчитывать и указывать в заявке свой вклад: деятельность волонтеров, организаторов, ваших партнеров, а в особенности - бюджетное финансирование из муниципального образования.

- Какие ошибки совершают организации при написании грантовой заявки?

- В основном, цели проекта не соответствуют плану его реализации и бюджету. Например, цели заявляют одни, а деньги просят на приобретение оборудования. У комиссии при рассмотрении заявки возникает непонимание: к какому результату придет грантозаявитель. Такие проекты получают мало баллов.

Из технических ошибок, которые допускают при написании заявки, - неправильное заполнение титульного листа. В грамотной заявке из него уже понятно, на что направлен проект, какие средства у организации имеются, на что запрашиваются бюджетные средства, к какому результату приведет реализация проекта. По опыту могу сказать, что правильно заполненный

◀ титульный лист и четкое название проекта, - это 50% успеха. Также организации допускают ошибки, когда текущую деятельность выдают за проект. Комиссия всегда видит, что, например, мероприятие плановое и без гранта оно и так будет проведено.

- А как работает комиссия?

- Сначала эксперты оценивают каждый проект и присваивают ему баллы. Затем баллы суммируются, подсчитывается рейтинг проектов. Те заявки, которые получили наибольшее количество баллов и имеют только положительные отклики, признаются победителями. Проекты, получившие замечания членов комиссии, а они, как правило, касаются бюджета, обсуждаются комиссией дополнительно.

- Если муниципалитет захочет сам провести конкурс микрогрантов, будет ли поддержан такой проект?

- Конечно! На моей памяти, такие проекты всегда получали софинансирование. Как правило, инициативные молодежные проекты не требуют большой поддержки, достаточно от 5 до 15 тысяч рублей.

- Существует ли «черный список» организаций, кому грант не выдаете?

- Да существует, и он регулярно выставляется на сайте www.altaimolodoi.ru. В список попадают те организации, которые

не вовремя предоставляют финансовые и описательные отчеты.

- На что еще вы бы обратили внимание грантополучателей?

- На информационное освещение проектов. Отчитываться перед налогоплательщиками за полученные бюджетные средства - это не прихоть, а обязанность грантополучателей. Поэтому мы ждем оперативного информирования о проделанной в рамках гранта работе.

Отмечу, что социальное проектирование - это один из механизмов, с помощью которого можно научить молодежь применять знания, полученные в школе и вузе. Тот, кто хоть раз в жизни написал социальный проект, получил финансирование, его реализовал и отчитался, может существенно реализоваться в бизнесе или общественной сфере, то есть проекты в сфере молодежной политики являются стартовыми. Мы таким образом помогаем молодежи освоить технологию, даем ключ, который впоследствии откроет многие двери. В Алтайском крае создана целая система «взрослых» грантов в общественной сфере, области культуры, туризма и развития сельских территорий.

- Как проходит обучение социальному проектированию?

- Консультации проходят два раза в год на совещании специалистов в сфере молодежной политики. Но углубленное обучение

проводится на площадке «Социальное проектирование» международного молодежного управленческого форума «Алтай. Точки Роста». Форум проходит каждое лето, на нем собираются около 2000 молодых и активных предпринимателей, политиков, общественников, деятелей культуры. С участ-

никами работают профессионалы высочайшего уровня. В этом году у нас работали член Общественной палаты РФ Алексей АРБУЗОВ, начальник отдела подготовки волонтеров Всемирной летней Универсиады 2013 года Анна КОЗЫРЕВА-ФЕЛЬДМАН, эксперт Общественной палаты Кемеровской области Галина МАКАШИНА и другие. Они дают советы, как получать федеральные и международные гранты.

Почему-то представители районов чаще идут на другие площадки, а социальному проектированию чаще учатся организации из Барнаула. Неудивительно, что они представляют более качественные проекты, у них больше шансов получить грант.

- В этом году месячник, посвященный здоровому образу жизни, носит название «Гражданин России - здоровый гражданин». На ваш взгляд, насколько эта тема актуальна для молодежи?

- Мы рассматриваем здоровье как элемент человеческого капитала, а он, в свою очередь, имеет свойство развиваться, накапливаться или истощаться. Он зависит от навыков и знаний, которыми владеет гражданин, от продолжительности и качества жизни. **Здоровье также важно, как и материальное благосостояние.** Если нас интересует карьерный рост, профессиональное развитие, то не меньше внимания нужно уделять и поддержанию своего здоровья, занятиям спортом.

Сегодня вредные привычки уже не модны. В экономически развитых странах человек с вредными привычками считается изгоем общества. Сама молодежь все больше говорит о здоровом образе жизни, трезвости. Все больше молодых лидеров культуры, спорта, политики, которые для себя выбирают здоровый образ жизни, призывают молодежь присоединиться к ним. Практика показывает, что здоровый человек наиболее успешен в современном обществе. ☺



Проект «Опасный возраст-2012»



Медицинское сопровождение беременности - с первых ее дней

Ожидание ребенка - непростой и ответственный период в жизни каждой женщины, каждой семьи.

И с первых дней медицинское сопровождение, возможности своевременной диагностики позволяют гарантировать рождение здорового ребенка. Теперь можно об этом говорить с полной уверенностью: на базе Диагностического центра Алтайского края открылся Центр дородовой диагностики. На его создание и оснащение из федерального и краевого бюджетов было потрачено 170 млн. рублей.

О новых для нашего края технологиях рассказывает заведующая краевым Центром пренатальной диагностики, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории **Оксана Владимировна ЧЕКРИЙ**.

- Можно с глубоким удовлетворением говорить о реализации в Центре «золотого стандарта дородовой диагностики», принятого в большинстве развитых стран. **Центр пренатальной диагностики - это клиника одного дня.**

Беременная женщина приходит утром, по предварительной записи, имея направление от врача женской консультации. Оптимальным сроком для обследования является **11-13 недели беременности**. Подчеркну, что именно на этом

сроке расчет индивидуальных рисков наиболее достоверен.

- Оксана Владимировна, как происходит обследование?

- Оно начинается с *ультразвуковой диагностики*. Аппаратов подобного класса в Алтайском крае нет больше нигде. Медики понимают, насколько важно оценить величину носовой кости или толщину воротникового пространства у ребенка. Будущие мамы получают возможность наблюдать за малышом на большом экране телевизора. Потрясающие технические возможности, трехмерное изображение позволяют увидеть малыша внутри себя. Кстати, при обследовании могут присутствовать и папы.

После УЗИ все женщины в обязательном порядке направляют-



ся на *биохимическое исследование крови*, где определяется уровень маркеров хромосомной патологии. При получении результатов с отклонениями от нормы беременные направляются на *консультацию к врачу-генетику*. Генетик находится здесь же, в Диагностическом центре. Именно он определяет при необходимости план дальнейших обследований.

- Допустим, степень риска рождения больного ребенка достаточно высока. Нужны какие-либо дополнительные обследования?

- Скорее всего, в таком случае будет рекомендована *инвазивная диагностика*. Именно эта процедура является одной из самых достоверных для выявления хромосомной патологии. Инвазивная диагностика - это обычный укол в необычное место. Укол позволяет получить кровь плода. Тонкая игла вводится в полость матки через переднюю брюшную стенку, а затем - в сосуд пуповины, ни в коем случае не задевая ребенка. Все манипуляции проводятся опытным специалистом под контролем УЗИ. После проведе-

Преимуществами Центра являются:

- сокращение сроков цитогенетической диагностики до 2-3 дней, что особенно важно для своевременного принятия решения о сохранении беременности;
- использование небольшого количества биоматериала для проведения данной диагностики, что значительно снижает риск осложнения беременности после проведения инвазивных процедур;
- весь комплекс пренатального обследования проводится в одном медицинском учреждении. Это позволяет получить результаты на протяжении короткого времени с максимальной эффективностью. Сводятся к минимуму стресс, волнение в ожидании приема, уменьшаются финансовые затраты.



Модернизация здравоохранения

► ния исследования женщина в течение нескольких часов находится в специальной палате под наблюдением врачей.

Таким образом, в течение одного дня беременная женщина проходит полное, комплексное обследование и выходит из пренатального Центра с расчетом своего индивидуального риска рождения ребенка с врожденной патологией. Дальнейшее решение о том, оставлять или нет ребенка с пороком развития, принимают, конечно же, родители. В любом случае патология малыша не станет неожиданностью ни для них, ни для медиков. В этом и заключается смысл пренатальной диагностики. Ведь пороки развития тоже бывают разные, бывают и такие, которые требуют срочного оперативного вмешательства в течение нескольких часов после рождения. И от этого зависит, будет ли новый человек здоровым или станет инвалидом, как решится вопрос о жизни и смерти.

Если мама оставляет малыша, решив не прерывать свою беременность, в зависимости от выявленной патологии для него резервируется место в специализированном медицинском центре. В примерные сроки родов и маму, и ребенка там будут ждать.

Вовремя проведенное обследование беременной позволяет не только предотвратить рождение больного ребенка в семье, но и проявить высокую степень заботы медиков и супружеской пары о здоровье будущего поколения.

- Насколько доступно обследование для будущих мамочек?

- Сейчас Центр пренатальной диагностики принимает женщин со всей барнаульской медико-географической зоны. Подчеркну, что первоначальные планы размещения аналогичного оборудования в районных и городских клиниках потерпели неудачу по нескольким причинам. Современное оборудование достаточно дорогостоящее. Но даже если приобрести его значит решить только часть вопроса. Необходимо обучение специалистов. В Центре обеспечено комплексное решение задачи. Все специалисты получили сертификаты после соответствующего обучения. Но уже следующим летом филиалы Центра откроются в Бийске, Рубцовске, Славгороде.



В наших планах - 100%-ный охват беременных дородовой диагностикой. Уже сейчас все беременные женщины, у которых выявлены подозрения на патологию, направляются в наш Центр независимо от того, где они живут. Центр имеет возможность обслуживать 120 пациенток в день. Обследование проводится бесплатно и занимает всего один день. Осуществление масштабной программы дородовой диагностики позволит улучшить демографическую ситуацию в крае - у нас будут рождаться здоровые малыши. Именно ради этого мы, специалисты Центра, работаем день за днем. ☺

Лариса Юрченко

Папа, мама, я - спортивная семья!

Фамилия нашей семьи - ПУТЯЕ-ВЫ, живем мы в городе Заринске. Моя мама - Ирина, ей 28 лет, бухгалтер. Она очень любит петь. Папа - Андрей, ему на днях (21 октября) исполнилось 30 лет, работает в ОАО «Алтайкокс» электромонтером. Мне кажется, что он очень хороший спортсмен, потому что часто участвует в соревнованиях и получает различные грамоты, медали и кубки.

Меня зовут Арина, мне уже 7 лет, и я хожу в школу, а еще занимаюсь в секции самбо и люблю рисовать. У меня есть младшая сестра Аня, ей всего 2 года. Я знаю, что она очень талантливая, потому что, когда я с ней занимаюсь дома и показываю, как нужно кувыряться, - она очень хорошо все повторяет за мной.

Мы любим кататься вместе на коньках и на санках. А еще часто ходим всей семьей на разные спортивные мероприятия. В этом году мы участвовали в конкурсе спортивных семей нашего города и заняли третье место. Нам вручили грамоту и очень ценные для нас подарки - три книги: «Сто великих музеев мира», «Сто великих монархов и правителей» и «Большой мифологический словарь». ☺



Причины развития злокачественных новообразований



Татьяна Владимировна СИНКИНА,

врач-онколог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, заведующая отделением;



Юлия Николаевна ДИМИТРИАДИ,

врач-онколог первой квалификационной категории

- отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Как развиваются рак и другие опухоли? В основе канцерогенеза (развития рака) лежит повреждение структуры ДНК. Противостоит канцерогенезу мощная система репарации (восстановления) повреждений. Следовательно, возможность запуска опухолевого роста будет зависеть как от количества и свойств канцерогена, так и от качества работы систем восстановления.

Именно поэтому снижение поступления канцерогенов (веществ, при длительном контакте с которыми возникает рак) дает существенный профилактический эффект, а «плохая наследственность» требует более внимательного наблюдения пациентов.

Рак развивается из одной-единственной клетки. Подобное превращение нормальной клетки в опухолевую происходит в ходе многоэтапного процесса, обычно представляющего развитие предракового состояния в злокачественные опухоли. *Эти изменения происходят в результате взаимодействия между генетическими факторами человека и тремя категориями внешних факторов, включающих:*

- **физические** факторы (ионизирующая радиация, ультрафиолет и другое);

- **химические** факторы (бензпирен, аминок- и его нитросоединения, алюминий, свинец и т.д.);

- **биологические** факторы (некоторые вирусы).

Старение является еще одним основополагающим фактором развития злокачественных опухолей. С возрастом заболеваемость раком резко возрастает, вероятнее всего, из-за накопленных с возрастом рисков развития некоторых раковых заболеваний. Общее накопление рисков усугубляется тенденцией к снижению эффективности механизмов обновления клеток по мере старения человека.

Все они сначала приводят к патологии структуры ДНК, результатом которого, как правило, становятся активация онкогена и обретение клет-

ками вечной жизни. В результате клетки не отмирают, а начинают с огромной скоростью размножаться, образуя ту самую опухоль.

Эти факторы являются **внешними причинами возникновения рака**. Но кроме внешних, есть и **внутренние причины**. Речь идет о **наследственной предрасположенности**. В этом случае у организма либо уменьшена способность восстановления ДНК, либо уменьшен иммунитет к онкологии. Часто внутренние и внешние причины рака так «размыты», что трудно сказать о первичности их воздействия.

В человеческом организме существует около 150 разновидностей раковых клеток, из которых 80% развиваются из эпителиальной ткани, 15% - из соединительной и 5% - из кровеносной.

Основные причины рака

Причина порядка **90-95%** злокачественных заболеваний - это *факторы окружающей среды и образа жизни*:

- **курение** - причина 30-45% всех онкологических заболеваний;

- **особенности питания** (высококалорийная диета, ожирение, канцерогены в продуктах, малое количество клетчатки в пище) являются причиной 10-65% онкозаболеваний;

- **инфекционные агенты** (вирусы, хронические очаги инфекции) - до 10%;

- **профессиональные канцерогены** составляют 4-5%;

- **ионизирующее и ультрафиолетовое излучение** - 6-8 %;

- **алкоголизм** - 2-3%;

- **загрязненный воздух** - 1-2%;



- **репродуктивные (половые) факторы** - 4-5%;

- **низкая физическая активность** - 4-5% всех злокачественных новообразований.

В соответствии с этим профилактика рака сегодня должна включать:

- **снижение воздействия канцерогенных веществ** (это - отказ от курения, нормализация питания и т.д.), а также выявление маркеров воздействия канцерогенов, вакцинация и другие мероприятия;

- **снижение индивидуального риска развития рака** за счет выявления лиц с повышенным генетическим риском;

- **диагностика и лечение предраковых состояний** за счет выявления и лечения лиц с признаками предрака;

- **изменение и предотвращение контактов** с факторами риска.

Более 30% случаев смерти от рака можно предупредить путем предотвращения или изменения основных факторов риска, включая:

- употребление табака;
- избыточный вес или ожирение;
- нездоровое питание при употреблении в пищу недостаточного количества фруктов и овощей;

- отсутствие физической активности;

- употребление алкоголя;

- инфекцию, вызываемых вирусом папилломы человека (HPV) и вирусом гепатита В (HBV);

- загрязнение воздуха в городах;

- задымленность помещений в результате использования в домах твердых видов топлива.

В качестве профилактических мер можно назвать следующие мероприятия:

- избегать факторов онкологического риска;

- проводить вакцинацию против инфекций, вызываемых вирусом папилломы человека (HPV) и вирусом гепатита В (HBV);

- контролировать вредные и опасные факторы на месте работы;

- сокращать время пребывания на солнце.

Наиболее эффективными мероприятиями, снижающими онкологическую заболеваемость, являются **борьба с курением, изменение питания, снижение ультрафиолетового облучения, массовые профилактические осмотры (скрининг), распространение рекомендаций** (просветительная работа). Например, подобные мероприятия уже снизили заболеваемость раком в Европе на 15 процентов.

Подытоживая, можно сказать, что **при раннем выявлении и своевременном лечении рака смертность от этой патологии можно значительно снизить**. Шанс выявить процесс канцерогенеза на ранних стадиях с каждым годом растет все больше. А победить рак в самом начале его зарождения, как и любое другое заболевание, - намного проще! Следите за своим здоровьем и будьте здоровы! ☺

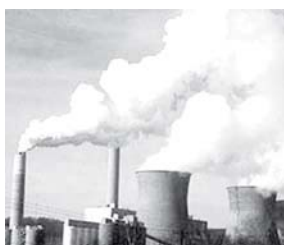
Фестиваль добровольцев: объять необъятное

В апреле в Барнаул прошел первый краевой фестиваль «Вместе мы - добровольцы Алтая!», собравший около 300 человек.



В работе фестиваля приняли участие представители волонтерских движений из 25 городов и районов края, а также делегация волонтеров из Казахстана. Открылся фестиваль прикладными мастер-классами, которые провели волонтеры отряда «Педагогический десант» АлтГПА, клуба неравнодушных людей «Добролюбы». Главным событием фестиваля стало открытие *Алтайского краевого общественного благотворительного фонда «Алтайский центр развития добровольчества»*. Этот единый координирующий центр поможет волонтерам края эффективнее сотрудничать друг с другом, осуществлять совместные мероприятия, привлекать к добровольчеству все больше людей.

Большой блок фестиваля был отведен представлению опыта муниципальных образований нашего региона в области добровольчества. Проект «Школа жизни», патриотическая акция «Снежный десант» из Барнаула, проект «Привет, Малыш!» из Бийска, центр добровольцев из Павловского района, отряд «Адрес доброты» из Кулунды... Ребята с воодушевлением рассказывали о своих идеях, которые они смогли воплотить в жизнь. ☺





Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству

(Продолжение. Начало - в №9 (117))

Метаболический синдром - это сочетание ожирения (абдоминально-висцерального) с повышенным уровнем холестерина и/или триглицеридов, инсулинорезистентности (сниженная чувствительность тканей к инсулину), гиперурикемии (повышенное содержание мочевой кислоты в крови) и подагры, артериальной гипертензии и любого нарушения углеводного обмена.

Л.А. ЕЛИЗАРЬЕВА,
детский эндокринолог,
детское консультативно-
поликлиническое
отделение, КГБУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»

Для постановки диагноза метаболического синдрома достаточно несколько из этих признаков, основным из которых является ОЖИРЕНИЕ.

Какие существуют факторы, влияющие на развитие метаболического синдрома?

- **Генетическая предрасположенность.** Формирование метаболического синдрома генетически запрограммировано. Известен ген к инсулиновым рецепторам, который расположен на 19-й хромосоме.

- **Избыточное питание.** Наиболее важными факторами внешней среды, способствующими развитию метаболического синдрома, являются избыточное употребление жирной пищи и низкая физическая активность.

В основе накопления жировых масс в организме лежит переедание животных жиров, содержащих насыщенные жирные кислоты.

Если масса употребляемого жира превосходит возможности организма по его окислению, то развивается и прогрессирует ожирение. Насыщенные жирные кислоты, в избытке поступающие с пищей, вызывают изменения структуры клеточных мембран (точнее, фосфолипидов) и нарушение экспрессии генов (процесса, когда наследственная информация от гена преобразуется в РНК или белок), контролирующих проведение сигнала инсулина в клетку, то есть способствует формированию инсулинорезистентности и гиперинсулинизма (избыток инсулина). Жиры более калорийны, чем

углеводы, белки (1г жира содержит 9ккал, тогда как белки и углеводы - по 4ккал), поэтому при употреблении жиров организм при одинаковом объеме пищи получает в 2 раза больше калорий, чем при употреблении белков и углеводов.

- **Синдром обструктивного апноэ во время сна** - заболевание, проявляющееся часто повторяющимся частичным (гипопноэ) или полным (апноэ) коллапсом (спадением) верхних дыхательных путей во время сна. С одной стороны, ожирение является основным фактором риска развития синдрома обструктивного апноэ во время сна, с другой стороны, если этот синдром развивается в связи с наличием других факторов риска (любые причины, приводящие к расстройству нормального носового дыхания), метаболический синдром может быть следствием нарушения дыхания во время сна. В результате хронической гипоксии во время сна отсутствуют ночные пики выделения соматотропного гормона, что способствует развитию инсулинорезистентности.

- **Гиподинамия.** Снижение физической активности - второй по значимости после переедания фактор внешней среды, способствующий развитию ожирения и инсулинорезистентности. При гиподинамии замедляются липолиз (распад жиров) и утилизация триглицеридов в мышечной и жировой ткани, снижается перенос транспортеров в мышцы, что приводит к развитию инсулинорезистентности.

До настоящего времени окончательно не изучены все возможные причины и механизмы развития инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении, не все составляющие метаболического синдрома можно четко связать и объяснить инсулинорезистентностью.



Согласно современным представлениям, объединяющая основа всех проявлений метаболического синдрома, - **первичная инсулинорезистентность и сопутствующая системная гиперинсулинемия.**

Гиперинсулинемия, с одной стороны, является компенсаторной, то есть необходимой для преодоления инсулинорезистентности и поддержания нормального транспорта глюкозы в клетки; с другой, - патологической, способствующей возникновению и развитию метаболических, гемодинамических и органических нарушений, приводящих в конечном итоге к развитию сахарного диабета 2 типа, ИБС и других проявлений атеросклероза.

Инсулинорезистентность - это снижение реакции инсулинчувствительных тканей на инсулин при его достаточной концентрации. Изучение генетических факторов, обуславливающих развитие инсулинорезистентности, показало ее полигенный характер.

Важную роль в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности и связанных с ней метаболических расстройств играют **жировая ткань абдоминальной области, нейрорегуляторные нарушения, сопутствующие абдоминальному ожирению, повышенная активность симпатической нервной системы.**

Применение компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволило изучить топографию жировой ткани в абдоминальной области и разделить ее на висцеральную (интраабдоминальную) и подкожную. Удалось подтвердить и взаимосвязь между висцеральной жировой тканью, инсулинорезистентностью и нарушениями метаболизма.

Исследования показали, что **значительное увеличение массы висцеральной жировой ткани** (по данным КТ, соответствующее площади 130 см), как правило, **сочетается с метаболическими нарушениями.** Висцеральная жировая ткань, в отличие от жировой ткани другой локализации, имеет более широкую сеть капилляров и непосредственно сообщается с портальной системой. Особенности висцераль-



ных адипоцитов (клеток, из которых состоит жировая ткань) определяют высокую чувствительность висцеральной жировой ткани к липолитическому действию катехоламинов и низкую - к антилиполитическому действию инсулина (особенно в период через 2 часа после еды), обеспечивая хорошую восприимчивость к гормональным изменениям, часто сопровождающим абдоминальное ожирение.

Гормональные нарушения, сопутствующие висцерально-абдоминальному ожирению: повышение кортизола, повышение тестостерона и андростендиона у женщин, снижение прогестерона, снижение тестостерона у мужчин, снижение соматотропного гормона, повышение инсулина и норадреналина, - **способствуют отложению жира преимущественно в висцеральной области, а также непосредственно или опосредованно развитию инсулинорезистентности и метаболических нарушений.**

Интенсивный липолиз в висцеральных адипоцитах приводит к выделению большого количества свободных жирных кислот (СЖК). В печени СЖК препятствуют связыванию инсулина гепатоцитами, обуславливая развитие инсулинорезистентности на уровне печени, снижение экстракции инсулина печенью и развитие системной гиперинсулинемии.

Гиперинсулинемия через нарушение ауторегуляции инсулиновых рецепторов усиливает периферичес-

кую инсулинорезистентность. СЖК также подавляют тормозящее действие инсулина на глюконеогенез, способствуя увеличению продукции глюкозы печенью. В мышечной ткани СЖК препятствуют утилизации глюкозы миоцитами (мышечными клетками), что способствует развитию гипергликемии и компенсаторной гиперинсулинемии.

Как показали исследования последних лет, **жировая ткань обладает ауто-, пара- и эндокринной функциями и секретирует большое количество веществ, обладающих различными биологическими эффектами, которые могут вызвать развитие сопутствующих ожирению осложнений,** в том числе и инсулинорезистентность. Наиболее изученными на сегодняшний день являются фактор некроза опухоли (ФНО-α) и лептин.

Многие исследователи рассматривают ФНО-α как медиатор инсулинорезистентности при ожирении и который стимулирует секрецию лептина. Экспрессия ФНО-α более всего выражена в адипоцитах висцеральной жировой ткани.

Лептин осуществляет свое действие на уровне гипоталамуса, регулируя пищевое поведение и активность симпатической нервной системы, а также ряд нейроэндокринных функций. Многими исследованиями показано, что в печени он может тормозить действие инсулина на глюконеогенез. В жировой ткани лептин может подавлять стимулированный инсулином транспорт глюкозы (аутокринное действие). Показана не зависящая от ИМТ положительная корреляция между продукцией лептина, гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью. Однако имеется несколько сообщений о том, что лептин способен повышать поглощение глюкозы жировыми клетками. Ⓢ

Продолжение следует

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





Инвалидность - не приговор!

**Анна Александровна
ПАУТОВА,**

психолог, руководитель
краевого центра медико-
психологической и
социальной помощи
беременным

**Узнав о том,
что ребенок
серьезно болен,
получив от врачей
неутешительный
прогноз,
большинство
родителей
испытывает
настоящий шок.**

На смену реакции отрицания: «Этого не может быть! Врачи ошиблись!» - приходит период поиска причины: «Почему это случилось с моим ребенком, кто виноват?». Это переживают абсолютно все родители, сталкиваясь с подобной проблемой.

Очень важно пережить этот период как можно скорее. События последних лет, повышенное внимание общества к проблемам инвалидов, множество усилий, направленных на то, чтобы показать здоровым людям, что инвалидность - не приговор, развитие Интернет-сообщества, создание множества организаций, поддерживающих родителей и детей с ограниченными возможностями, каждый день доказывают, что сегодня понятие «ограниченные возможности» весьма условно.

Семьям, столкнувшимся с тяжелым диагнозом ребенка, очень важно знать самое главное - они не одиноки. **Чтобы изменить свою жизнь, чтобы дать шанс своему ребенку, можно сделать многое прямо сейчас.**

♦ **Ищите.** В наше время информация - самая большая ценность. Ищите информацию о вашей проблеме. Не стесняйтесь спрашивать, просите, чтобы врачи поясняли термины, спросите, что вы можете почитать о заболевании. Хорошее знание ситуации поможет лучше понять, что происходит с вашим ребенком. Ищите специализированные учреждения, чем раньше специалисты начнут заниматься с ребенком, тем лучше.

♦ **Будьте реалистичны. Примите ситуацию.** Не в ваших силах прямо сейчас ее изменить, но вы можете изменить свое отношение к ней. А потом с новым отношением возьмитесь за изменение ситуации.

♦ **Не жалейте.** Жалость - сложное чувство, особенно жалость к самому себе: оно делает нас слабыми, а наши усилия - бессмысленными.



♦ **Не забывайте о себе.** В стрессовых ситуациях все мы ведем себя по-разному. Обязательно старайтесь отводить время на отдых, питайтесь настолько хорошо, насколько можете, уделяйте время себе, обращайтесь к другим людям за эмоциональной поддержкой. По возможности выполняйте обычные повседневные обязанности. Следуйте правилу: *«Когда возникает проблема, и вы не знаете, что делать, делайте то, что стали бы делать в любом случае».*

♦ **Общайтесь. Не замыкайтесь на своей ситуации.** Найдите возможность поддерживать контакт с другими родителями, столкнувшимися с похожей проблемой. Такое общение даст вам силы пережить шок, подарит надежду на будущее. Множество сообществ родителей детей инвалидов есть в Интернете, в крупных городах есть общественные организации, созданные родителями. Вы не одиноки! Всегда можно обратиться за помощью и поддержкой. ☺

ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ МОЖНО ПО АДРЕСАМ:

✓ **Реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями здоровья «Журавлики»:**

г.Барнаул, ул.Тихонова, 68,
т.31-87-16, 31-87-18;

✓ **Краевой центр дистанционного обучения детей-инвалидов:**

г.Барнаул, пр.Социалистический,
126а, т.62-65-32.

На правах рекламы



О месте «особых» детей в обычном мире...

«Будний день. Мой сынок собрал школьный рюкзак, и мы уходим из школы на урок раньше: Макс занимается только по 4 урока в день - по мере сил. Другая мама забирает своего ребенка из-за того, что у него внезапно поднялась температура. Но только меня ежедневно «любопытствующие» спрашивают: «А что он у вас такой? А он таким родился?». Вот так добрые люди регулярно напоминают нам и, к сожалению, сыну, что он болен. Проблема толерантности к инвалидам в обществе очевидна.

С самого начала отношения Макса с окружающими людьми были похожи на противостояние. Мамы возле песочницы в нашем дворе всегда настораживались, если мы выходили погулять. Спокойнее было вдалеке от людей, в специализированных центрах, со специалистами, такими же, как мы, больными детишками и в кругу семьи. Но разве собрать инвалидов в резервацию - это выход?

Как известно, цивилизованность страны определяется отношением к инвалидам, детям и старикам. Сейчас много говорится об этом. Людей с ограниченными возможностями считают неполноценными, а зачастую и обузой для общества. Популярный актер Дмитрий Певцов в одном из своих интервью назвал такое отношение «комплексом полноценности». Совершенно с ним согласна. Любой комплекс - это духовная ущербность. Поэтому проблема толерантности, конечно, не упирается в оснащение аптек пандусами. Лично мне и моему сыну хотелось бы, чтобы нас рады были видеть в садике, школе, а соседи перестали обсуждать наш диагноз на лавочке.

Максу везет в жизни: ему встретилось много добрых людей, компетентных специалистов и, слава Богу, хороший учитель в школе. Наш учитель - пример того, как должен педагог работать с ребенком-

инвалидом: он готов учиться общаться с Максом, больше узнавать о его проблеме, работать в команде с нами (родителями) и помогать Максиму находить общий язык со сверстниками. В классе к Максимке предъявляют те же требования, что и к остальным детям: ведь он такой же ученик, как и все остальные! Как перенести эту модель поведения с чудоточителей на общество? Это вопрос вроде «как сделать мир добрее?». Дело здесь во внутренней интеллигентности каждого из нас. Все должны стараться. Власти - реализовать, наконец, свои проекты инклюзивного образования, сделать доступными для нас садики, спортзалы... Семьи инвалидов - вести себя уважительно к окружающим, не винить, не комплексовать, никого не чураться. А людей вокруг надо как-то просвещать, объяснять, кто мы такие, что у нас тоже карьеры, но в другом месте. Мы тоже умеем радоваться, общаться, работать и развлекаться. Мы - не монстры и не герои.

Мы - одни из вас!»

**Мама, воспитывающая
ребенка-инвалида -
замечательного Максима,
«равный консультант»
Краевого реабилитационного
центра «Журавлики»**



**Елена Георгиевна
БОРЯЧЕК,**

заместитель директора
Краевого государственного
бюджетного учреждения
социального обслуживания
«Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков
с ограниченными
возможностями
«Журавлики»



◀ **Равный консультант** - это человек, имеющий личный позитивный опыт развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, прошедший специальную подготовку, обладающий всеми необходимыми знаниями и навыками для проведения эффективного консультирования. Он обладает достоверной информацией и может доступным языком изложить ее.

Равные консультанты «Краевого реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» приглашают заботливых родителей и заинтересованных специалистов к общению на форуме сайта www.rastem-wmeste.ru. Там нет диалогов, горячих споров и групповых обсуждений. Это мир воспоминаний, в котором родители особых деток пишут о том, что уже пройдено, как они учились гордиться своим ребенком, как делать первые шаги, помогали друг другу, как радовались достижениям и играли вместе, как хором произносили первые слова.

В современном мире многие семьи оказываются в сложной жизненной ситуации и нуждаются в профессиональной помощи, чтобы выйти из кризиса. Именно поэтому **специалисты реабилитационного центра «Журавлики» осуществляют профессиональную поддержку семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья**, в том числе детей раннего возраста с нарушениями развития на сайте www.rastem-wmeste.ru, где родители могут подчерпнуть информацию о воспитании и развитии ребенка и о многом другом.

У родителей, воспитывающих особых деток, появилась уникальная возможность узнать все о развитии ребенка! ☺

Надежда есть всегда!

Елена Григорьевна МОИСЕЕНКОВА,

медицинская сестра приемного отделения, вторая квалификационная категория, КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск»

«Только находясь бок о бок с людьми, которые отличаются от нас физически, но точно так же мыслят, переживают и любят, мы научимся понимать чужую боль, так как проблема инвалидов»

- это проблема не нескольких людей, а всего общества»,

Олег Белозеров, директор центра дистанционного образования, Хабаровская гос. академия экономики и права

Дети - наша радость, надежда, счастье. Но есть дети, которые, к сожалению, перестают быть нужными сразу же после своего рождения. Причин этому может быть много. Одной из них является рождение ребенка-инвалида. Многие родители, испытывая стресс после его рождения, попросту не готовы сражаться за здоровье собственного малыша. Но есть семьи, которые готовы преодолевать все трудности совместными усилиями до победного конца.

Статистика неумолима: в России за последние 20 лет сложилась тенденция к увеличению рождения детей-инвалидов (более чем в 3,6 раза), и, по прогнозам, она будет только увеличиваться в дальнейшем. **Как можно помочь детям, их родителям и близким, которые находятся в сложной жизненной ситуации?**

Безусловно, основная помощь заключается в **ранней диагностике заболевания, лечении, реабилитации**. Но каждый неравнодушный человек может помочь семье, оказав даже просто моральную поддержку. Понимающий взгляд, ис-

кренняя улыбка, доброе слово - вот что необходимо детишкам и их родителям, чтобы не замкнуться, чтобы просто быть счастливыми...

Паллиативная помощь позволяет улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами со здоровьем. Происходит это предотвращением и облегчением страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению болезни, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким.

Если родители столкнулись с ситуацией выявления инвалидизирующих отклонений в развитии у ребенка, то **они должны своевременно обратиться за психологической и социальной поддержкой**. При попытках справиться с ситуацией самостоятельно не только возникают вторичные осложнения в виде нарушения семейной системы в целом, но также упускается возможность своевременного начала лечебно-коррекционных мероприятий. Таким образом, **одним из главных условий возникновения психологической адаптации всех членов семьи является своевременное обращение и сотрудничество с государственными**



Школа ответственного родительства

ми структурами, оказывающими поддержку семье и ребенку. Многие семьи уже нашли возможность продолжать активную социальную жизнь: общаться, работать, заниматься любимым делом.

Сейчас значительно изменилось отношение общества к тем, чьи возможности ограничены. Государство, медицина, образование, в том числе и дополнительное, поддерживают таких детей, облегчая течение их заболеваний, создавая определенные условия для общения на равных со здоровыми детьми и взрослыми, мотивируя детей с ограниченными возможностями здоровья к саморазвитию.

Самое важное обстоятельство, которое помогает взрослым и детям с инвалидностью жить, - это они сами.

Мне бы хотелось рассказать историю одной девочки, которая может послужить примером для многих родителей и детей, находящихся



поддержкой, но делает первые шаги сама, поет песни, учит стихотворения, занимается в театре кукол. Опытный невролог города вовремя определилась с методикой лечения, которая совместно с моральной поддержкой окружающих позволяют девочке развиваться и адаптироваться в жизни. На базе детской поликлиники ребенок постоянно занимается лечебной физкультурой, имеет возможность получать физиолечение и водолечение абсолютно бесплатно.

В Центре детского творчества работает комната коррекции здоровья, которая укомплектована развивающими играми, специальной мебелью, тренажерами. Педагоги и волонтеры театра кукол «Аленький цветочек» имеют возможность заниматься с детьми-инвалидами. Они помогают на занятиях детям наладить отношения с окружающими, чтобы их болезнь не стала тормозом на пути развития личности. Эта работа ведется по уникальной программе «Наши неограниченные возможности за ширмой кукольного театра», задачами которой являются не только формирование активной жизненной позиции, но и восполнение дефицита общения, развитие их творческих способностей.

А в заключение мне и моей дочери Марине хотелось бы пожелать всем: не отчаивайтесь, боритесь за каждую минуту своей жизни! Удачи вам и терпения. ☺



в трудной жизненной ситуации. Ее семья нашла силы продолжать борьбу за здоровье и счастье своей дочери. А самый главный борец - это маленькая семилетняя Марина из Заринска. Хорошая, добрая, сообразительная, больше всего она мечтает пойти учиться в школу, а потом - в университет. Но у ребенка два диагноза, которые не дают мечтам сбыться в полной мере: детский церебральный паралич (ДЦП) и полное отсутствие зрения. Но благодаря оказанной вовремя паллиативной помощи ее семья не отчаивается.

Уже в месяц ребенку был поставлен диагноз, что позволило своевременно начать лечение. В первые месяцы жизни девочки речь шла о том, что она вряд ли сможет сидеть, стоять и даже говорить, но прошло время - и Марина встала, ходит пока с

В 2012 году в ЦДТ был создан отряд детей с ограниченными возможностями здоровья, положивший начало отдыху, когда вместе живут и трудятся, продолжают занятия и отдыхают в летнем оздоровительно-образовательном лагере их обычные сверстники, родители и педагоги. Здесь стремятся к тому, чтобы дети с разными возможностями жили и взаимодействовали в едином социуме.



«Старт к будущей работе...»

17 октября 2012г. в конференц-зале КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» в рамках мероприятий по подведению итогов 10-летней деятельности общественного демографического проекта «Здоровая семья - это здорово!» и издаваемого в рамках проекта краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи», состоялся круглый стол «Роль государства и СМИ в повышении приверженности пациентов лечению. Как примерить врача и пациента».

В работе круглого стола приняли участие делегаты от Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» из краевых и городских учреждений здравоохранения: главные и старшие медицинские сестры, ключевые члены Ассоциации.

Заседание открыла **И.В. Козлова**, председатель Попечительского совета АКФПСИ «Содействие», главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи», словами благодарности и вручением почетных грамот членам редакционного Совета журнала и координаторам проекта «Здоровая семья - это здорово!».

Ключевым выступлением стал доклад председателя комиссии по охране здоровья и экологии Общественной палаты Алтайского края доктора медицинских наук, профессора **Г.А. Чумаковой** «Роль государства и СМИ в повышении приверженности пациентов лечению. Как примирить врача и пациента». Впервые обсуждалась существующая проблема отсутствия приверженности пациентов лечению в то время, когда важнейшим фактором успеха лечения артериальной гипертензии (и других заболеваний) является именно сотрудничество врача и пациента. **Приверженность пациента лечению - это соответствие поведения пациентов к рекомендациям врача** (что включает в себя: изменение образа жизни, соблюдение диеты, прием препаратов, соблюдение предписанного режима).

Одной из главных причин низкой приверженности лечению является отсутствие знаний у медицинских работников в области технологии мотивации пациентов к лечению, то есть не проводится обучение специалистов

технике общения с пациентами в период как базовой, так и постдипломной подготовок.

Говорилось и о необходимости формирования осознанного отношения у населения к собственному здоровью, причем это должно закладываться с детства. И здесь главная роль отводится семье. «Многое, если не все, - идет от матери», - сказала председатель Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края Н.С. Ремнева. - «Необходимо искать и укреплять социальное партнерство».

Возможность высказать мнение по обсуждаемым вопросам была предоставлена всем участникам круглого стола.

Президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в своем выступлении сказала о несовершенстве правовой базы в здравоохранении, о необходимости изменений стереотипа отношения врачебного сообщества к сестринскому персоналу. Сегодня специалисты сестринского дела, имеющие высшее сестринское и повышенный уровень образования, являются партнерами врачей, а не помощниками, как принято их называть. Это - специалисты, которые способны проводить профилактическую работу среди населения на самом высоком уровне. Нерациональное использование кадрового потенциала сестринского персонала в итоге не дает желаемых результатов, кроме того - привело с годами к острому кадровому кризису.

Большинство врачей склоняется к тому, что **термин «приверженность» больше подходит для описания взаимоотношений равноправного партнерства, которые должны складываться между врачом и пациентом.** К большому сожалению, ниша медицин-



**Ирина Васильевна
ЛУШПА,**

старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии Центра острых отравлений, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член Ассоциации с 2003 года

Одной из главных причин низкой приверженности к лечению является отсутствие знаний у медицинских работников в области технологии мотивации пациентов к лечению.



◀ской сестры в данном сотрудничестве оказалась непредусмотренной, а ее роль в деятельности такой социальной функциональной системы, как «врач-медсестра-пациент», не анализируется.

Сегодня медицинские сестры стремятся к получению высшего образования: сестринского, психологического и других. Они постоянно повышают уровень своих знаний, работают в школах для больных артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, сахарным диабетом и т.д.

Личность медсестры, метод и стиль ее работы, умение выявлять проблемы пациента, обсуждать их с лечащим врачом, а также умение общаться и владеть техникой психологической работы с пациентами - все это, само по себе, может служить лекарством, то есть оказывать исцеляющее действие.

Таким образом, активное участие медицинской сестры в системе «врач-медсестра-пациент» позволит повысить приверженность пациента лечению и ускорить его выздоровление.

В ходе работы круглого стола внимание участников акцентировалось и на других вопросах:

- на проблеме управленческих кадров;
- на неумении медицинских работников грамотно работать со СМИ;
- на незаинтересованности медицинских работников и т.д.

При подведении итогов круглого стола прозвучало, что **«быть гражданином - значит стремиться быть здоровым»**. Медицинские работники должны формировать доверительные отношения с пациентами и населением, для чего необходима информационная система.



Хочется искренне поблагодарить организаторов круглого стола за высокий уровень организации и содержательность мероприятия. ☺

Поздравляем Президента АРОО «ПАСМР» Ларису Алексеевну ПЛИТЧУ с присуждением краевой награды:

медали «За заслуги перед обществом» за социально значимую общественную деятельность (Постановление Администрации Алтайского края №573 от 23.10.2012 год)!

Рабочее МЕДИЦИНСКИХ

Нормальная продолжительность и порядок исчисления его нормы на определенные календарные периоды.



Статья 91 ТК РФ. Понятие рабочего времени. Нормальная продолжительность рабочего времени.

Рабочее время - время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, а также иные периоды вре-

мени, которые в соответствии с настоящим Кодексом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации относятся к рабочему времени.

Нормальная продолжительность рабочего времени **не может превышать 40 часов в неделю**.

Порядок исчисления нормы рабочего времени на определенные календарные периоды (месяц, квартал, год) в зависимости от установленной продолжительности рабочего времени в неделю определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Работодатель обязан вести учет времени, фактически отработанного каждым работником.

Что такое рабочее время?

Согласно ст.91 ТК РФ рабочим является время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности.

Кроме того, к рабочему времени относятся и иные периоды, приведенные в трудовом законодательстве:

- перерывы для отдыха и приема пищи в месте выполнения работы (ст.108 ТК РФ);
- специальные перерывы для обогрева и отдыха (ст.109 ТК РФ);
- перерывы для кормления ребенка (ст.258 ТК РФ);
- междусменный отдых во время пребывания на вахте (ст.299 ТК РФ);
- период командировки (ст.166 ТК РФ);
- время простоя (ст.72.2 ТК РФ) и др.



время сестер

Статьей 106 ТК РФ установлено, что **отдых** - это время, в течение которого работник свободен от исполнения трудовых обязанностей и которое он может использовать по своему усмотрению. Согласно ст. 107 ТК РФ **видами времени отдыха** являются:

- перерывы в течение рабочего дня (смены);
- ежедневный (междусменный) отдых;
- выходные дни (ежедневный непрерывный отдых);
- нерабочие праздничные дни;
- отпуск.

Что такое нормальная продолжительность рабочего времени, и какова ее величина?



Согласно ТК РФ максимальная продолжительность рабочего времени не должна превышать 40 часов в неделю. Одновременно эту величину называют нормальной продолжительностью рабочего времени.

Нормальная продолжительность рабочего времени не зависит:

- ни от формы собственности рабочего времени;
- ни от ее организационно-правовой формы;
- ни от того, является ли работодатель физическим лицом.

Нормальная продолжительность рабочего времени должна соблюдаться при любых формах трудового договора - и у работающих на постоянной работе, и у тех, чья работа носит временный характер (например, у сезонных работников, у исполняющих обязанности временно отсутствующих работников, и т.д.). ☺

Продолжение следует

Советы медицинской сестры

Психолого-педагогическая деятельность медицинской сестры в отделении детской стоматологии

Работа медицинской сестры детского стоматологического отделения сопряжена с большими психологическими и физическими нагрузками, поэтому она должна быть своего рода психологом, учителем и наставником одновременно.

Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям **медицинской сестре, работающей с детьми, необходимо** не только иметь теоретические знания, но и **тонко понимать психологию больного ребенка и его матери, четко представлять существующие в этой области этические проблемы.**

Медицинская сестра стоматологического отделения принимает решения в условиях нестандартных ситуаций. Медсестринская помощь требует подчас нестандартных решений в работе с детьми в экстремальных ситуациях при лимите времени. Для успешного выполнения этих задач медицинской сестре недостаточно лишь знаний в области своей узкой профессиональной компетентности медицинской сестры становятся ее психолого-педагогические возможности, наличие качеств, способствующих коммуникативным способностям в общении с детским населением, видение будущего и желание постоянно заниматься своим саморазвитием.

Анализируя деятельность медицинских сестер, легко заметить, что **при одинаковых кадровых и финансовых возможностях успехи отдельных медицинских сестер - разные.** Проблема заключается не только в объективных условиях, но и в личности самой медсестры. Рост дефектов и ошибок в оказании медицинской помощи детям, нарушений профессиональных технологий может быть связан с личностными качествами, степенью эмоционального выгорания, а также обусловлен уровнем психолого-педагогическо-



Елена Витальевна БУЯНОВА,

старшая медицинская сестра стоматологического отделения, КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул»

Рост дефектов и ошибок в оказании медицинской помощи детям, нарушений профессиональных технологий может быть связан с личностными качествами, степенью эмоционального выгорания, а также обусловлен уровнем психолого-педагогического профессионализма медицинских работников.



Советы медицинской сестры

◀ го профессионализма медицинских работников.

В организации работы медсестер в любом лечебно-профилактическом учреждении педиатрического профиля важную роль играет **специфическое общение, в первую очередь, с ребенком и его родителями.**

Ребенок - это, прежде всего, развивающийся человек, которому взрослые должны обеспечивать условия для нормального развития психики.

Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между пациентом-ребенком и медицинской сестрой - **ощущение поддержки.** Если больной ребенок осознает, что ему намерены помогать, а не заставлять делать что-то неприятное, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда медицинская сестра проявляет понимание, и ребенок, и его родители уверены, что их жалобы услышаны, зафиксированы в сознании.

Сочувствие - ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место ребенка и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания - все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения (во время лечения зубов), но и общее самочувствие, самообладание, его представление о своей болезни, и ее причинах.

Контакт с детьми облегчают их доверчивость, внушаемость, непонимание степени опасности манипуляций. Общение с детьми затрудняют чувство страха, неадекватность реакций, негативизм, низкие сознательно-волевые качества, склонность к симуляции. Контакт устанавливают в первую очередь с ребенком, ибо, как только мама замечает, что ребенок не сопротивляется, она относится с доверием. Соблюдение этики в отношении к ребенку не зависит от его возраста. В этом состоит специфика профессии медработника, работающего с детьми, - **высокий профессионализм, сочетающийся с терпением и любовью к детям.** Медицинские работники, контактирующие с детьми, должны быть психологами и педагогами.



Медицинская сестра может проинформировать маму ребенка (после согласования с врачом), что характер ребенка податливый, дети легко внушаемы, мама своей уверенностью и спокойствием может помочь ребенку. Мамам нельзя давать обещаний своему ребенку, которые могут оказаться невыполнимыми, а потом обвинять докторов, допустив собственные педагогические огрехи. Разъяснительные беседы с детьми всегда должны подчеркивать тот факт, что данный, пусть даже и весьма неприятный, вариант лечения обусловлен именно болезнью, а не желанием врача быть, в свою очередь, неприятным. Даже если мать не считает врача добрым и хорошим, не надо об этом ребенку сообщать. Категорически недопустимо критиковать и осуждать медицинских работников в присутствии детей.

Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений между ребенком, медицинским работником и матерью. А для этого медицинский работник должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим маленьким пациентом и сопровождающим его близким человеком. ☺

Ребенок - это, прежде всего, развивающийся человек, которому взрослые должны обеспечивать условия для нормального развития психики.



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



Инсулинотерапия сахарного диабета

ЗАНЯТИЕ 4



**Нина Васильевна
ЛЕОНОВА,**

главный эндокринолог
Главного управления
Алтайского края по
здравоохранению и
фармацевтической
деятельности,
Заслуженный врач РФ,
кандидат медицинских
наук, заведующая
эндокринологическим
центром
Алтайского края;



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**

кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог,
высшая
квалификационная
категория,

- КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

Каждый человек - это индивидуальность, которой присущ определенный образ жизни, поэтому и дозировки инсулина должны быть сугубо индивидуальны. Кроме того, каждый день жизни любого человека не похож на предыдущий, соответственно, дозировки инсулина не могут каждый день быть одинаковыми. То есть не образ жизни должен «подгоняться» под схему инсулинотерапии, а схема инсулинотерапии должна соответствовать образу жизни человека.

Какие существуют виды инсулина?

А. По происхождению различают животные и человеческие инсулины. Поскольку главное качество инсулина, необходимое пациенту с сахарным диабетом, - это снижение уровня сахара в крови, - во всем мире считается, что для пациента с сахарным диабетом важнее всего не происхождение инсулина, а правильная его дозировка, помогающая поддерживать нормальный уровень сахара в крови в течение суток.

Б. По длительности действия. Как мы уже упоминали, поджелудочная железа человека вырабатывает только инсулин «короткого» действия, но постоянно. Если пациент с сахарным диабетом будет использовать только инсулин короткого действия, то инъекции придется делать чуть ли не каждый час, что неприятно.

Теперь можно смоделировать работу поджелудочной железы с помощью двух видов инсулина: короткого и длительного действия. «Короткий» и «длинный» инсулины отличаются по внешнему виду: «короткий» - прозрачный, а «длинный» - мутный. Вы должны запомнить, что «короткий» инсулин тоже может помутнеть - это означает, что он испорчен и использовать его нельзя. Чтобы инсулин стал

«длинным», в «короткий» инсулин добавляют специальные вещества - пролонгаторы, которые и придают мутность инсулину длительного действия. Существуют различные виды пролонгаторов, белки или кристаллы хлорида цинка.

Применение инсулинов в зависимости от их длительности действия

А. Препараты инсулина очень короткого действия относятся к числу короткодействующих аналогов человеческого инсулина. Сейчас доступны для использования два инсулина этой группы: «Хумалог», «Новорапид». Их профиль действия несколько отличается от обычных коротких инсулинов. Начало действия - через 0-15 минут. Максимум действия наступает через 45-60 минут. Продолжительность действия - до 4-5 часов.

Применение. Позволяет больному отказаться от промежуточных приемов пищи, не рискуя при этом получить гипогликемию. Используется в дозах инсулина.

Б. Простой, или «короткий», инсулин: «Актрапид НМ», «Хумулин Регуляр», «Инсуман Рапид», «Биоинсулин Р». Начало действия - через 15-30 минут. Максимум действия наступает через 1,5-2 часа. Окончание действия - через 4-5 часов.



Жизнь с сахарным диабетом»

Применение.

◆ Инъекция - перед каждым приемом пищи. Содержащиеся усвояемые углеводы рассчитываются исходя из количества съедаемых хлебных единиц (ХЕ).

◆ Дополнительная инъекция на высокий сахар крови.

В. Инсулины средней продолжительности действия - «продленный, длинный инсулин»: «Хумулин», «НПХ», «Протафан НМ», «Монотард НМ», «Инсуман Базал», «Биосулин Н». Начало действия: через 2 часа. Максимум действия: через 6-10 часов. Окончание: не более, чем через 12-16 часов. Инъекции инсулина средней продолжительности действия должны вводиться два раза в сутки.

Применение. Применяются для усвоения углеводов, выбрасываемых печенью (создание фона).

Г. Инсулины ультрадлинного действия: «Лантус». Начало действия: через 6-8 часов. Максимум действия: через 10-16 часов. Окончание: не более 24-26 часов.

Д. Смешанные инсулины. В них в определенной пропорции смешаны «длинный» и «короткий» инсулины. Их употребление имеет свои преимущества и недостатки. При их применении отпадает необходимость делать две инъекции («короткого» и «длинного» инсулинов) перед завтраком и/или перед ужином, так как они вводятся в смеси через одну иглу. Но при этом обед должен быть в строго определенное время и включать строго определенное количество ХЕ.

Как судят о действии инсулина?

Критерием правильности вашей инсулинотерапии является снижение уровня сахара в крови до нормы или до заданных целевых пределов. Только при достижении нормогликемии можно говорить о том, что инсулин правильно дозируется.

Существуют два основных вида инсулинотерапии, которые применяются у пациентов с сахарным диабетом первого типа.

А. Традиционная инсулинотерапия: утром делается «короткий» и «длинный» инсулин перед завтраком, ве-



чером - «короткий» и «длинный» инсулин перед ужином; или «короткий» - перед ужином, а «длинный» - перед сном.

Б. Интенсифицированная инсулинотерапия (ИИТ): утром делается «короткий» и «длинный» инсулин перед завтраком, инъекция «короткого» инсулина - перед обедом, «короткий» инсулин - перед ужином, инъекция «длинного» инсулина - перед сном. Основное отличие ИИТ состоит не в том, что появляется дополнительная инъекция инсулина короткого действия перед обедом, а в том, что с инсулина длительного действия снимается не свойственная ему «болюсная» функция - он не используется для усвоения углеводов, поступивших в организм с пищей.

Хранение инсулина

Инсулин должен храниться в холодильнике на нижней полке. Заправленную картриджем шприц-ручку или флакон инсулина, которым вы пользуетесь в настоящее время, рекомендуется хранить при комнатной температуре ($+25^{\circ}\text{C}$) не более 1 месяца, а используемый флакон - не более 6 недель. Нагревание свыше $+37^{\circ}\text{C}$, воздействие лучей, замораживание могут привести к потере инсулином его активности, что проявится, прежде всего, немотивированно высоким уровнем сахара крови. При нарушении правил хранения может меняться также и внешний вид инсулина: «короткий» инсулин потеряет свою прозрачность, а пролонгированный при перемешивании не будет равномерно мутным.

Можно смоделировать работу поджелудочной железы с помощью двух видов инсулина: короткого и длительного действия. Короткий и длинный инсулины отличаются по внешнему виду: «короткий» - прозрачный, а «длинный» - мутный. Помните, что «короткий» инсулин тоже может помутнеть - это означает, что он испорчен и использовать его нельзя.



«Школы здоровья - школы профилактики»

Для ежедневных инъекций инсулина мы пользуемся инсулином и шприцами с иглами. Для уколов лучше использовать длинные тонкие шприцы. Они сделаны из пластика и упакованы в стерильную упаковку. Часто в упаковке есть игла, или же эта игла встроена прямо в шприц.

Перед уколом инсулин следует слегка нагреть (если вы достали его из холодильника). Для этого достаточно минуту или две потереть ампулу между ладонями.

Не рекомендуется смешивать цинк-содержащие и «короткие» инсулины. Также избегают попадания «длинного» инсулина с пролонгатором во флакон с «коротким» инсулином: в этом случае «короткий» инсулин превращается в «длинный». Можно смешивать инсулины только одной фирмы.

Не следует обрабатывать кожу спиртом. Настоящей стерильности вы не достигнете. А отрицательных моментов здесь имеется много. Если спирт не высох, а вы сделали укол, то спирт может попасть под кожу. При этом часть инсулина может быть разрушена спиртом, и доза окажется меньшей. Кроме того, повышается риск развития липодистрофий. Также при использовании спирта укол может быть более болезненным. Поэтому если вы все-таки предпочитаете пользоваться спиртом, то подождите, пока спирт высохнет, и только тогда делайте укол.

Правильно вводите инсулин. Помните, что он вводится подкожно. Следите за тем, чтобы инсулин не был сделан в кожу (появится характерная «лимонная корочка»). Чтобы сделать укол правильно, угол наклона иглы должен составлять 45 градусов. В том случае, если подкожно-жировой слой толстый (больше, чем длина иглы), укол можно сделать под углом 90 градусов.

В последнее время появились различные приспособления для введения инсулина - «шприцы-ручки», размером с авторучку, которые очень нравятся пациентам, потому что ими легче делать уколы инсулина. Инсулин уже не надо набирать из флакона, так как шприцы-ручки содержат специальный резервуар («пенфилл») с инсулином, из которого при нажатии или поворо-



те кнопки инсулин вводится в подкожную клетчатку. В шприце-ручке «Оптипен» до укола нужно установить необходимую дозу. Затем иглу вкалывают под кожу и нажатием на кнопку вводят всю дозу инсулина. Инсулиновые резервуары похожи на баллончик для чернил в авторучке. Они содержат инсулин в концентрированном виде (в 1мл содержится 100 единиц инсулина).

Шприцы используются в основном для введения инсулина из флаконов. Концентрация инсулина во флаконах чаще 100ЕД в 1мл, реже - 40ЕД в 1мл. Поэтому обязательно нужно обращать внимание, на какую концентрацию инсулина рассчитан данный шприц. Если вы наберете инсулин из флакона (концентрация 100ЕД/мл) при помощи 40-единичного шприца, то доза, набранная вами, окажется в 2,5 раза больше, а это может привести к гипогликемии.

Режим инсулинотерапии подбирается каждому пациенту строго индивидуально врачом-эндокринологом. Врач определит тот режим введения инсулина, который наилучшим образом подходит именно вам. Изменение доз инсулина должно всегда основываться на показателях сахара крови в течение последних двух-трех дней. Без проведения регулярного самоконтроля вы не сможете правильно изменить дозу инсулина и сохранить хорошие показатели сахара крови и хорошее самочувствие. ☺

В какие места следует делать инъекции инсулина? Таких мест несколько: живот, область под лопатками, внешняя сторона бедра, ягодицы, плечо. Выбор места зависит от ситуации. Так, «короткий» инсулин лучше делать в живот, а «длинный» - в плечо или в бедро. Выбор места инъекции может быть связан с уровнем сахара в крови, поскольку из различных мест инсулин всасывается по-разному: быстрее всего - из живота, а медленнее - из бедра. Это значит, что при высоком уровне сахара в крови перед едой лучше сделать укол в живот, а не в бедро. При уколах в живот можно использовать всю поверхность живота; не используется только участок шириной 3-4см по средней линии живота. Расстояние между уколами должно быть 3-4см, то есть надо чередовать правую и левую половину живота.



В Алтайском крае официально прошла регистрация профессиональной врачебной общественной организации «Медицинская палата Алтайского края». Мы уже информировали наших читателей об этом очень значимом, по нашему мнению, событии.

В Совет Медицинской палаты учредительной конференцией избраны 29 специалистов. Возглавил организацию доктор медицинских наук, профессор **Яков Наумович ШОЙХЕТ**. В состав новой организации вступило пока чуть более четверти специалистов, работающих в крае. Формирование Палаты продолжается.

Безусловно, основной задачей организации является повышение качества оказания медицинской помощи населению края, и как бы мы ни уповали на сверхсовременные технологии, их носителями, «применителями» остаются специалисты. Новая организация призвана прежде всего решать кадровые вопросы в здравоохранении, повышение квалификации специалистов.

Мы считаем необходимым знакомить наших читателей с деятельностью этой организации. И такое соглашение с ее руководством достигнуто.

Начнем наше партнерство с представления членов Совета Медицинской палаты Алтайского края, представляющих отдельные направления здравоохранения края. О реальных целях и задачах любой организации всегда можно судить по тому, кто ею руководит. Насколько это авторитетные в профессиональной среде и обществе люди. Первый наш собеседник - профессор **Юрий Васильевич ТЕН**. Он уже знаком нашим читателям по публикациям в журнале. Скажем честно, разговор с ним был запланирован еще до нашего совместного решения о партнерстве с Медицинской палатой Алтайского края, и мы не стали менять наших планов.

Мы всегда придем на помощь

Наш собеседник - главный детский хирург края, заведующий кафедрой детской хирургии АГМУ, заведующий отделением детской хирургии Краевой детской клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, член проблемной комиссии по хирургии новорожденных России, член Совета Медицинской палаты Алтайского края Юрий Васильевич ТЕН.

- Как вы оцениваете здоровье детей в настоящее время?

- К сожалению, плохо. Вспоминаю, что, когда я начинал работать, в крае рождалось около 90 тысяч детей, сейчас - почти в три раза меньше, но при этом мы делаем в два-три раза больше операций, чем выполняли тогда. Да и сами патологии стали сложнее.

Очень много детей рождается с такими пороками, при которых только мастерство хирургов может спасти маленьким пациентам жизнь. Например, при атрезии пищевода или 12-перстной кишки. Немало и онкологических заболеваний. Если в прежние годы мы выполняли в год всего три, максимум пять операций при раке почки, то в 2010-м, например, сделали десять таких операций!

С этого года в России начали лечить маловесных детей с массой тела от 500 граммов. И среди таких младенцев очень много больных, нуждающихся в хирургической помощи. Мы делаем все возможное, чтобы спасти жизнь больных детей, но, когда они подрастают и приходят на прием к врачу, бывает очень больно смотреть на них, потому что им очень непросто жить, они с трудом адаптируются в социуме, нет у них того качества жизни, которого хотелось бы... Но это происходит не по нашей вине.

- В чем причина таких страшных недугов?

- Это удивляет многих. Над данной проблемой работает много институтов во всем мире, но однозначной причины не выявлено. Действует совокупность факторов, в числе которых и стрессы, и экология, и даже вирусы. Кроме того, здоровье молодых людей, в том числе и репродуктивное, в последнее время тоже ухудшилось. Показательный пример - это призывники. Сейчас относительно здоровыми специалисты комиссий признают только 30 процентов юношей. А ведь они - будущие отцы. Читал, что и со здоровьем девушек тоже не все благополучно. При таком генофонде откуда быть здоровому потомству?

Несмотря на то, что сейчас уделяется очень много внимания здравоохранению и медицине, видимо, этого еще недо-



◀ статочно. И дело не только в техническом оснащении медицинских учреждений, но и во врачебных кадрах. Их катастрофически не хватает, особенно на селе. Хотя поступают в медицинский вуз молодые люди охотно, но после выпуска далеко не все работают по специальности. К примеру, в прошлом году педиатрический факультет АГМУ закончили 70 педиатров, но остались в профессии только 34 человека. В крае есть районы, где вообще нет хирургов. В нашей больнице тоже обострена кадровая проблема.

- Почему?

- Думаю, что очень велика ответственность и несоизмеримо мало вознаграждение за ту работу, которая возлагается на врачей. Еще острее - проблема с сотрудниками среднего и особенно младшего медицинского персонала. Не хватает медицинских сестер, санитарок. И тут основную причину я вижу только в низкой заработной плате. В некоторых случаях она не дотягивает даже до МРОТа. Что такое повысить зарплату на шесть процентов при трехтысячном окладе? А людям надо жить, одеваться, платить за квартиру, ездить на работу... Хорошо, что в крае на этот вопрос обратили внимание и введены губернаторские доплаты. Но, как показывает жизнь, и они оказались недостаточными, чтобы кардинально изменить положение.

- **А намерение Минздрава увеличить число платных услуг в государственных лечебных учреждениях, как вы думаете, поможет исправить ситуацию?**

- Для определенной группы больных - да. Но основная масса людей не располагает такими финансовыми возможностями, которые позволяли бы им оплачивать пребывание в отдельной палате. Многие пациенты сегодня живут намного лучше, чем те специалисты, которые их лечат, спасают от смерти. А требования к врачам при этом возрастают, и очень сильно. Как никому другому им не оставлено даже права на ошибку. Хотя я за всю свою жизнь не встречал ни одного врача, который захотел бы сознательно нанести вред сво-

ему пациенту. Да, ошибки случаются, но почему? *В каждом конкретном случае есть свои конкретные причины, и прежде, чем выносить общественное суждение, надо разобраться и найти причину.* Иногда может сказаться элементарная усталость, потому что врач всю ночь дежурил, не спал, а с утра должен работать в обычном режиме. А иногда врач просто берет на себя ответственность за риск, который не всегда может оправдаться. Помните нашумевший случай с врачом, который вводил маленькой девочке подключичный катетер, но процедура прошла неудачно, и руку пришлось ампутировать? Это опаснейшая процедура, при ней иногда погибают. Врач мог отказаться, но он рискнул. Вы знаете, что стало потом с этим врачом? Он повесился, потому что не вынес поднятой вокруг этого случая шумихи. Но об этом пресса умолчала, а про ошибку «раструбила» на весь мир. К сожалению, такое «внимание» наносит вред престижу профессии. **Жаль, что о положительных примерах пишут гораздо реже. На самом деле врачи этого заслуживают.**

Мне приятно, что **детская хирургия Алтайского края занимает одно из ведущих мест в России.** Это проверено временем и практикой: мы бываем на различных конференциях, конгрессах, симпозиумах, форумах, специализациях, общаемся с коллегами из других регионов страны. Читаем, выступаем, слушаем, анализируем, сравниваем. При самых сложных патологиях, например, пороках развития новорожденных, атрезии (отсутствии) пищевода или других органов, выживаемость наших пациентов достигает 93-95 процентов. И это один из самых высоких показателей в мире! Не зря нам дали федеральные квоты на хирургию новорожденных. При атрезии 12-перстной кишки обычная летальность после операции составляет от 60 до 90 процентов, а у нас столько больных поправляется (постучу по дереву)!

У нас хорошо представлена и торакальная (органов грудной клетки) хирургия, и детская гинекология, и другие направления.

Мы не делаем лишь пересадку органов и не выполняем операции на сердце, головном и спинном мозге. Все остальное оперируем.

Когда я начинал работать, от рака почки (опухоль Вильмса) погибали все пациенты. Сейчас, наоборот, у наших пациентов - почти стопроцентное выздоровление. Так получается не во всех регионах России. И по другим онкозаболеваниям неплохая статистика. Например, при раке щитовидной железы практически все прооперированные у нас пациенты поправились.

У нас замечательные врачи. Наш научный коллектив дважды во главе с Владимиром Афанасьевичем **КОЖЕВНИКОВЫМ** становился лауреатом премии администрации Алтайского края за достижения в области науки и техники. В крае всего два коллектива удостоены такой чести дважды, остальные - по одному разу. Наш вклад в науку - разработки способов лечения и видов операции, способствующих более скорому выздоровлению и выживаемости пациентов.

- **В чем особенность именно детской хирургии?**

- Она отличается чрезвычайном разнообразием, сочетая урологическую, абдоминальную, проктологическую, гинекологическую, пластическую, торакальную, онкологическую, травмы и другое. Взрослая хирургия более специализирована, а детская, аккумулируя все в себе, при этом еще и дробится по видам хирургической помощи. Это требует от хирурга виртуозного владения профессией. Нередки случаи, когда идешь на операцию, рассчитывая увидеть одну картину, а по ходу обнаруживается совсем другая: выявляются еще и дополнительные патологии. Наши детские хирурги с этим справляются. И я рад этому.

Правда, с введением новых стандартов выхаживания новорожденных, детская смертность увеличилась, но этот процесс был предсказуем. У нас еще мало опыта по выхаживанию и лечению маловесных детей в 500 граммов и выше. Конечно, в отдельных лечебных учреждениях краевого уровня с этой задачей справляются, но в



«Медицинская палата Алтайского края»

целом-то система родовспоможения еще не готова выполнять такую работу на высоком уровне. Нужно время, чтобы кадры обрели опыт. Да и соответствующее оборудование необходимо, а оно очень дорого стоит. Мы тоже касаемся этой проблемы, нам нередко приходится оперировать таких детей. Конечно, это сопряжено с колоссальным риском, но когда речь идет о жизни человека, хоть и очень маленького еще, мы обязаны делать все, чтобы эту жизнь сохранить.

- Как складываются отношения родителей с медициной в тот период, когда ребенок еще целиком зависит от мамы с папой?

- В педиатрии очень важно уметь общаться с родителями. Когда заболевает ребенок, с ними очень часто происходят невероятные вещи, они перестают адекватно оценивать ситуацию. Врач должен это учитывать. *Мы стараемся найти с ними общий язык и сделать их своими союзниками в единоборстве за здоровье, а то и жизнь, ребенка.* Думаю, что нам это удастся. Во всяком случае, мы никогда не обижаемся на родителей, если их эмоции перехлестывают через край. Это объяснимо. Поэтому, если говорить о взаимоотношениях врача и родителей маленького пациента, тут, мне кажется, нет однозначного совета - просто надо быть людьми, и все.

- Вы сейчас говорите об отношениях с родителями на стадии выхаживания ребенка в период лечения. А откуда берутся врожденные патологии, та же онкология, например? В этих случаях доля вины родителей присутствует или все зависит от высшей воли?

- Я не знаю. Та же онкология настолько коварна: в начальной стадии развивается незаметно, как правило, бессимптомно, а когда видны проявления болезни, то нередко бывает уже поздно. Допустим, опухоль в желудке очень долго может оставаться незамеченной. Вес нормальный, ребенок ест, пьет, ходит в туалет - все как надо. Он не плачет. И только когда появляются признаки неблагополучия, малыша



начинают обследовать. Но есть патологии, которые не вызывают никаких беспокойств у ребенка, например, гипоспадия - искривление полового члена. Мама-то может и не знать, какое состояние считается нормой, а какое должно наступить. Да и не все врачи это знают, а мы, оперирующие детские хирурги, можем сразу определить: нужна наша помощь или нет. Но мы, во-первых, крайне редко ездим на профилактические осмотры по краю, а во-вторых, не всех детей, к сожалению, охватываем.

- А в вузе разве этому не учат?

- Это очень узкая специализация, она приобретается в основном за счет опыта, а в вузе дают общие знания по специальности.

- Вы являетесь членом общественной Медицинской палаты. Что-то удалось сделать?

- У нас очень авторитетный руководитель - доктор медицинских наук, профессор **Яков Наумович ШОЙХЕТ**, весьма уважаемый в медицинском мире человек. Мы уже провели несколько встреч, обсудили вопросы профессиональной подготовки врачей, пропагандирования новых методик лечения, диагностики. **В целом, медицина Алтайского края - на хорошем счету в России.** В свое время, когда создавались профессио-

нальные ассоциации врачей по специальностям, мы ставили вопрос о том, чтобы участковые врачи пользовались правом бесплатного проезда на общественном транспорте. Наше предложение не было принято депутатами. Прокурорские работники, имеющие гораздо более высокую зарплату, таким правом пользуются, а участковые врачи - нет...

- Какие-то советы родителям у вас есть?

- Думаю, их лучше могут дать педиатры, которые непосредственно общаются с этой категорией граждан. **А у нас, хирургов, один совет и пожелание - чтобы дети не болели. Чтобы родители как можно раньше приобщали их к здоровому образу жизни и старались сами подавать им в этом пример.** Чтобы не избегали профилактических осмотров, а при заболевании ребенка своевременно обращались за врачебной помощью. Чтобы не занимались самолечением, потому что при этом можно пропустить симптомы серьезной болезни. **Помнить, что здоровье маленького человека очень долго зависит от заботы и внимания мамы и папы. Поэтому берегите своих детей! А мы, если надо, придем на помощь.** ☺

Ольга Николаева
Фото: Евгений Налимов





01.07.2003 г.



2003 г., старт проекта
«Школа артериальной гипертензии»



25.12.2005 г., старт проекта «Школа ответственного материнства»



16.04.2010 г., круглый стол «Вопросы репродуктивного здоровья: семья, общество, государство»



«Здоровая семья - это здорово!»

1 лет

За социальное партнерство в интересах семьи!



23.04.2009 г.



ПАСМР - стратегический партнер проекта



30.11.2011 г., итоги акции «Брось сигарету! Начини с себя»



23.11.2011 г. «Здоровая семья – это здорово! День гражданина»