

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (119) НОЯБРЬ 2012



ОТ РЕДАКТОРА



Об общественных социальных проектах как о составляющей социального капитала страны...

Мы все чаще слышим речи о том, что одна из основных причин проблем, которые испытывает наша страна, – это нехватка или деградация «социального капитала»...

Имеется в виду, что у нас, россиян, недостаточная плотность социальных связей и мала вовлеченность в общественную и гражданскую жизнь.

Ученые социальный капитал определяют, в основном, по наличию, как минимум, трех составляющих.

Во-первых. Насколько люди склонны доверять друг другу. Исследования (World Values Survey) в этом направлении показывают, что уровень доверия друг другу россиян примерно равен 30%. Это намного ниже, чем в скандинавских странах, Германии, Англии, США, но выше, чем в Греции, Франции, Турции.

Видимо, это так. Открытости, взаимного доверия, чувства локтя – сегодня уже, увы, явно не достает.

Во-вторых, это приверженность нормам общественного поведения, правилам, которые ограничивают нежелательное для общества поведение.

Ну, тут, думаю, понятно, что число граждан игнорирующих, например, вообще светофор при переходе через улицу, в том числе и на красный свет, или бросающих окурки, другой мусор в общественных местах в нашей стране предостаточно, не говоря уже о пьяных за рулем или курящих в лицо матери с грудным ребенком.

И наконец, участие в структурах гражданского общества – добровольных объединениях, призванных решать какую-то коллективную задачу. Тут я не готова так безоговорочно соглашаться с мнением экспертов о «слаборазвитости» данной составляющей социального капитала.

Если подойти с формальной точки зрения, то число зарегистрированных НКО, фондов у нас, возможно, дотягивает до «международных стандартов». Но у меня не вызывают особого пиетета такие структуры гражданского общества, которые своей целью ставят не решение самими лично конкретной проблемы, а «добиваться от государственных органов качественного выполнения своей работы». Важно не самому «закрутить лампочку в подъезде» или организовать во дворе для своих детей песочницу, а заставить сделать это ЖЭК! Хотя такая позиция в решении и больших, и малых проблем, наверное, имеет право на существование. Но представляется важным другое.

Мне на протяжении всей своей сознательной жизни приходилось сталкиваться совершенно с другими проявлениями гражданской активности. Это было в моей семье, где и мои родители, и их родители никогда не стояли в стороне от любых общественных дел, не обманывали других людей, не нарушали правила общественного поведения и очень добросовестно и принципиально исполняли свою работу и, по большому счету, социальную ответственность. Причем для этого им не нужно было никакого пиара, митингов, других «экстазных» форм проявления своей гражданской позиции. И даже государственных наград, хотя они их заслуженно получали.

Мне хотелось бы сказать искренние слова признательности всем тем, кто 10 лет тому назад поддержал и продолжает поддерживать наш проект «Здоровая семья – это здорово!» и журнал «Здоровье алтайской семьи». Это поистине энтузиасты и социально зрелые люди, для которых бескорыстное участие в образовательных программах для населения, публичное обсуждение наболевших демографических проблем, поиск путей их решения – стали важными составляющими их собственной и общественной жизни. Убеждена, что и их участие в том числе обеспечило изменение крайне опасной для страны тенденции, кем-то метко названной «русский крест» (уникального для мирного времени сочетания резкого снижения рождаемости при резком повышении смертности).

Отрадно, что наконец появились тенденции к увеличению продолжительности жизни россиян, однако понятно, что радикальные изменения вряд ли произойдут без адекватной коррекции российского образа жизни. А это требует не только более активной социальной политики, но и реальной поддержки социально ответственных и неравнодушных людей. А значит, наши общественные социальные проекты все еще актуальны и востребованы – для нас, наших семей, нашей страны.

Будем и дальше вместе приумножать наш общий социальный капитал!



**Женщины
меняют мир**



**Воспитание
радостью**



**Дети пива, или
И безалкогольное
небезвредно**



**Гипогликемия
и гипергликемия**



**Мужчины,
будьте здоровы!**

На фото: Геннадий Кириллович КУРБАТОВ, заведующий отделением общей онкологии Алтайского краевого онкологического диспансера

Фото: Евгения Налимова

| | |
|--|-------|
| О.Н. Николаева. «Мы помогаем продлить человеку жизнь» | 2-5 |
| «КАК ЗАЩИТИТЬ СВОИ ПРАВА НА ЧИСТЫЙ ВОЗДУХ» Жизнь без табака! | 6-7 |
| Н.С. Ремнева. Женщины меняют мир | 8-9 |
| Жизнь без табака и алкоголя | 10 |
| Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012 | 11 |
| И.И. Сорокина. Воспитание радостью | 12-13 |
| Чтобы не болеть зимой | 14 |
| ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА В.В. Востриков. ВРТ в Алтайском крае: достижения и проблемы | 15-16 |
| Г.А. Гончаренко. Дети пива, или И безалкогольное небезвредно | 17-19 |
| Т.Н. Иванова. Фестиваль «Сердце для жизни» | 20 |
| ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А. Плигина. Открытость, доступность, информированность | 21-24 |
| Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012 | 25 |
| «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ» Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Гипогликемия и гипергликемия | 26-28 |
| Л.А. Елизарьева. Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству | 29-30 |
| Синдром понедельника | 31 |
| Зона особого внимания | 32-33 |
| Л.Н. Эрбас. Мужчины, будьте здоровы! | 34-35 |
| О.Г. Гладышева. Как сберечь свою грудь | 36-37 |
| «Роль государства и СМИ в повышение приверженности пациентов лечению. Как примирить врача и пациента» | 38-42 |
| «Брось сигарету! Начни с себя» | 43 |



«Мы помогаем продлить человеку жизнь»

Наш собеседник - Геннадий Кириллович КУРБАТОВ, заведующий отделением общей онкологии Алтайского краевого онкологического диспансера.

Тема нашего разговора - онкологическая обстановка в крае, какие факторы влияют на развитие онкологических заболеваний и каковы меры профилактики.

- Геннадий Кириллович, в статистике по заболеваемости раком Алтайский край - в числе лидеров не только в Сибири, но и в России. Отчего?

- Ведущими причинами стали ядерные испытания на Семипалатинском полигоне, запуск космических ракет. Отдаленные последствия оказались страшнее, чем можно было предполагать. Особенно негативно это повлияло на развитие рака щитовидной железы. Не хочу пугать цифрами, но он возрос многократно. И меланома (злокачественное поражение кожи) тоже дает большой всплеск заболеваемости. Мы, онкологи, считаем это следствием солнечной радиации.

А вообще у нас очень большая запущенность практически всех патологий - и рака молочной железы, и рака легкого, и рака желудка. Очень много выявляется рака уже в третьей и четвертой стадии - и это при первичном обращении.

- Но в начале заболевания симптомы патологии проявляются слабо, и большинство граждан, наверное, просто не придают им значения, надеясь на то, что «оно само все рассосется»...

- На самом деле начало патологии определить несложно. Современное оборудование позво-

ляет выявить ее еще на стадии in situ, то есть в момент зарождения, это называется доклинический рак. Вот на этой стадии справиться с патологией достаточно просто. Но преобладает, к сожалению, именно поздняя обращаемость. Поэтому и показатели такие неутешительные.

- Но чтобы я пошла к врачу, мне надо как-то понять, что нужно идти. Как?

- Для того и существуют профилактические осмотры. В советские времена они были обязательны и проводились на предприятиях. Для этих целей приглашали специальную бригаду врачей, которая проводила осмотры. И выявляемость была очень высокая. Пациент, что называется, на рабочем месте проходил обследование, и по его результатам при необходимости получал медицинское сопровождение.

В настоящее время Минздрав пытается вернуть эту добрую традицию, но не все работодатели идут на такие расходы, потому что медосмотры стали платными. А сами граждане не привыкли ходить по врачам с профилактической целью. Наш человек идет в больницу, когда терпеть уже невозможно. Вот и получаем рак в третьей и четвертой стадии.

- У вас, врачей, какая фаза общения с пациен-



том вызывает наибольшую озабоченность: профилактическая, диагностическая, лечение, приверженность лечению, реабилитация?

- Самый сложный - первый этап, чтобы люди озаботились своим здоровьем, и пошли к врачу при первых сигналах неблагополучия в своем организме.

- А как вы считаете: можно побудить граждан все-таки пойти в больницу?

- Для этого, мне кажется, нужна еще и хорошая наглядная агитация, хотя бы в поликлиниках и других учреждениях здравоохранения, например, в аптеках. Обязательно нужно привлекать прессу и телевидение, чтобы материалы на эту тему появлялись более-менее регулярно. Вода, говорят, камень точит, так и тут: раз попадется на глаза плакатик про онкологические заболевания, другой или публикация в газете, - а там, глядишь, и задумается че-



Модернизация здравоохранения

ловек: а что это у меня в горле першит, или почему я ни с того ни с сего подкашливаю? Задумается - и пойдет к врачу, а он его и направит на обследование. А дальше, если это наш пациент, то мы ему поможем. И чем раньше такая встреча состоится, тем лучше и для самого человека, и для его семьи, и для общества в целом.

- Какие же симптомы должны насторожить человека?

- Появление слабости. Беспричинной, необъяснимой. И не простыл, и не заболел, а *слабость постоянная, непреходящая*. Появление *субфебрильной температуры* - 37,1-37,2, тоже необъяснимой, - нигде не простывал, ничего не болит. А *появление кашля*, например, это уже более тревожный симптом, тут надо уже не раздумывая бежать в больницу. А чтобы профилактировать рак легкого, надо обязательно *ежегодно делать флюорографию*. Раньше эта процедура тоже была строго обязательной, сейчас - увы! А сами граждане не проявляют в этом вопросе высокой сознательности.

Далее, всем женщинам до 35 лет надо (тоже обязательно) *один раз в год посещать маммолога* с профилактической целью и делать УЗИ молочной железы, а после 40 лет - *обязательна ежегодная маммография*. То же самое относится и к *гинекологическим осмотрам*. Даже если женщина чувствует себя хорошо, она все равно должна раз в год показаться гинекологу с профилактической целью. Весь мир такой график соблюдает, поэтому и выявление в первой стадии рака высокое, и оно значительно преобладает в диагностике онкологических заболеваний. А мы все еще не можем осознать важность профилактических мероприятий...

- Говорят, рак помолодел?

- К сожалению, да.

- А причины для этого - объективные, или больше влияют субъективный фактор?

- Комплексное воздействие. И уже упомянутые последствия Семипалатинских испытаний, и запуск космических ракет, и неблагопри-



ятный социально-экономический климат, и нездоровый образ жизни, включая вредные привычки и неправильное питание, и безответственное отношение самих граждан к своему здоровью - все это в итоге и приводит к развитию онкологических заболеваний.

- После выписки из вашего учреждения насколько пациенты заинтересованы в соблюдении всех рекомендаций, которые дают ему врачи?

- Мы не даем рекомендации по лечению, мы лечим пациентов здесь, а после выписки они находятся под наблюдением врача по месту жительства. В каждой поликлинике есть специалист-онколог, который и ведет диспансеризацию пациентов. Они самыми первыми выявляют возникающие проблемы, если они появляются, и при рецидиве направляют к нам, в диспансер.

- Онкологи следят. А сами пациенты насколько заинтересованы в этом?

- Если пациент онкологический, то есть уже у нас пролеченный, он очень дисциплинирован, он очень заинтересован в поддержании своего здоровья и четко соблюдает все предписания доктора, потому что знает, какие могут быть последствия и каков может быть финал.

- Хоть и считается любой прогноз делом неблагоприятным, потому что может не оправдаться, но вы же все

Современная медицина сейчас гораздо лучше справляется с онкологическими заболеваниями, чем даже несколько лет назад. В течение года могут появиться новые лекарства и методики лечения, которые помогают успешнее лечить те патологические состояния, которые прежде не поддавались лечению. Мы иногда говорим пациенту: годик выдержи, а там, глядишь, что-нибудь и появится. И очень часто появляется. Онкологи научились лечить многие состояния, которые прежде не поддавались этому. Так что не все в нашем деле однозначно.



равно прогнозируете ситуацию при выписке пациента. Насколько оправдываются ожидания и предположения?

- Нам сейчас разрешено говорить пациентам всю правду. И тут очень многое зависит от самого пациента. Можно ведь и на поздней стадии заболевания вести себя так, что проживешь несколько лет, а можно и при небольшой патологии «уйти» досрочно. Рак - очень труднопрогнозируемое заболевание. Важно, как человек воспримет полученную информацию и как захочет распорядиться отпущенным ему временем.

Хорошо лечится рак молочной железы, рак женских гениталий, рак желудка, толстой кишки, так называемые системные заболевания - лимфосаркома, номатоз и другие. Хотя некоторые патологии, например, меланома, очень трудно поддаются лечению. Это заболевание получило большое распространение в последние годы, ему подвержены люди различных возрастов, в том числе и молодежь.

- Существует ли предрасположенность к онкологическим заболеваниям, и передается ли она по наследству?

- При некоторых заболеваниях передается. Например, рак молочной железы. Если в семье болели мама или кто-нибудь из родственников по материнской линии, то вероятность возникновения этой патологии у других представительниц прекрасного пола в семье очень высокая. И зная об этом, лучше всего встречать беду, что называется, у порога.

Вообще, если в семье была патология по отцовской и материнской линии, то вероятность детей заболеть раком повышается более чем на 50%. Если по одной линии - то до 50 процентов.

- А сам человек может спровоцировать развитие патологии?

- Да, если есть онкопатология у родственников, то надо соблюдать меры предосторожности. Скажем, при наличии в роду рака молочной железы нежелательно пользоваться гормональными препаратами. Стоит также учитывать и такой на-

учно доказанный факт, что рак шейки матки провоцирует частая смена партнеров. В настоящее время даже делают прививки против этого вида рака. В частности, такая акция проведена в Московской области среди девочек подросткового возраста.

Я уже не говорю о таких всем известных факторах риска, как курение, прием спиртных и энергетических напитков, аборт, воспалительные заболевания половых органов, различные инфекции, нездоровый образ жизни и другие «мелочи», которые влияют на развитие онкологических заболеваний. Все про них знают, но, к сожалению, не всегда считаются в повседневной жизни.

- Сопоставима ли существующая ныне свобода интимных отношений с советским периодом жизни? И вообще имеет ли это какое-то отношение к развитию онкологической патологии?

- Не мне судить о временах и нравах, но в те времена общая онкологическая заболеваемость населения была намного меньше, локализаций было меньше, меланома встречалась реже, как и онкозаболеваемость гениталий и т.д. А вот заболеваемость раком желудка в настоящее время снизилась.

- Кто чаще болеет онкологией - мужчины или женщины?

- У каждого своя специфика. Рак легких, например, поражает преимущественно мужчин, рак молочной железы чаще встречается у женщин, но раком грудной железы болеют и мужчины. Редко, до одного процента, но бывает.

- Подростки тоже в зоне риска?

- Конечно, это тот возраст, когда встречаешься со множеством соблазнов, все хочется попробовать, а о последствиях не думаешь, но приходит время, и за свое легкомыслие приходится расплачиваться. Именно в подростковом возрасте, когда организм формируется, стрессовые ситуации (водка, табак, половые нагрузки и т.д.) для него особенно опасны.



Модернизация здравоохранения

А в пожилом возрасте, когда человек пожинает плоды своей жизни, вылезают все болячки, в том числе и онкологические. И возрастных пациентов у нас гораздо больше, чем больных других категорий. Хотя онкологические заболевания в последние годы заметно молодеют.

- Современная онкологическая служба имеет очень мощное техническое оснащение. С одной стороны, это ощутимо облегчает работу онкологов, а с другой, - чтобы работать на такой технике, нужен очень высокий уровень образования, технической и профессиональной грамотности.

- Да, это так, появились очень умные аппараты. Скажем, в диагностике они позволяют обнаруживать самое начало зарождения патологических процессов. Работая с такими приборами, врач просто не имеет права не повышать свою квалификацию. По закону один раз в пять лет он должен отучиться на курсах. Но на практике у нас все происходит гораздо чаще. Спасибо за это главному врачу **Александру Федоровичу ЛАЗАРЕВУ**, который сам не перестает учиться, несмотря на то, что и доктор наук, и профессор, и нас побуждает к изучению нового в медицине и онкологии. Он посылает нас на учебу и не возражает, если кто-то из нас по своей инициативе находит обучающий семинар. К тому же мы все участвуем в ежегодной научно-практической конференции, которая обычно проходит с международным участием и традиционно проводится на базе санатория «Барнаульский». Там есть чему поучиться, потому что онкологи - люди ищущие и опыт коллег из других регионов вызывает большой интерес.

Нам тоже не стыдно участвовать в таких научных форумах. Онкология Алтайского края рекомендовала себя достойно и на российском, и на международном уровнях. Мы владеем всеми технологиями, существующими в мире. Наш онкоцентр является филиалом Российского онкологического центра им.Блохина. Такому статусу надо соответствовать, и нам это удастся. У нас много специалистов высшей категории, практически все заведующие отделениями являются кандидатами или докторами наук.

- Молодые доктора проявляют интерес к онкологической специальности?

- К сожалению, нет. Слишком большая ответственность и несопоставимая с нею заработная плата. Но это касается не только онкологии, это «болезнь» всей нашей медицины. Непопулярны у молодежи специальности, требующие большой отдачи. Выбирают то, что поспокойнее и попривычнее.

- А как вы попали в профессию?

- Я из другого поколения. Мы еще захватили романтику, нас влекло неизведанное, мы болели



альтруизмом и хотели быть полезными людям. Мечты исполнились. Мне нравится моя работа, и я не вижу себя на другом месте. Онкология - это очень большая хирургия, которая позволяет стать большим специалистом. А кроме всего прочего, это очень интересная область медицины, где столько неизвестного! Она позволяет каждый день открывать для себя что-то новое. Бывали случаи, и их немало, когда пациенты, вопреки прогнозам, с помощью нашего лечения остаются жить намного дольше, чем можно было предполагать. А продлить человеку жизнь - это ли не радость!

Но я вам скажу и другое: **сам пациент, взглянув одним глазом за грань миров, тоже начинает жить по-другому.** И очень часто жалеет, что не слушал добрых советов, что бездумно тратил жизнь на пустяки и не берег здоровье. Он тоже начинает стараться продлить себе жизнь. Так, совместными усилиями и получает дополнительное время.

- Какие практические советы вы бы дали нашим читателям?

- Те, кто уже является нашим пациентом, получает рекомендации в лечебных учреждениях, а вот тем, кто еще здоров, я бы посоветовал с уважением относиться к своему здоровью. Болезней и соблазнов много, а здоровье одно и на всю жизнь.

Все факторы риска, которые мы сегодня уже назвали - курение, алкоголь, питание, образ жизни и т.д., - все это может стать причиной тяжелой патологии. А при здоровом образе жизни можно никогда и не узнать, что есть онкологическая служба. Вот этого я и желаю читателям. ☺

**Ольга Николаева
Фото: Евгений Налимов**



Воспитание радостью



**Ирина Ивановна
СОРОКИНА,**

заместитель директора по НМР, педагог-психолог, КГБОУ «Краевой центр психолого-медико-социального сопровождения «Семья плюс» (г.Барнаул)

*Все начинается
с любви...*

*Твердят: «В начале
было слово...»,*

*А я провозглашаю
снова:*

*Все начинается
с любви!*

*Все начинается
с любви:*

*И озаренье, и работа,
Глаза цветов,
глаза ребенка -*

*Все начинается
с любви -*

с любви!

Я это точно знаю.

Р. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ

Что может быть важнее для ребенка, чем семья, уют родного дома, теплота маминых и надежность папиных рук? Семья - это особого рода коллектив, играющий в воспитании основную, долговременную и важнейшую роль.

Особая миссия возлагается на замещающую семью, которая является той формой семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которая обеспечивает право ребенка жить и воспитываться в семье.

При воспитании приемных детей замещающие родители нередко сталкиваются с рядом затруднений и нуждаются в квалифицированной помощи психологов (например, проведение диагностики и коррекции индивидуальных особенностей ребенка, внутрисемейных отношений, функционирования приемной семьи в целом).

Наибольшие сложности наблюдаются в формировании эмоционально-волевой сферы у ребенка, в нарушении социального взаимодействия. От того, насколько замещающие родители компетентны, выполняя свою роль родителя, и зависит полноценное становление личности ребенка.

В связи с особой воспитательной функцией замещающей семьи возникает вопрос: **как сделать так, чтобы усилить положительные и свести к минимуму отрицательные влияния имеющегося жизненного опыта ребенка на его развитие и воспитание?** Для этого необходимо точно определить внутрисемейные социально-психологические факторы, имеющие важное значение в становлении личности ребенка, оставшегося без родительского тепла.

По мнению известного педагога В.А. Сухомлинского, очень часто ребенок не может постичь ни умом, ни сердцем нравственный идеал лишь потому, что глубоко несчастен. И наоборот, если ребенок видит мир жизнерадостными глазами, он легче поддается воспитанию. Именно поэтому **атмосфера радости, создаваемая в семье, особенно необходима для воспитания доброжелательного, ответ-**

ственного и успешного в жизни ребенка.

Воспитание радостью начинает осуществляться в семье самыми разными способами.

Одна из важнейших воспитательных задач - **утверждение в ребенке чувства собственного достоинства.** Именно потому ребенку с самого начала необходимо говорить, что он хороший, что он умный и способный. Родитель не только открывает мир перед ребенком, но и утверждает его в окружающем мире как активного человека, испытывающего чувство гордости за свои успехи.

Не зря говорят, что **неспособных детей не бывает.** Ведь дети приходят в мир с искренним желанием быть счастливыми и успешными, и это тот огонек, который озаряет им весь смысл детской жизни.

Мажорный тон жизни ребенка должен опираться не только на общий семейный климат, а также на его собственные достижения в учении и нравственном поведении.

У ребенка необходимо тщательно фиксировать каждый, пусть и небольшой, успех, который непременно используется для укрепления его веры в себя. Это и есть основа воспитания.

Еще одной из главных воспитательных задач является **формирование у ребенка потребности делать людям добро.** Идеи добра должны стать ориентиром жизненной практики. Доброта не просто должна стать потребностью ребенка, она должна проявляться во всех случаях его жизни как основа отношения к жизни. Потребность развить свою личность должна начинаться не с желания сделать себя лучше, а с заботы о другом человеке, с желания сделать добро другому человеку.

Доброте необходимо учиться. Источником этой потребности в доброте



Слагаемые успешного родительства

является сопереживание чувств всех людей, у которых на сердце горе и невзгоды. Нужно уметь различать обиду, грусть, печаль в глазах людей. Нужно, чтобы ребенок умел ставить себя на место того, кто нуждается в участии, помощи и сердечной доброте. В детстве человек должен воспитываться в духе любви, доброты, сердечности. При этом важно, чтобы, подрастая, дети понимали, что нельзя любить всех...

Так как же сделать ребенка счастливым?

Самое главное - **чтобы в семье были доверительные отношения, а стиль общения - мягким и доброжелательным.** Если в общении с ребенком преобладают приказы, наказания, указания, контроль, то ребенок растет забито послушным, безынициативным или, напротив, агрессивно сопротивляющимся.

Следует помнить, что **вредно постоянно требовать от ребенка слепого, безоговорочного повиновения,** если мы хотим вырастить независимого и самостоятельного человека. Послушные дети теряют свою волю и затем идут на поводу у любой сильной личности, которая, увы, не всегда бывает положительной.

Принимайте ребенка таким, каков он есть!

Важно сохранять ребенку его права оставаться ребенком: шалить, баловаться, капризничать. Порой родители отмахиваются от общения с ребенком: «Отстань, некогда!», компенсируя отсутствие общения желанием получить от него что-то. Они дают ребенку все, кроме... себя. Избыток родительской строгости и взрослой агрессивности формирует в ребенке послушание и дисциплину любой ценой, но вместе с тем и детский страх.

Многие ситуации можно разрешить с помощью ласки, уместной шутки, сказки. Без ласковых слов ребенку все равно, что без солнечного света. Отсюда и дурные поступки - «в темноте».

Ребенка необходимо воспитывать в радости. Вспомните, как портится ваше настроение при виде хмурых физиономий своих коллег. Так и настроение ребенка, весело шагающего из школы, мечтающего о том, как он



сейчас расскажет маме о школьном дне, портится при виде того, как в дверях квартиры малыш «наталкивается» на недовольное лицо мамы.

Воспитание радостью передает детям оптимизм, жизнелюбие, немеркнущее восхищение, свежесть восприятия жизни. Самое главное, **чтобы дети были как можно дальше от полюса зла.**

Французский философ Жан-Жак Руссо считал, что ребенок должен знать: насколько он будет хорош с окружающими, настолько и они будут с ним хороши. Так **пусть уже в детстве ребенок поймет, что любовь, доброта, великодушные - сильнее зла.** Он ведь изначально несет в себе эту искру великодушия. Вспомним детское доверие, искренность, чувство сопричастности ко многому, детское милосердие. Нужно учить детей и самим быть маленькими солнышками, светиться хорошими поступками и согревать окружающих своим теплом, как бы это ни звучало «по-детски».

Укрепить любовь во взаимоотношениях с родителями и детьми поможет совместное ощущение радости. Смех успешно помогает справиться со страхом и возникающими трудностями. **Улыбка - это самый мощный инструмент,** который помогает изменить себя и сделать жизнь привлекательнее. Учитесь жить с радостью. Это поможет сделать вашу жизнь и жизнь ваших детей счастливой. ☺

Доброта не просто должна стать потребностью ребенка, она должна проявляться во всех случаях его жизни как основа отношения к жизни. Потребность развить свою личность должна начинаться не с желания сделать себя лучше, а с заботы о другом человеке, с желания сделать добро другому человеку.





ВРТ в Алтайском крае: достижения и проблемы

Для супругов нет более значительного и незабываемого события в жизни, чем рождение ребенка. Однако у каждой 7-й супружеской пары возникают проблемы с рождением детей.

Бесплодие - одна из серьезнейших проблем современности. Согласно данным Министерства здравоохранения на 2012 год, количество бесплодных пар в России превысило отметку в 15 процентов. Так, более 100 тысяч жителей Алтайского края вплотную сталкиваются с проблемой бесплодия. Еще совсем недавно для многих семей это слово звучало как приговор. Сейчас же это стало возможностью доказать себе и окружающим, что нет ничего невозможного.

Одним из наиболее эффективных способов преодоления бесплодия являются **вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)**. В практике лечения бесплодия ВРТ применяются в мире, начиная с 1976 года, а в июле 1978 года на свет появилась девочка, ставшая первым в мире человеком, зачатый «в пробирке». Первый ребенок, зачатый с помощью ЭКО в Советском Союзе, был рожден в феврале 1986 года. В Алтайском крае вспомогательные репродуктивные технологии стали применяться с 2001 года.

Вспомогательные репродуктивные технологии - это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов происходят вне организма. К ВРТ относят:

- *экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки (ЭКО),*
- *инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ),*
- *донорство ооцитов,*
- *суррогатное материнство,*
- *донорство спермы,*
- *искусственная инсеминация спермой мужа (донора),*

- *заморозка и оттаивание эмбрионов.*

ЭКО, или экстракорпоральное оплодотворение (лат. «extra» - «снаружи» и «corpus» - «тело»), то есть «оплодотворение вне тела»), - это медицинская технология, при которой яйцеклетку извлекают из организма женщины и оплодотворяют специально подготовленной спермой в искусственно созданных условиях *in vitro* («в пробирке»). Полученный после оплодотворения эмбрион развивается в течение 2-5 дней в условиях инкубатора, после чего его переносят в полость матки для дальнейшего развития.

Показаниями для проведения ЭКО являются:

- бесплодие, не поддающееся другим видам лечения,
- бесплодие, вероятность преодоления которого с помощью ЭКО выше, чем другими методами.

Всего за время работы Сибирского института репродукции и генетики человека проведено **1982** программы ЭКО, **594** женщины познали радость материнства, родилось **714** детей.

При бесплодии, обусловленном мужским фактором, применяется **интрацитоплазматическая инъекция одного сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ)**, то есть микрохирургическое введение генетического материала мужчины в яйцеклетку. Подобным методом проведено оплодотворение яйцеклеток у **1162** женщин, родились **340** малышей.

Донорство яйцеклетки, как метод лечения бесплодия, предназначено для женщин, у которых не образуются яйцеклетки, или проблема связана с генетическими заболеваниями. Нередко в услугах донора яйцеклетки нуждаются и молодые женщины. Выбор донора осуществляется пациентками добровольно и само-



Вячеслав Валерьевич ВОСТРИКОВ,

кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, ассистент кафедры Акушерства и гинекологии №1, главный врач Сибирского института репродукции и генетики человека

«...Смертная природа старается стать по возможности бессмертной - вечной. А достичь этого она может только одним путем - деторождением, оставляя всякий раз новое вместо старого...»

Платон



Школа ответственного родительства

◀ стоятельно на основании фенотипического описания. Впервые донорство ооцитов применено в 1984 году. За одиннадцать лет в Алтайском крае донорство ооцитов проведено в **330** программах.

К сожалению, бывают случаи, когда победить мужское бесплодие невозможно и даже современные методы искусственного оплодотворения оказываются бессильны. И тогда на помощь родителям, мечтающим о ребенке, приходит **донорство спермы**. Донорство спермы проведено в **90** циклах ЭКО, родились **53** малыша.

Суррогатное материнство

- вспомогательная репродуктивная технология, при применении которой женщина добровольно соглашается забеременеть с целью выносить и родить биологически чужого ей ребенка, который будет затем отдан на воспитание другим лицам - генетическим родителям. Они и будут юридически считаться родителями данного ребенка, несмотря на то, что его выносила и родила суррогатная мать. Современное суррогатное материнство стало возможным после появления технологий экстракорпорального оплодотворения. Это сделало возможным получение генетического материала от генетических родителей с последующей «подсадкой» его для вынашивания и рождения ребенка в естественный биологический инкубатор - организм суррогатной матери. Программа суррогатного материнства в Алтайском крае впервые проведена в 2001 году.

Искусственная инсеминация (ИИ) - это один из способов преодоления бесплодия, суть которого в искусственном введении спермы в цервикальный канал или в полость матки на овуляцию. Проведено **611** инсеминаций спермой мужа (беременность наступила у 56 женщин) и **354** - спермой донора (также 56 беременностей), родились **120** детей.

Сотрудниками института впервые в Алтайском крае разработана методика **криоконсервации и хранения эмбрионов** с целью последующей разморозки и переноса в полость матки. Проведено около **480** полных циклов замораживания



и оттаивания эмбрионов. Перенос размороженных эмбрионов в полость матки осуществлен в **250** циклах, родились **73** ребенка.

Основными проблемами вспомогательных репродуктивных технологий являются многоплодие и синдром гиперстимуляции яичников. Частота многоплодия составляет от 16 до 25 процентов. Многие женщины очень хотят родить сразу двух малышей, забывая о том, что выносить такую беременность значительно сложнее и добиться рождения здоровых детей при двойне очень сложно. К сожалению, единственной профилактикой многоплодия является перенос в цикле ВРТ одного эмбриона, что, в свою очередь, снижает частоту наступления беременности.

Анализируя результативность вспомогательных репродуктивных технологий, становится понятно, что повышение частоты наступления беременности связано не только с выбором рационального способа оплодотворения, бережной стимуляции овуляции, профилактики тяжелых форм СГЯ, культивирования и переноса качественных эмбрионов. Общеизвестно, чем дольше бесплодие, тем тяжелее оно поддается лечению. Другой причиной, снижающей результативность ВРТ, является возраст старше 35 лет. Поэтому **мы, акушеры-гинекологи, призываем женщин своевременно обращаться за помощью при бесплодном браке!** ☺

На правах рекламы

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) встречается в 2-5% случаев, но он может быть причиной потери трудоспособности, снижения частоты наступления беременности и даже гибели женщины.

К сожалению, нет действенных способов лечения синдрома гиперстимуляции, не снижающих частоту наступления беременности, но разработаны способы профилактики тяжелых форм СГЯ.



Дети пива, или И безалкогольное небезвредно

Статистика неумолима: с 1997 по 2005гг. производство пива в Российской Федерации увеличилось в 4 раза, а его потребление - в 3 раза. При этом производство водки и ликероводочных изделий за этот период не изменилось.

О влиянии пива на организм, и особенно растущий, о развитии пивного алкоголизма мы говорим с кардиологом высшей квалификационной категории, аспирантом АГМУ, врачом детской барнаульской поликлиники №9 **Галиной Александровной ГОНЧАРЕНКО.**

- Галина Александровна, в чем, по-вашему, кроется причина роста потребления пива среди населения?



- Основная причина «пивного» взрыва - *высокая его доступность*: в отличие от крепких алкогольных напитков и вина пиво длительное время реализовывалось через все торговые точки и в любое время суток. Также *«виновата» и реклама*, точнее - убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка, лояльное отношение к нему в обществе, высокий уровень инвестиций в пивоваренную отрасль и использование пивоварами эффективных маркетинговых стратегий.

- Можно ли «нарисовать» портрет типичного потребителя пенного напитка?

- Установлено, что более половины взрослого населения страны (**54%**) регулярно пьют пиво, причем две трети потребляющих - это мужчины и одна треть - женщины. Среди не пьющих пиво - лица старшей возрастной группы (60 лет и старше).

Интересно исследование, проводимое в Санкт-Петербурге: оно показало, что **23%** потребителей покупает пиво каждый день, 1-2 раза в неделю - **48%**, а **29%** пьют пиво 1-2 раза в месяц!

Проводилось и другое исследование, касающееся отношения к пиву в провинциальной студенческой среде. Оно показало, что **более 60% всех (!) респондентов любят пиво и более половины его пьют регулярно**: от нескольких раз в месяц до нескольких раз в неделю. Можно сказать, что **потребление пива является характерным элементом студенческого**

стиля жизни - оно уже превратилось в символ статуса студента.

Исследования, проводимые в Москве и Нальчике среди 15-16-летних школьников старших классов, обнаружили, что **50%** мальчиков и **31%** девочек употребляли пиво 3 раза и более за последние 30 дней, предшествующих опросу. Причем, лояльно к употреблению алкоголя относятся **83%** опрошенных, а отрицательно - лишь **12,3%** (для сравнения: к употреблению наркотиков отрицательно относятся 91,3% опрошенных).

- Каковы причины столь раннего приобщения к пиву? Почему оно становится привычным напитком молодежи?

- В первую очередь, оно обусловлено *алкогольными обычаями микросоциальной среды*. К тому же существенный вклад в формирование алкогольных установок вносят дефицит нравственно-этических ценностей, отсутствие увлечений и духовных запросов, аномалии характера, нарушение структуры семьи. Можно также предположить, что изменения, происходящие на алкогольном рынке России, существенным образом влияют и на наркологическую ситуацию в стране.

Здесь в пору упомянуть химический состав пива, чтобы понять особенности его биологического действия и способности вызывать развитие алкогольной зависимости, и как результат - увеличивать соматическую патологию и влиять на демографическую ситуацию в целом.

Из чего же состоит этот «натуральный» алкогольный напиток? Вода (91-93%), углеводы (1,5-4,5%), этиловый спирт (3-14%), азотсодержащие вещества (0,2-0,65%). Солод (проросшие зерна ячменя) накапливает в пиве крахмал. Дрожжи добавляют при проведении реакции сбраживания. Стабилизаторы пены (консерванты) добавляются для длительного хранения пива. А еще в пиве содержится хмель, который придает пиву цвет, вкус и своеобразное воздействие на организм. В своем составе хмель содержит *горькие вещества* (18,5%), смолы, аналогичные смолам табака и обладающие канцерогенным действием, *хмелевое масло*, *дубильные вещества*, белок, *минеральные вещества*. А также хмель богат *фитоэстрогенами* - растительными аналогами женских половых гормонов, которые оказывают воздействие на организм гормонального характера, приводящее к феминизации мужчин и мускулинизации женщин, и печально известными биогенными аминами: *кадавертином* (аналог трупного яда), *путресцином*, *гистамином*, *тирамином* (вызывает развитие стойкой гипертензии с поражением почек).

Издревле известна болезнь сборщиков хмеля, приводившая к возбуждению, судорогам, галлюцинациям, выкидышам, бесплодию. ►





Отличительные проявления пивного алкоголизма:

- постоянный и интенсивный характер патологического влечения к пиву и алкоголю;

- стремительный рост толерантности к алкоголю, употребляется все большее количество пива;

- частая запойная форма;

- быстрое развитие абстинентного синдрома (похмелье);

- долго сохраняются нравственно-этические свойства личности, больной и окружающие не подозревают, что он болен алкоголизмом. Сначала появляются соматические проблемы, с которыми больной обращается за помощью к врачам других специальностей.

Кстати, солод готовят под воздействием окислов азота, а именно нитрозодиметиламина - сильнейшего канцерогена, вызывающего рак молочной железы у женщин и рак толстого кишечника независимо от пола.

Модное в последнее время «живое пиво» готовят при помощи диких дрожжей, влияние которых на организм до конца еще не изучено.

Вообще, **по вредности пиво можно сравнить с самогонем**, так как после брожения в пиве также остаются неочищенными альдегиды, сивушные масла, метанол, эфирные масла и кадавертин. К тому же, чтобы пиво долго не портилось, **в него добавляют стабилизаторы пены** - до последнего времени это печально известный **хлорид кобальта** (твердый серебристый металл, яд общетоксического действия, 1-й класс опасности). Предельно допустимые концентрации кобальта в разных сортах пива превышены в 10 раз и вызывают кобальтовую кардиомиопатию со смертельным исходом, а также, накапливаясь в организме, вызывают поражения щитовидной железы, нервных окончаний, кроветворения, легких и т.д.

- Все вышеописанное похоже на проявление алкоголизма...

- Безусловно, механизмы токсического действия этилового спирта и других компонентов пива взаимосвязаны. **Пиво - наиболее предпочтительный напиток для формирования синдрома алкогольной зависимости.** И более высок риск развития пивного алкоголизма по сравнению с алкоголизмом, вызванным другими видами спиртных напитков. Так, среди возрастной группы 20-30 лет 55% -

это потребители пива, а 14% - потребители водки.

Бельгийские авторы ставят под сомнение безопасность даже умеренного потребления пива, так как это неизбежно **отражается на гормональном статусе мужчин и женщин.** У мужчин и женщин, больных пивным алкоголизмом, достоверно чаще **возникают симптомы сексуальной эндокринопатии** (гинекомастия, снижение либидо, фригидность). Также установлено, что **соматическая патология у больных пивным алкоголизмом** (алкогольная болезнь печени, кардиомиопатия с рентгенологическими признаками кардиомегалии, гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение у мужчин и дефицит массы тела у женщин, отечность кожных покровов лица и гиперемия, гипергидроз, телеангиоэктоазии и т.д.) **появляется на самых ранних этапах заболевания**, нередко опережая психопатологические расстройства.

Из года в год уменьшается население в России, так как **каждая седьмая** (а в настоящее время - уже каждая пятая!) **семья бесплодна. Специалисты особенно беспокоит репродуктивное здоровье мужчин.** С 2000 по 2002 год проводилось исследование в Башкирии и выяснилось, что у 88% юношей от 16 до 20 лет, которые выпивали не менее двух бутылок пива в день, выявлены нарушения репродуктивной функции. Прежде всего, здесь «виноват» спирт, который уменьшает способность организма вырабатывать половые клетки. Далее - диоксины, так как делают пиво из растительного сырья, консерванты, добавляемые для сохранности пива. А еще - хмель с содержащимися в нем фитоэстрогенами, благодаря которым мужчины становятся похожи на женщину (даже внешне - появляются грудь и живот), а у женщин они усиливают влияние тестостерона, и женщина «превращается в мужчину»: худеет, грубеет голос, появляются усы.

- То есть пиво «стреляет» как по мужчинам, так и по женщинам?

- «Благодаря» пиву у человека **страдает способность зачать и родить здоровых детей.** Возникает мужское и женское бесплодие. Организм женщины более чувствителен к алкоголю, так как жидкости в организме женщины меньше, чем у мужчин, поэтому концентрация алкоголя в крови более высока. К тому же у женщин,



по сравнению с мужчинами, более низкая активность гастритической алкогольдегидрогеназы, поэтому алкоголь сразу попадает в кровь. Более выраженное изменение метаболизма у женщин приводит к изменениям на молекулярном и клеточном уровнях, что проявляется повышенной восприимчивостью к токсическому действию алкоголя.

По мнению московских ученых, в настоящее время **употребляют алкоголь более трети женщин репродуктивного возраста, причем 14-20% из них - беременные.** Давно уже установлено, что систематическое употребление алкогольных напитков, в том числе и слабоалкогольных, в большинстве случаев ведет к высоким рискам перинатальной смертности плода, патологическому течению беременности и родов, вызывает развитие фетального алкогольного синдрома или алкогольного синдрома плода и множественным порокам развития плода. Среди прочих патологий следует выделить врожденные пороки сердца (чаще септальные (перегородочные) дефекты, незаращение артериального протока и др.). Типичны также пороки развития у детей верхних и нижних конечностей, суставов, диафрагмальные грыжи, гидронефроз, гипоспадия, аномалия половых органов, микроцефалия, удлинение лица, уплощение затылка, большой рот и т.д.

В Алтайском крае в период с 2010 по 2012гг. проведено **исследование по выявлению влияния токсических факторов риска на развитие врожденных пороков сердца.** Руководителем исследования является профессор, доктор медицинских наук, председатель Кардиологического научно-общественного общества, член Общественной палаты Алтайского края **Галина Александровна ЧУМАКОВА.**

Целью исследования явилось изучение влияния различных токсических факторов на развитие врожденных пороков сердца (ВПС). Актуальностью темы исследования послужило то, что врожденные пороки сердца - одни из самых распространенных врожденных аномалий у детей (30% всех пороков развития).

Количество впервые выявленных случаев ВПС у детей увеличилось на **34,9%**, у подростков - на **7,1%** за последние 10 лет. Среди причин инвалидности третье место принадлежит врожденным аномалиям, **28%** - приходится на ВПС. В динамике коэффициента



смертности детей от 0 до 14 лет от болезней сердечно-сосудистой системы отмечается увеличение этого показателя с 0,13 в 1991 году до 0,21 в 2006 году.

В нашем исследовании было проведено анкетирование среди родителей детей с врожденными пороками сердца для выявления влияния токсических факторов риска на рождение детей с врожденной патологией сердца. Данные анкетирования показали, что **влияние таких токсических факторов, как чрезмерное употребление пива, сказывается на рождении детей с врожденными пороками сердца.** Также нами статистически достоверно доказано, что у детей с врожденными пороками сердца, родители которых злоупотребляли приемом пива, **изменен микроэлементарный состав волос.** Были выявлены микроэлементозы, дисбаланс микроэлементов, снижение состава эссенциальных и увеличение состава токсических микроэлементов, что впоследствии могло привести к патологическим изменениям - формированию врожденной патологии.

Актуальность данной проблемы очевидна. По данным ВОЗ, употребление 8л чистого алкоголя в год на человека - это катастрофа для страны и нации, когда наступает полное вырождение народа. В России употребление чистого алкоголя в год составляет 25л на человека, включая всех младенцев и стариков (для примера: в Китае употребляют 50г чистого алкоголя на человека в год).

Закончить хочется словами главного санитарного врача России Геннадия Онищенко: «Не СПИД, не туберкулез погубят Россию, а пивной алкоголизм среди юного населения». Лучше и не скажешь. ☺

Датские врачи указывают на риск возникновения у любителей пива раннего цирроза печени, сиалоза (билатеральное набухание околушных желез вследствие полинейропатии). По данным южноафриканских исследователей, у них повышается риск развития рака пищевода, а также атрофия желтого пятна сетчатки. Исследования шведских авторов показали наличие зависимости между объемом потребления пива и риском возникновения эпителиального рака яичников у женщин из-за наличия в нем канцерогенных нитрозаминов.



Фестиваль «Сердце для жизни»

Татьяна Николаевна ИВАНОВА,
преподаватель
фармакологии КГБОУ
СПО «Барнаульский
базовый медицинский
колледж»

**Милосердие,
сердечность - эти
лучшие
человеческие
качества идут от
сердца. Жизнь
человека -
бесценный дар,
уникальный и
неповторимый.
Чтобы
наслаждаться
полнотой жизни,
каждый из нас
нуждается в
здоровом сердце.**

В рамках **Всемирного дня здорового сердца** преподаватели цикловой комиссии общепрофессиональных дисциплин и студенты Барнаульского базового медицинского колледжа 9 октября 2012 года провели **фестиваль «Сердце для жизни»**.

«Я сердцу в организме преклоняюсь, не зря о сердце пишут и поют...» - эти строки из оды «О сердце» выпускницы 2003 года фельдшера **Елизаветы КОРМАКОВОЙ** напомнили всем, что людей сближают сердечная теплота, искренняя доброжелательность.



Сердце может быть нежным, пламенным, открытым, отважным, чутким, а еще шелковым, радостным, воздушным, сладким... Не удивляйтесь - именно с такими творческими работами пришли на фестиваль первокурсники.

А как заботиться о сердце? Как снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний? Участники фестива-



ля не только увидели зажигательный флэш-моб «На зарядку становись!», услышали песенное попурри о сердце, ответили на вопросы увлекательной викторины, проверили с помощью экспресс-теста состояние своей сердечно-сосудистой системы, но и запомнили **четыре простых правила, которым необходимо следовать в повседневной жизни, чтобы избежать болезней сердца и сосудов:**

- ◆ не допускайте курения в доме, а еще лучше - откажитесь от курения;
- ◆ придерживайтесь принципов здорового питания;
- ◆ поощряйте физическую активность;
- ◆ знайте свои цифры артериального давления, уровня глюкозы и холестерина.

Легкий, с аппетитной хрустящей корочкой и нежным неповторимым ароматом - такой хлеб привезли на фестиваль специалисты барнаульского хлебозавода №4. Они не только рассказали о хлебе «Здоровое сердце», но и угостили всех участников фестиваля хлебом овсяным, «Иммуно-злак», «Биоюд». Гостям очень понравилось творчество студентов, а студентам-медикам - их вкусная, здоровая и полезная продукция.

Пусть ваши сердца и сердца ваших близких остаются здоровыми! С праздником Сердца! 🍷



Открытость, доступность, информированность

11-13 октября 2012г. в Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский форум Ассоциации медицинских сестер России в честь 20-летия Российской ассоциации медицинских сестер под девизом: «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность».

В работе Форума приняли участие **836** делегатов из **53** регионов России, специалисты республик СНГ и других стран (США, Швеции, Норвегии, Дании, Исландии), руководители МЗ РФ, ВОЗ и МСМ.

Приняли участие в работе Форума и делегаты нашей Ассоциации: **Лариса Алексеевна ПЛИГИНА**, президент АРОО «ПАСМР»; **Галина Матвеевна МАЛИНОВСКАЯ**, вице-президент АРОО «ПАСМР»; **Екатерина Васильевна ХОХЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Романовская ЦРБ»; **Татьяна Михайловна ЧЕМЕЗОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Рубцовский клиничко-диагностический центр»; **Наталья Викторовна ЛОСЕВА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Завьяловская ЦРБ»; **Елена Викторовна КОТЕЛЬНИКОВА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»; **Надежда Дмитриевна УСТИНОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская детская больница, г.Бийск»; **Светлана Анатольевна ЕКИМОВА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №3, г.Барнаул»; **Валентина Ивановна СУББОТИНА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»; **Любовь Александровна УФИМСКАЯ**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Торжественное открытие Форума было театрализованным: ведущие вышли в костюмах времен Петра I.

Персонаж в образе Петра Великого обратился к участникам Форума с благодарностью за тяжелый и важный их труд и произнес слова напутствия.

Парад региональных ассоциаций в лице президента и делегата в национальном костюме региона представили все ассоциации. Костюм - старожил Алтайского края представляла Н.В. Лосева. Все присутствующие отметили красоту и стильность наряда, который нам помогла подобрать руководитель Фольклорного союза Алтайского края **Наталья Сергеевна НАУМЕНКО**.

Валентина Антоновна САРКИСОВА, президент РАМС, вице-президент Европейского Форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, в своем выступлении осветила исторические этапы развития РАМС, миссия которой заключается в формировании будущего сестринской профессии. Хочется озвучить ключевые моменты из ее выступления.



Лариса Алексеевна ПЛИГИНА, президент АРОО «Профессиональная Ассоциация средних медицинских работников»





Одна из основных задач Ассоциации - подготовка лидеров сестринского дела - актуальна во все времена. С этой целью в 1999-2005гг. реализован российско-шведский проект «Смелое начало» (АРОО ПАСМР), работая в этом Проекте, проводила российско-шведский семинар со 2 по 4 апреля 2003г., на котором обучались 75 главных сестер ЛПУ городов и районов края).

Затем с 2007 по 2010 и в период 2011-2014гг., то есть в два этапа, по настоящее время проходит Проект с Международным советом медицинских сестер «Лидерство в переговорах».

- В 1992 году в российском здравоохранении стартовал российско-американский проект «Новые сестры для новой России». В октябре 1992г. состоялся семинар проекта в г. Голицыно Московской области, на котором участниками семинара создавался и принимался Устав Межрегиональной ассоциации медицинских сестер.

Мне посчастливилось быть на этом семинаре и участвовать в исторически уникальном событии создания в России первой общественной организации медсестер.

Одной из главных задач Ассоциации было **создать медицинскую сестру новой формации**, которая способна квалифицированно: выполнять назначения; обучать пациентов; соблюдать этические нормы; непрерывно профессионально развиваться.

Среди основных достижений Ассоциации за этот период можно назвать создание: стандартов сестринской практики; сборников тестовых заданий по аттестации и сертификации; технологий выполнения простых медицинских услуг; методических рекомендаций для специализированных служб. Все это способствовало формированию нового взгляда на медсестру.

Приказ Президента РФ Б.Н. Ельцина о проведении I Всероссийского съезда средних медицинских работников (Санкт-Петербург, 1998г.) и непрерывное сотрудничество с МЗ РФ позволили Ассоциации впервые провести это полномасштабное мероприятие.

В тот же период был издан Приказ МЗ РФ №390 о введении долж-

ности главного специалиста по сестринскому делу в регионах; разработаны и утверждены Программа развития сестринского дела, Этический кодекс медицинской сестры России.

Ассоциация медицинских сестер России призывает Министерство здравоохранения, главного специалиста по сестринскому делу МЗ РФ:

- *принять ответственность* по утверждению и выполнению Программы развития сестринского дела;

- *осуществлять политику* с учетом решений, утвержденных всероссийскими конференциями специалистов;

а также признать, что:

- *сестринское дело является* важнейшей составляющей процесса оказания медико-социальной помощи населению РФ;

- *результаты оказания* сестринской помощи могут быть приумножены в итоге концептуального определения роли сестринского дела;

- *решение кадрового кризиса* в области возможно только за счет комплексных мер поддержки отрасли, незамедлительных шагов к повышению престижа сестринской профессии;

- *Ассоциация медицинских сестер России заслужила право* рассматриваться в качестве партнера по обсуждению и выработке решений актуальных проблем сестринского дела.

Были определены основные проблемы сестринского дела, требующие незамедлительного решения на государственном уровне:

- *отсутствие системного подхода* к развитию образования и поддержке исследований;

- *высокие профессиональные риски*, неудовлетворительный уровень безопасности на рабочих местах;

- *отсутствие единой системы оплаты труда*, в связи с чем заработная плата сестринского персонала на 30% ниже общедолевого уровня оплаты труда;

- *дефицит сестринских и педагогических кадров*, низкая конкурентоспособность здравоохранения на рынке труда;

- *Приказ МЗ РФ о допуске студентов медицинских вузов к работе* в должностях сестринского персонала по окончании 3-го курса.



Следует привлечь внимание руководителей здравоохранения к Мюнхенской декларации от 17 июня 2000г., которая **призывает руководящие органы в Европейском регионе ВОЗ усилить свои действия по укреплению сестринского и акушерского дела посредством:**

- обеспечения участия медицинских сестер и акушерок в процессе принятия решений на всех уровнях разработки и реализации политики здравоохранения;

- решения существующих проблем, в частности, в таких областях, как кадровая политика, обеспечение равных возможностей для женщин и мужчин, низкий статус медсестер и акушерок при доминирующей роли врачей;

- обеспечения возможностей для служебного роста и создания соответствующих финансовых стимулов;

- совершенствования системы базового и непрерывного профессионального образования и обеспечение доступа к высшему сестринскому и акушерскому образованию.

Ассоциация медицинских сестер России предлагает участникам Форума обратиться в адрес Министерства здравоохранения с предложениями:

- утвердить Программу развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 года;

- поддержать создание концептуальной модели сестринского дела;

- привлечь Ассоциацию к созданию и обсуждению нормативно-правовых документов МЗ РФ, связанных с сестринским делом;

- повышать престиж профессии медицинской сестры, фельдшера и акушерки, придать Всероссийскому конкурсу статус государственного;

- развивать законодательство в области страхования профессиональной ответственности и профессиональных рисков медицинских работников;

- реализовать меры по формированию адекватной вертикали управления сестринским делом;

- законодательно закрепить развитие накопительной системы последипломного образования, других инновационных форм подготовки кадров.

Ассоциация медицинских сестер России призывает региональные отделения:



- поддержать развитие общественного движения в регионах и на местах;

- содействовать научным исследованиям медицинских сестер;

- содействовать накопительной системе повышения квалификации;

- оперативно вырабатывать меры по решению проблем профессии;

- участвовать в реализации Программы развития сестринского дела;

- вести дальнейшую разработку профессиональных стандартов.

В выступлении **Галины Михайловны ПЕРФИЛЬЕВОЙ**, д.м.н., руководителя Программы «Кадровые ресурсы для здравоохранения» Европейского регионального офиса ВОЗ, были озвучены результаты опроса медицинских сестер. Так, все опрошенные ответили, что их профессиональная деятельность составляет всего 20%, остальная же не требует квалификации. В течение смены медсестры не успевают выполнить весь объем профессиональных заданий, выполняя несвойственные функции. Медсестрам не хватает знаний около 20% от общей работы, которую они выполняют, и в то же время более высокий уровень знаний и компетенций во время работы не востребованы. В ответах часто отмечены как неумение работать в команде, присутствие профессионального сепаратизма (разобщения специалистов профессиональных групп во взаимодействии),

В выступлениях докладчиков и во время обсуждений еще раз были обозначены острые проблемы здравоохранения:

- кадровый кризис

- это не локальная, а государственная проблема, и главная причина заключается в несправедливом распределении заработной платы в связи с неадекватной системой оплаты труда;

- низкий социальный статус медицинских работников в обществе и непрестижность сестринской профессии.

Все это приводит к профессиональному самовыгоранию, отсутствию мотивации на активную деятельность и стремление к переменам.



◀ так и существование дисбаланса между «чему научили» и «что требуют время и пациенты».

Для исправления этой ситуации необходимо:

- *нарастить масштабы* подготовки кадров;
- *создать механизмы* правового регулирования;
- *укрепить* лидерство;
- *пересмотреть* профессиональные роли и совокупность умений;
- *улучшить* планирование и менеджмент персонала;
- *обеспечить* доказательную и качественную практику;
- *необходимо обучение и готовность* квалифицированных специалистов к автономной сестринской, педагогической, административной, социальной и исследовательской деятельности;
- *обосновать* уникальность профессии;
- *повысить* престиж профессии.

На сегодня в российском здравоохранении среди специалистов с ВСО более 100 человек - кандидаты медицинских наук, два доктора медицинских наук.

На Форуме состоялось награждение активных членов региональных ассоциаций. Почетным знаком «За верность профессии» награждена Елена Викторовна КОТЕЛЬНИКОВА, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

Контактный телефон
Алтайской
региональной
профессиональной
Ассоциации средних
медицинских
работников:
(8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru
сайт: www.pasmr.ru

Говорят делегаты Форума

Любовь Александровна УФИМСКАЯ, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»:

- Впечатлило торжественное открытие Форума, Парад ассоциаций в национальных костюмах своего региона. Но Форум - это не только праздник, но и подведение итогов 20-летней работы РАМС, а также это открытый диалог с представителями органов управления здравоохранением.

Наиболее значимые решения в здравоохранении спускаются сверху вниз, без особого принятия в расчет интересов, знаний и опыта, накопленных профессиональным сообществом. Ассоциация прилагает все усилия, чтобы эту ситуацию переломить. Необходимо добиваться продвижения сестринской профессии к автономии, независимости, совершенству, стремиться к защите профессиональных и социально-экономических интересов специалистов, представлять их интересы на уровне региона, страны, международной арене, а также расширять доступ к образованию, совершенствованию сестринской практики.

Конечно, смело комментировать реальное положение дел на местах может себе позволить только истинный и равнодушный профессионал, лидер сестринской профессии. **Лидер - это фундаментальный ресурс будущего, которого поддерживает и защищает Ассоциация.**

Низкая оплата труда, дефицит кадров, недостаточная оснащенность средствами малой механизации, недоступность высшего образования, а также права на его реализацию, отсутствие координации и поддержки при проведении сестринских исследований, пробелы в стандартизации сестринской практики, «затыкание дыр» в штатном расписании студентами, адекватная нагрузка на медицинский персонал, вызов политике тендеров как вызов дешевизне в ущерб безопасности и качеству, - это неполный круг вопросов, которые обсуждались на Форуме. И, конечно, именно здесь была **предоставлена уникальная возможность учиться у лидеров - настоящих профессионалов, - как анализировать, прогнозировать и принимать решения, учиться мастерству дипломатии в переговорах с руководством здравоохранения, специалистами образования и науки.**

За два дня пленарных заседаний было прочитано большое количество докладов, проведены мастер-классы, **организована работа в секциях:** «Операционное дело», «Сестринское дело в неонатологии», «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Профессиональное образование», «Сестринское дело в эндоскопии», «Сестринское дело в педиатрии», «Сестринское дело в психиатрии», «Сестринское дело во фтизиатрии», «Анестезиология и реанимация», «Исследования в сестринском деле», «Первичное здравоохранение», «Управление и организация в сестринском деле».

Особое удовлетворение вызвала работа в секциях. Неформальное общение участников, совместное обсуждение наиболее значимых вопросов профессиональной деятельности, обмен знаниями и опытом - играют позитивную роль в оказании качественной помощи пациентам, а также в объединении специалистов с высшим сестринским и средним профессиональным образованием для решения насущных проблем. **Целью постоянной работы в секциях является создание команды единомышленников и профессионалов, готовых выносить на обсуждение свои идеи, откликаться и участвовать в непрерывной профессиональной дискуссии.** Сейчас виртуальное пространство и современные средства связи этому способствуют.

Завершился Форум церемонией награждения почетными грамотами МЗ РФ, значком «Отличник здравоохранения», награждением почетными грамотами и благодарностями Ассоциации, подведением итогов работы в секциях, Форума и утверждением Резолюции. Мои ожидания от Форума оправдались, думаю, делегаты получили достаточно информации о новых формах работы, инновациях в профессии, были озвучены проблемы отрасли, состоялось их активное обсуждение.

Членство в Ассоциации, которое делает возможным участие в мероприятиях такого плана, как этот Форум, заставляет постоянно учиться, двигаться вперед и профессионально расти. ☺



Гипогликемия и гипергликемия



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»

Гипогликемия («гипо-» - низкий, «-глик-» - сахар, «-емия» - крови) - это состояние, когда уровень глюкозы в крови внезапно становится ниже 3,3 ммоль/л.

Это очень серьезное, опасное состояние, которое требует быстрой и правильной помощи. Чем продолжительнее гипогликемия, тем сильнее страдают жизненно важные органы, особенно кровеносные сосуды и мозг.

ЗАНЯТИЕ 5

Причинами гипогликемии могут стать:

- было съедено недостаточное количество углеводов;
- пропущен дополнительный прием пищи;
- задержка или смещение приемов пищи.

Информация о падении уровня глюкозы в крови сразу же поступает в головной мозг, который, в свою очередь, посылает **сигналы о необходимости принятия экстренных мер.**

Во-первых, в кровь выделяются контринсулярные гормоны (глюкагон, адреналин, норадреналин, соматотропный гормон, кортизол). Они обладают противоположным по отношению к инсулину действием, способствуют повышению уровня глюкозы в крови.

Во-вторых, из печени и мышц в кровь поступает глюкоза, которая запаслась в виде гликогена. Этот механизм также способствует восстановлению уровня сахара в крови.

Симптомы гипогликемии

Ранние: дрожь в руках и теле, озноб, потливость, чувство голода, слабость, учащенное сердцебиение, покалывание, онемение губ и кончика языка, чувство страха, головокружение, изменение настроения, бледность кожных покровов.

Промежуточные: нарушение координации движений, двоение в глазах, головная боль, затруднение речи, агрессивность, заторможенное сознание.

Поздние: потеря сознания, судороги, кома.

Гипогликемическая симптоматика очень вариабельна как по набору симптомов, так и по выраженности. Име-

ет значение индивидуальный характер реагирования на гипогликемию.

Что делать?

При гипосостоянии нужно быстро съесть легкоусвояемые углеводы: 3-4 кусочка сахара, 0,5ст. фруктового сока, 2ч.л. меда, 2-3 карамельные конфеты. Если через 10-15 минут улучшение не наступило, повторить эту процедуру еще раз.

Для лечения гипогликемии можно использовать глюкагон:

- набрать в шприц растворитель;
- ввести растворитель во флакон с гормоном;
- подождать несколько секунд, пока жидкость во флаконе не станет однородной;
- набрать в шприц все содержимое флакона;
- ввести подкожно, как инсулин (можно в бедро, предплечье, ягодицу).

Глюкагон в течение 10-15 минут поднимет уровень глюкозы в крови, после его введения нужно что-нибудь съесть, так как глюкагон завершает свое действие быстро.

Частые причины возникновения гипогликемии

- прием алкоголя или лекарственных препаратов, способствующих снижению уровня гликемии;
- чрезмерная физическая нагрузка (занятия спортом или интенсивная работа);
- передозировка инсулина или таблетированных сахароснижающих препаратов;
- нарушение режима питания: потребление недостаточного количества



Жизнь с сахарным диабетом»

углеводов или с большим опозданием.

Помните! Можно предупредить развитие гипогликемии!

Лечение гипогликемии

- Принять легкоусвояемые углеводы: сахар, карамель, стакан фруктового сока, лимонада, кока-колы.

- Никогда не давайте пациенту с нарушением сознания пить.

- В случае тяжелой гипогликемии необходимо вызвать врача, он сделает инъекцию глюкозы.

- В случае потери сознания помощь могут оказать люди, находящиеся рядом.

- Всегда имейте при себе несколько кусочков сахара, глюкагон и индивидуальную карточку диабетика.

Гипергликемия.

Кетоацидоз

Гипергликемия («гипер-» - высокий, «-глик-» - сахар, «-емия» - кровь) - это состояние, при котором уровень глюкозы в крови превышает 10 ммоль/л.

Причины гипергликемии:

- недостаточное количество сахароснижающих таблеток или инсулина;
- переедание;
- инфекция;
- обострение хронических заболеваний;
- хирургические вмешательства;
- травмы;
- стресс;
- малоподвижный образ жизни;
- некоторые медикаментозные препараты;
- состояние после гипогликемии.

Что происходит при гипергликемии?

Когда в крови постоянно повышенный уровень сахара, следовательно, он не поступает в клетки органов и выводится с мочой. Клетки все время недополучают необходимого «топлива» и, значит, «голодают», не могут полностью работать. Однако они начинают добывать энергию альтернативным путем и извлекают ее из жиров -

долговременных «энергетических депо». Поэтому при длительной декомпенсации вы можете худеть.

Жир перерабатывается в энергию с образованием остаточных токсических продуктов - кетоновых тел. Они накапливаются в крови, а в дальнейшем выделяются с мочой, давая положительную реакцию на ацетон. Если изо рта есть запах ацетона или «моченых яблок» - это один из признаков **кетоацидоза (характерное осложнение декомпенсированного сахарного диабета первого типа).**

Симптомы

гипергликемии

Ранние: жажда, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, сухость во рту, зуд кожи, промежуточные.

Специфические симптомы кетоацидоза: специфический запах ацетона изо рта; боли в животе; отсутствие аппетита, тошнота, рвота; наличие ацетона в моче.

Поздние: заторможенное сознание; специфическое дыхание; потеря сознания (кома).

Мочу на кетоновые тела необходимо исследовать при повышении сахара в крови до 13-14 ммоль/л, во время воспалительных заболеваний и при повышении температуры.

Что делать?

- Устранить причины повышения уровня глюкозы в крови.
- Увеличить объем потребляемой жидкости.
- Увеличить потребление быстродействующих углеводов, которые легко попадут в клетки и дадут организму необходимое количество энергии.
- Изменить дозу инсулина.
- При кетоацидозе больной подлежит обязательной госпитализации в стационар!

Существует ряд правил в изменении дозирования инсулина в зависимости от ситуации. Следует напомнить, что изменять дозы инсулина, не имея средств самоконтроля, нельзя. Вы постоянно должны контролировать уровень сахара в крови не реже ▶

Всемирный день борьбы с диабетом (14 ноября) был введен в 1991 году Международной диабетической федерацией и ВОЗ в ответ на угрозу возрастания заболеваемости диабетом во всем мире. С 2007 года этот день проводится под эгидой ООН.



В январе 1922 года канадский ученый **Фредерик Бантинг** (именно его день рождения был выбран для увековечивания его заслуг) впервые в истории спас жизнь, сделав инъекцию инсулина 14-летнему мальчику, страдавшему тяжелой ювенильной формой сахарного диабета. Позже Бантинг передает все права университету Торонто. И в дальнейшем права на производство инсулина перешли к Канадскому совету по медицинским исследованиям. Так в конце 1922 года на рынке лекарств появился новый препарат.

Открытие Фредерика Бантинга и его коллеги **Чарльза Беста** спасло жизнь миллионам людей. И хотя сахарный диабет и по сей день неизлечим, благодаря инсулину люди научились держать эту болезнь под контролем.

В 1923 году, признавая первое великое достижение XX века в области биохимии и медицины, Бантингу и Маклеоду была присуждена Нобелевская премия. Заслуги Беста были проигнорированы, что чрезвычайно задело Бантинга, и он добровольно вручил половину своей Нобелевской премии Бесту.



◀ 3-4 раз в сутки. Только при такой частоте измерения уровня сахара в крови можно избежать осложнений.

Делать измерения надо непосредственно перед приемом пищи, а также в случаях плохого самочувствия.

Повышение уровня сахара можно предотвратить, если помнить об этих причинах и изменять дозировки инсулина до того, как уровень сахара в крови выйдет за пределы нормы. Например, если вы по каким-то причинам пропускаете ежедневную тренировку в бассейне, то вам необходимо учесть это и увеличить дозировку инсулина заранее, а не тогда, когда сахар в крови повысится.

Для ситуаций, когда сахар в крови все-таки повысился, существуют определенные правила.

Ацетон появляется в крови и моче тогда, когда уровень сахара в крови повышается до 13-14 ммоль/л или в моче обнаруживается 3% сахара. При получении таких показателей вы обязательно должны проверить мочу на содержание в ней ацетона. Нужно помнить, что в моче может определяться и «голодный» ацетон - после гипогликемии. В этом случае инсулин вводить нельзя.

Температура тела повышается при многих заболеваниях. Если вы заметили у себя повышение температуры тела, немедленно определите уровень сахара в крови. При высокой температуре уровень сахара в крови быстро повышается, может даже появиться ацетон. Если вы обнаружили у себя повышение температуры, то необходимо сразу проконтролировать сахар крови и мочу на ацетон, при высокой гипергликемии обязательно обратиться к врачу.

Вы должны регулировать поступление инсулина в кровь и при помощи *смены мест инъекций*: если сахар высокий, то укол надо сделать в живот, откуда инсулин быстрее всасывается в кровь. Если уровень сахара перед едой низок, то инсулин лучше сделать в бедро, откуда он всасывается медленнее.

Главный критерий изменения дозировок инсулина - регулярный ежедневный неоднократный самоконтроль уровня сахара в крови. Если вы не измеряете уровень сахара в крови, изменять дозировки инсулина нельзя! ☹

Продолжение следует



Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012

Семья ПЕТРОВЫХ из с. Мельниково Новичихинского района. Основательницей и главной хранительницей большой и трудолюбивой семьи теперь остается мама - **Анна Филипповна**. Вместе с мужем **Иваном Тимофеевичем** (он ушел из жизни после тяжелой болезни) они вырастили и достойно воспитали четырех дочерей. Сейчас династия Петровых насчитывает 20 человек: мама, дочери, зятя, восемь внуков, четыре правнука.



Началась история этой большой и дружной семьи в 1954 году. Вскоре появились дочки: **Ирина, Татьяна, Мария, Галина**. Анна Филипповна всю жизнь работала бухгалтером в совхозе, а дома - бесконечные заботы о муже и дочках. Иван Тимофеевич освоил всю технику, хозяином он тоже был замечательным. Девочки всегда были аккуратны и послушны, хорошо учились в школе, так что краснеть за их воспитание родителям не приходилось.

Старшая дочь Ирина продолжила традиции своей многолетней семьи: вместе с мужем Виктором Малявиным родили четверых детей. Это крепкая и дружная семья, уже четвертый десяток живут вместе. Ирина Ивановна сейчас - член Совета ветеранов, вместе с кружком цветоводов ухаживает за цветами на центральной площади села.

Татьяна стала успешным педагогом. Живет в Бердске. Она - образец сосредоточенности и серьезности. Всю душу вложила в работу и воспитание дочери Ирины: та тоже стала педагогом, руководит молодежным движением в городе, является Почетным жителем города.

Третья дочь Маша - приветливая и улыбающаяся девушка. Участвовала в художественной самодеятельности, работала в детском саду. С мужем Николаем Натаровым очень хорошо ладят в жизни, возникшие проблемы решают сообща. Воспитали двух сыновей, радуются подрастающей внучке.

Галина - самая младшая в семье Петровых. Сейчас она - заведующая школьной столовой. Каждый уголок двора дома ухожен ее умелыми руками и руками ее дорогих мужчин: мужа Виктора Литвиненко и сына. Не за горой то время, когда Галина с супругом станут бабушкой и дедушкой, а Анна Филипповна - в очередной раз прабабушкой.

Отличительная черта всех поколений Петровых - крепкая дружба и взаимопомощь. Дети от родителей взяли главный задел - трудолюбие и целеустремленность. А еще они знают, что в трудную минуту не останутся в одиночестве.





Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству

(Окончание. Начало - в №№9 (117), 10 (118))

Ожирение рассматривают как неинфекционную эпидемию, в связи с его широким распространением среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертностью.

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

Критерии метаболического синдрома

◆ **Окружность талии** у женщин - более 80см. Окружность талии у мужчин - более 94см.

Определение Индекса массы тела (ИМТ) = Массу тела (кг) разделить на рост (м²).

По данному показателю можно определить ожирение и его степень (см.таблицу).

Основные принципы лечения метаболического синдрома

Терапия метаболического синдрома основана, прежде всего, на устранении или уменьшении причин его возникновения. Естественно, корректировке поддаются только факторы образа жизни; в первую очередь речь идет о **снижении веса**.

Снижение показателей артериального давления тесно связано с уменьшением объема жира в области живота.

Большое клиническое значение имеет тот фактор, что при уменьшении объема абдоминального жира на животе уменьшается мышечная масса (объем) левого желудочка. Данный эффект является следствием не только снижения артериального давления, но и уменьшения объема крови.

Уменьшение количества потребляемой пищи приводит к уменьшению объема левого желудочка в большей степени, чем это достигается при проведении антигипертензивной терапии.

Классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997)

| Тип массы тела | ИМТ | Риск сопутствующих заболеваний |
|--------------------------------------|------------|--|
| Дефицит массы тела | <18,5 | Низкий (повышен риск других заболеваний) |
| Нормальная масса тела | 18,5-24,9 | Обычный |
| Избыточная масса тела (предожирение) | 25,0-29,9 | Повышенный |
| Ожирение I степени | <30,0-34,9 | Высокий |
| Ожирение II степени | <35,0-39,9 | Очень высокий |
| Ожирение III степени | >40 | Чрезвычайно высокий |

◆ **Артериальная гипертензия:** повышение артериального давления более 140/90мм.рт.ст.

◆ **Снижение концентрации холестерина:** липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) менее 1,0ммоль/л - у мужчин; менее 1,2ммоль/л - у женщин.

◆ **Повышение содержания холестерина:** липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более 3,0 ммоль/л.

◆ **Гипергликемия натощак:** глюкоза в плазме крови натощак - более 6,1ммоль/л. НГТ (нарушение толерантности к глюкозе): глюкоза плазмы крови через 2 часа после глюкозотолерантного теста - более 7,8, но менее 11,1ммоль/л.

Кроме того, **важным является уменьшение потребления алкоголя, прекращение курения, уменьшение потребления пищи с высоким содержанием насыщенных жирных кислот и включение в рацион продуктов, богатых ненасыщенными жирными кислотами, и рыбьего жира.** Важное значение имеет **уменьшение потребления общего объема пищи, увеличение физической активности, а также лечение ожирения.** Наибольший эффект достигается в результате **изменения образа жизни, преимущественно за счет снижения веса.**

Что касается медикаментозной терапии, то здесь существуют различные точки зрения.



▶ Потребление пищи в меньшем объеме

В настоящее время хорошо изучено влияние уменьшения количества потребляемой пищи на параметры метаболического синдрома.

Для снижения веса на 5-10% от исходного (обычная терапевтическая задача) необходимо обеспечить энергетический дефицит в размере 500-800ккал в сутки в течение длительного времени. Для этого рекомендуется прием комбинированной пищи, энергетическая ценность которой составляет примерно 1200-2000ккал в сутки в зависимости от расхода энергии для конкретного человека. Рекомендовано уменьшение потребления жиров на 60-80г в сутки. В результате этого режима питания лица с избыточной массой тела теряют в среднем до 4 килограммов.

Если необходима еще большая потеря в весе, то следует уменьшить потребление углеводов или белка. Однако данные меры приводят, как правило, к возникновению чувства голода. Обойти данную проблему можно с помощью сбалансированного питания, с большим количеством белка, что обеспечивает достаточное насыщение. Сбалансированная диета не должна рассматриваться исключительно как питание; замена одного или двух обедов также эффективна и лучше переносится пациентами в течение длительного времени.

Резистентность к инсулину. При уменьшении массы тела одновременно отмечается снижение уровней инсулина, глюкозы в плазме крови, а также количества глюкозы, вырабатываемой в печени, то есть, тех показателей, которые высоки у больных с метаболическим синдромом. В среднем снижение веса на 16,8кг сопровождается увеличением поглощения глюкозы в периферических органах на 135%, а синтез глюкозы в ткани печени снижается на 37 процентов.

Содержание холестерина липопротеинов высокой плотности увеличивается как при медленном снижении веса, так и при постоянном весе после завершения фазы похудения. Однако если снижение массы тела протекает быстро



(>4кг/месяц), то уровень холестерина липопротеинов высокой плотности снижается.

Гипертония. При уменьшении массы тела происходит снижение активации ренин-ангиотензиновой системы и уменьшение активности симпатической нервной системы, а следовательно, снижается артериальное давление.

Терапия с помощью физической активности

Увеличение физической активности оказывает положительное действие на все параметры метаболического синдрома. Эффект достигается, с одной стороны, за счет увеличения расхода энергии и связанного с этим снижения веса. Кроме того, у пациентов с метаболическим синдромом проведение физических тренировок приводит к увеличению чувствительности к инсулину, даже без снижения массы тела. Это означает, что больных с метаболическим синдромом следует лечить не только с помощью диеты, но и с помощью физической активности при условии, что отсутствуют противопоказания. **Повышенная физическая активность оказывает следующее влияние:**

◆ снижение общей жировой массы;

◆ значительное снижение объема жира на животе; у лиц, которые ведут активный образ жизни, объем жира на животе минимальный;

◆ увеличивается плотность капилляров скелетных мышц, потребление глюкозы, активизируется процесс образования гликогена и окисления жирных кислот;

◆ уменьшается процесс образования глюкозы в печени.

Перечисленные выше эффекты можно обнаружить только при большом объеме физических тренировок. Улучшение состояния здоровья при метаболическом синдроме можно констатировать при потреблении пищи, энергетическая ценность которой составляет 1500ккал в неделю; существенного снижения массы тела можно достичь, начиная с 2500ккал в неделю. Больные с метаболическим синдромом должны заниматься спортом как минимум по три-пять часов в неделю или повышать свою повседневную физическую активность.

Медикаментозная терапия

Если у больных с метаболическим синдромом развивается сопутствующее заболевание, то, скорее всего, будет адекватным назначить **комплексную медикаментозную терапию.** Однако проведение медикаментозной терапии наиболее адекватно у больных с метаболическим синдромом, страдающих ожирением. В принципе, можно подумать о назначении такой терапии в том случае, если при изменении образа жизни не удастся добиться снижения веса на 5% в течение трех-шести месяцев. Кроме того, если у больного показатель ИМТ>30 или ИМТ>27, но есть сопутствующая ожирению патология, показана **медикаментозная терапия.**

Ожирение является серьезнейшей проблемой нашего общества, поскольку приводит ко множеству тяжелых заболеваний и в конечном итоге - к ранней смертности. Только грамотный подход врача и больного к данной проблеме поможет победить недуг! ☺

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



Мужчины, будьте здоровы!



Людмила Николаевна ЭРБАС,

психолог высшей квалификационной категории, заведующая отделением по работе с неполной отцовской семьей, КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин»

Психологическое здоровье - это оптимальная работа всех психических структур, необходимых для жизни человека. Это здоровое развитие личности, адекватная реакция человека на те или иные события, здоровое мироощущение и мировосприятие.

Психически здоровые люди ощущают целесообразность своего существования, контролируют свою жизнь, чувствуют поддержку окружающих и сами оказывают помощь людям. При этом **психологическое здоровье - это взаимодействие как отрицательных, так и положительных эмоций и настроений.** Ведь оно зависит не столько от событий, происходящих в жизни человека, сколько от его реакции на них. Люди, пережившие тяжелую психологическую травму, часто одерживают победу над болью, страхом и одиночеством благодаря установке, которую они сами задают своей психике. Поэтому **наличие проблем - еще не признак болезни,** однако неспособность учиться на опыте, стереотипность мышления и поведения свидетельствуют о неблагополучии в эмоциональной сфере.

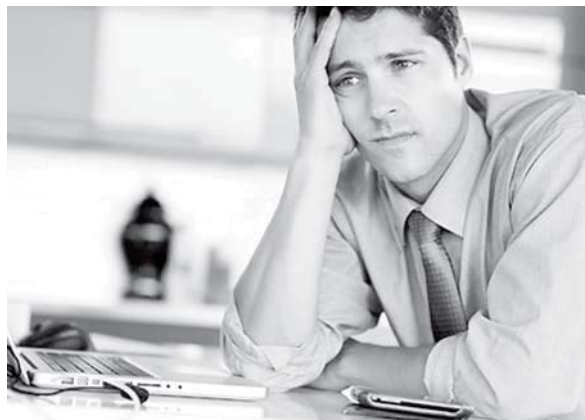
Эволюция приспособила мужской организм к кратковременным высоким эмоционально-психическим нагрузкам (так происходило во время охоты на диких зверей). **Но за такой нагрузкой обязательно должно следовать расслабление.** Если психическая нагрузка носит длительный характер, а релаксация невозможна, здоровье мужчины подвергается опасности. **Организм переключается на высокую скорость работы:** сердце начинает биться чаще, в кровь поступает дополнительный сахар для обеспечения повышенного расхода энергии, зрение обостряется, дыхание становится прерывистым и т.д. Эти и другие изменения немедленно подготавливают организм либо к борьбе, либо к бегству во имя спасения жизни.

Реакция на опасность - прекрасный механизм для спасения жизни, но применять его следует редко и с осторожностью, управляя своими эмоциями. Мощные химические соединения, вырабатываемые организмом в моменты угрозы, могут нанести ему ощутимый вред, если пользоваться включением этой реакции слишком часто или без надлежащей причины. Такой причиной должна быть серьезная опасность: несущийся прямо на вас автомобиль, человек, пытающийся вас ударить, или разъяренный пес. Но что же

значит ненадлежащая причина? Таких причин в принципе нет, просто бывают моменты, не подходящие для задействия подобной реакции, когда, заметив и осознав опасность, мы не в состоянии ни бороться, ни избежать ее. **Организм переключается на высокую скорость, но нам приходится оставаться на месте и принимать все как есть.**

Когда люди жили в пещерах, жизнь была гораздо проще, а разница между опасными и неопасными обстоятельствами - намного четче. Однако сегодня многие ситуации, с которыми сталкиваются мужчины, являются больше раздражающими, нежели пугающими. И, несмотря на это, **они по-прежнему сохраняют способность включать на полную мощность реакцию «борьба или бегство».** И тогда, когда необходимо сохранять чувство собственного достоинства и реагировать достаточно разумно, мужчины, к несчастью, так и норовят бороться и бежать даже при самой незначительной провокации. В результате вырабатывается масса сильнодействующих веществ, не используемых ни для того, ни для другого, и которые, продолжая «вариться в собственном соку», истощают защитные механизмы организма.

В естественных условиях реакция на стресс - напряжение всех сил, путь борьбы. В современном мире мужчина не может адекватно ответить на стрессы: взять меч и пойти драться с неприятелем. **Но в его силах развивать в себе позитивное мышление:** конструктивно подойти к решению жизненных проблем, разнообразить свои интересы, развивать в себе умение выражать свои чувства, бережно относиться к семье и окружающим.





Вот несколько советов, которые помогут мужчинам сохранить благоприятное психологическое состояние.

◆ **Определите цель** и двигайтесь к ней. Но помните: цель должна быть реальной.

◆ **Учитесь строить** и поддерживать позитивные, теплые, доверительные отношения с другими.

◆ **Любите и уважайте себя.** Другими словами - принимайте себя таким, какой вы есть. Отсутствие любви к себе выражается в виде повышенного чувства вины, стыда и злости. Слишком часто мы живем ненастоящей жизнью: ее определяют другие люди, те, под которых мы подстраиваемся и от которых ждем признания. Именно самовосприятие человека остается определяющим компонентом его мотивации и позитивных эмоций. К тому же, принимая себя, человек учится принимать других.

◆ **Умейте проигрывать** и прощать. Активно действуйте в пределах ситуации, которую вы в состоянии изменить, и смиритесь с тем, на что вы не в состоянии повлиять.

◆ **Стремитесь к независимости.** Регулируйте свое поведение изнутри, а не ждите похвалы или оценки себя со стороны окружающих.

◆ **Создавайте собственное окружение,** которое отвечает вашим психологическим условиям жизни.

◆ **Верьте и надейтесь.** Позитивный взгляд на мир помогает преодолеть страх и сохранить мотивацию. Позитивные иллюзии не причиняют вреда, а, наоборот, помогают не упасть духом в сложных ситуациях.

◆ **Не бойтесь изменений, будьте гибким.** Упрямые и непоколебимые, как правило, получают достойный отпор. А те, кто пытается удержать свои позиции, зачастую растрачивают все свои силы. Но если обладать психологической гибкостью и готовностью изменить неэффективную манеру поведения, то легче подстраиваться под ту или иную ситуацию и успешнее с ней справиться. Разумеется, изменение прежнего, проторенного курса потребует смелости. И все-таки перемены нужны и важны для нашего здоровья и благополучия.

◆ **Самосовершенствуйтесь.** Развивайте себя и свои способности, будьте открыты новому опыту.

◆ И, наконец, **рассматривайте изменения,** происходящие у вас в жизни, как источник новых возможностей, а не неприятностей. И помните, что здоровье мужчины, прежде всего, в руках самого мужчины. ☺

Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012

Медицинская династия **семьи МАЛЬЦЕВЫХ**, с.Вишневка Рубцовского района. Самым добрым началом этой династии стала бийчанка **Васса Федоровна Бессонова**. Она 45 лет трудилась медсестрой в Доме ребенка, являясь образцом высокой ответственности и самого трогательного отношения к маленьким детям. Любовь к своей профессии она передала детям и внукам.



Дочь **Ирина Владимировна Мальцева** 38 лет своей тру-

довой деятельности посвятила медицине, работа заведующей медицинским профилактори-



ем в с.Вишневка. Люди тянулись к ней, чувствуя реальную заботу о себе. Сейчас она - медсестра ФАПа. Признательность людей, их теплые слова - высокая награда для Ирины Владимировны. Постоянная поддержка мужа **Василия Степановича**, обоюдное уважение друг к другу, семейный уют - вот в такой доброжелательной обстановке родители воспитали трех своих дочерей, все они получили высшее медицинское образование.

Анна Васильевна работает эндокринологом в больнице Барнаула, а ее муж, **Роман Андреевич Стряпчев**, тоже врач - челюстно-лицевой хирург.

Анастасия Васильевна Мальцева - терапевт Рубцовской ЦРБ.

Ей дают самые лестные оценки те, кто у нее лечился: профессионал своего дела, отзывчивая, тактичная и душевная, которая руководствуется



выбранным принципом эффективного врачевания, милосердия и человеколюбия. В этом году Анастасию Васильевну пригласили в Рубцовский межрайонный центр лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Марию Васильевну Мальцеву, выпускницу АГМУ, уже ждут в Рубцовской ЦРБ, где она будет врачом-онкологом.

А внук Ирины Владимировны **Андрюша** на вопрос «Кем ты хочешь стать?» уже уверенно отвечает: «Как папа - хирургом!». ☺



Как сберечь свою грудь



Ольга Геннадьевна ГЛАДЫШЕВА,

врач кабинета
ультразвуковой
диагностики, отдел
радиоизотопной и
ультразвуковой
диагностики, вторая
квалификационная
категория, КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический
диспансер»

**Уплотнения в
молочной железе
являются самым
частым поводом для
тревоги женщин о
своем здоровье.
Хотя большинство
образований
молочной железы
достаточно легко
поддается лечению,
необходимо быть
бдительной.
В большинстве
случаев образование
оказывается
доброкачественным,
но необходимо как
можно скорее
исключить
возможность
более опасного
заболевания.**

При заболеваниях молочных желез могут наблюдаться боль, болезненность при надавливании, изменение формы или общего вида, включая кожу, покрывающую железу, могут возникать одно или несколько уплотнений в обычно мягкой ткани железы.

На сегодняшний день рак молочной железы является самым частым онкологическим заболеванием у женщин. С возрастом риск заболевания увеличивается: по данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется 1 млн женщин, заболевших раком молочной железы.

В настоящее время **нет какой-то одной определенной причины возникновения рака молочной железы**. Считается, что он развивается в результате воздействия комплекса факторов: генетических, гормональных, социально-экономических, психоэмоциональных, экономических, профессиональных и многих других. Но даже при сочетании этих факторов женщина не обязательно обречена на «встречу» со страшным диагнозом - просто увеличивается вероятность возникновения заболевания. Поэтому следует более внимательно относиться к своему здоровью и знать, как можно снизить риск развития онкологического заболевания.

Одним из наиболее простых методов, способствующих эффектив-

Злокачественные опухоли - это избыточное разрастание тканей, состоящее из изменившихся клеток организма, утративших свои обычные форму и функцию. Их особенностью является то, что они продолжают размножаться и после прекращения действия факторов, которые их вызвали.

Злокачественные опухоли прорастают в окружающие ткани, разрушая их. При этом опухолевые клетки, которые разносятся током крови или лимфы, могут оседать в различных органах и тканях. В результате образуются метастазы - вторичные узлы опухоли.



ному лечению, является **раннее его распознавание**. Кстати, по статистике, около 80% возникших опухолей молочной железы женщины находят самостоятельно. Но с другой стороны, опухоли, диагностированные в медицинских учреждениях, как правило, оказываются выявленными на более ранних стадиях. Причин этому несколько.

Многие женщины не умеют правильно осматривать и проводить самостоятельное обследование молочных желез.

Часто женщины не придают значения обнаруженным изменениям или неправильно их истолковывают, считая, что «это ерунда, и оно само рассосется». Это опасное заблуждение - опухоли не рассасываются.

Самообследование молочных желез

Вы, как никто другой, знаете свою грудь, и это должно помочь вам заметить даже незначительные изменения, которые могут происходить в ней.

Самообследование необходимо проводить 1 раз в месяц в первой половине менструального цикла через 2-3 суток после окончания менструации.

Для этого разденьтесь по пояс перед зеркалом (рис.1).

Опустив руки вдоль тела, осмотрите молочные железы и соски спереди и с боков, обращая внимание на любые изменения их формы и состояние кожи.

Поднимите руки и снова осмотрите молочные железы и соски.

Поднимите левую руку и прощупайте всю левую молочную же-



лезу прямыми пальцами правой руки. Точно так же, но уже левой рукой, прощупайте правую молочную железу, подняв правую руку.

Лягте на спину, подложив под плечо подушку, запрокинув левую руку за голову. Прямыми пальцами правой руки прощупайте всю левую молочную железу, передвигаясь от периферии к соску.

Проверьте область между молочной железой и подмышечной впадиной и саму подмышечную впадину, сначала подняв руки вверх, а потом вытянув их вдоль тела.

Осторожно сдавите сосок, чтобы проверить, нет ли из него выделений.

Повторите последние четыре пункта для правой молочной железы.

Помните, что вам необходима немедленная консультация врача в следующих ситуациях:

- ◆ вы обнаружили любое изменение в груди;
- ◆ на груди появился участок уплотненной кожи с крупными порами в виде «лимонной корки»;
- ◆ вы заметили, что на груди появились втяжения кожи или соска;
- ◆ под мышкой прощупывается какое-то уплотнение;
- ◆ при выделениях из соска (кровянистые или прозрачные).

Итак, для того чтобы предотвратить развитие рака молочной железы, **важно соблюдать следующие рекомендации:**

◆ если вам больше 20 лет, регулярно выполняйте самообследование груди. Однако не забывайте, что самообследование не заменяет обследования специалистами;

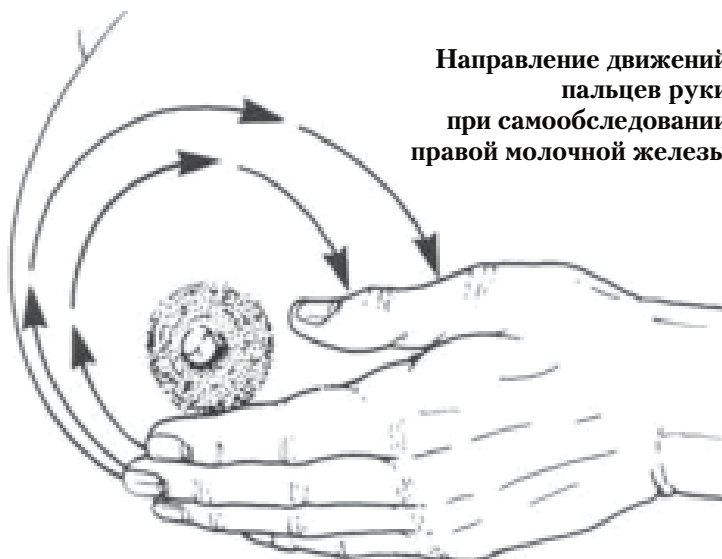
◆ начиная с 30 лет, посещайте маммолога не реже 1 раз в год, а при появлении каких-либо сомнений немедленно проконсультируйтесь с врачом;

◆ в возрасте до 35 лет, а также при беременности и кормлении грудью, вам необходимо регулярно выполнять УЗИ молочных желез периодичностью 1 раз в 3-6 месяцев;

◆ после 35 лет проходите маммолога не реже 1 раз в 1-2 года, а после 45-50 лет - ежегодно;

◆ не пренебрегайте дополнительными обследованиями, которые назначает вам лечащий врач! ☺

Направление движений пальцев руки при самообследовании правой молочной железы



Помните, что рак, выявленный на ранних стадиях, излечим! Чем раньше обнаружено заболевание, тем быстрее врач сможет подобрать необходимое лечение и тем оно будет эффективнее. Современное лечение также поможет избежать осложнений. Внимательно относитесь к своей груди, берегите ее! Грудь женщины - это не просто орган тела, это символ женственности!



1 Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи сосков с обеих сторон.



2 Поднимите руки за голову и осмотрите грудь. Обратите внимание на изменения формы или размеров одной из молочных желез и цвет кожи.



3 Запрокиньте правую руку за голову. Медленными, круговыми движениями прощупывайте правую грудь, обращая внимание на возможные припухлости и уплотнения. Повторите то же с левой грудью.



4 Сдавите сосок у его основания большими и указательными пальцами и посмотрите, есть ли какие-либо выделения.



5 Обследуйте грудь и подмышечную область. Прощупывайте круговыми движениями с легким надавливанием, начиная с краев молочной железы и направляясь к соску.



6 Прощупайте круговыми движениями левую и правую подмышечные впадины.



«Роль государства и СМИ пациентов лечению.

Круглый стол по обсуждению этой актуальной темы был организован комиссией по охране здоровья и экологии Общественной палаты Алтайского края (ОПАК), Редакционным советом краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» с участием членов Совета Медицинской палаты АК, Консультанта Уполномоченного при Губернаторе по правам ребенка, членов Общественной палаты АК, Ассоциации средних медицинских работников АК (ПАСМР), представителей АГМУ, лечебно-профилактических учреждений, социальных, учебных заведений края, общественных организаций, СМИ.

Круглый стол состоялся 17 октября т.г. в рамках мероприятий по подведению итогов 10-летней работы в проекте «Здоровая семья - это здорово!».

Эффективность здравоохранения в современных условиях в значительной степени зависит от доверия пациента врачу, желания точно выполнять все его рекомендации по профилактике и лечению любого заболевания. В настоящее время эта проблема стала особенно актуальна еще по одной причине. Медики все чаще говорят о сложившейся буквально нетерпимой ситуации - **публичного «шельмования медицинских работников» по поводу и без в СМИ.** В этом вопросе медики не чувствуют внятной позиции государства. Сегодня не страхуются профессиональные риски, недостаточно правовых механизмов, позволяющих профессиональному медицинскому со-

обществу принимать решения о наличии ошибок или преступной халатности в действии медицинского работника и о его праве на профессию. Совершенно не защищены медицинские работники от огульных обвинений в СМИ, особенно по фактам смерти пациентов, обстоятельств, при которых именно произошли такие трагические случаи. Журналисты порой даже не пытаются проверить факты, поверить врачу, медицинскому работнику. **В СМИ существует «презумпция виновности» в отношении врачей** - сразу выносятся «общественный приговор»: «Преступник!».

Все это, по мнению и самих медицинских работников, и части общества, принижает авторитет медицинского работника, провоцирует еще большее пренебрежение к его рекомендациям, а значит, вредит и самому обществу, здоровью нации, здоровью конкретных людей, которые из-за ложно сформированного общественного обвинения в адрес врачей в целом несвоевременно обращаются за медицинской помощью, не выполняют врачебные рекомендации, идут «лечиться» к экстрасенсам, гадалкам, колдунам.

На Круглом столе не ставилась задача «обелить» медицинских работников в тех случаях, когда их действия действительно преступны. Нашей главной задачей было **вернуть массовое доверие к врачам во имя здоровья населения страны.**

Мы решили вынести эту достаточно болезненную тему на общественное обсуждение. Нам показалось крайне важным инициировать это обсуждение и дать возможность приглашенным экспертам высказать свое мнение по этой проблеме, которую медицинские работники постоянно обсуждают в своей профессиональной среде.

Именно эту цель преследовало сообщение председателя комиссии по охране здоровья и экологии ОПАК, профессора **Г.А. ЧУМАКОВОЙ.** Тезисы ее выступления, мнения участников Круглого стола мы и предлагаем вашему вниманию.

Проблема неприверженности лечению остается одним из серьезнейших препятствий на пути воплощения в жизнь даже самых эффективных медикаментозных стратегий. **Приверженность (комплаентность) - это степень точности соблюдения пациентом рекомендаций, полученных от врача в отношении изменения образа жизни, приема лекарственных препаратов, соблюдения графика визитов к врачу.**



В повышении приверженности Как примирить врача и пациента»



Рисунок 1

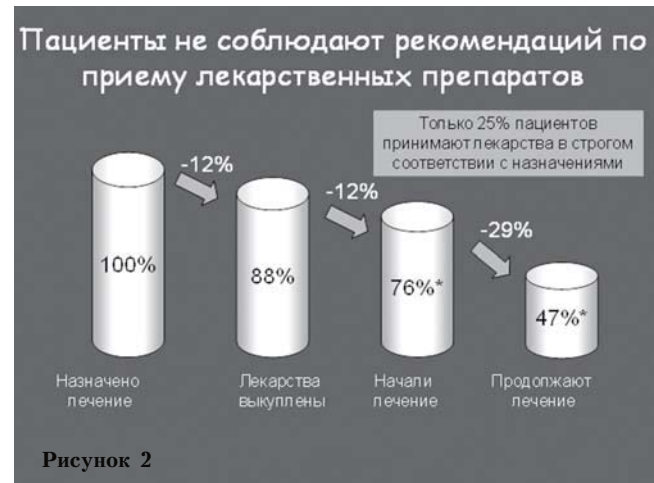


Рисунок 2

По данным ряда исследований, например, более 75% пациентов, страдающих артериальной гипертонией, не привержены лечению. При этом большинство из них просто не лечатся, реже - лечатся только при повышении артериального давления (АД), еще реже пациенты лечатся курсами. Американцы представили такие результаты исследования по приверженности лечению:

Информация на рисунках 1, 2 красноречиво говорит сама за себя. По меткому выражению известного американского хирурга Эверетта Копа: «Лекарства не действуют у больных, которые их не принимают».

Безусловно, приверженность лечению зависит от того, эффективно ли мы взаимодействуем с нашими пациентами. **Проблема общения существует. И в значительной мере она объективна.** Врач ограничен минутами общения на амбулаторном приеме, чуть лучше обстоят дела при общении в стационаре (здесь меньше нареканий и на мимолетность, неудовлетворенность общением).

При опросах пациенты нередко высказывают недовольство качеством общения с врачом, так как:

- в процессе общения врача с пациентом *упускается до 50%* психосоциальных и психических проблем больного;
- врач *перебивает пациента*, в среднем, *через 18 секунд* после того, как тот начал говорить о своей проблеме;
- *54%* проблем больного никогда не освещаются врачом и не затрагиваются самим больным;
- во время *50%* консультаций врачи и пациенты *не приходят к согласию* по поводу основной проблемы;

- основной «метод» создания мотивации к лечению - *угрозы и запугивание*.

Получается, что это важная проблема, на которую следует обратить серьезное внимание медицинского сообщества!

Врача элементарно не учат технологии, психологии эффективного общения с пациентом! Его учат методам диагностики, лечения, но не общения с пациентом. А ведь технология мотивирования пациента на качественное, регулярное лечение, на изменения своего, чаще всего нездорового, образа жизни - это одна из самых сложных медицинских технологий. Врачи знают, что правильно и грамотно мотивированный пациент максимально привержен лечению.

Что дает повышение приверженности лечению? Почему это важно? Однозначно, выигрывают в этой ситуации все. **Пациент получает лучшие результаты лечения, лучшее качество жизни, снижается риск осложнений и смерти от заболеваний. Врач общается с более здоровыми, более лояльными по отношению к нему, к его рекомендациям пациентами.** Это дает и профессиональное удовлетворение, чувство выполненного долга (как бы высокопарно это ни звучало), реже развивается так называемое «профессиональное эмоциональное выгорание». **У государства снижаются расходы на медицинское обеспечение, на социальные нужды.** Население становится более здоровым и работоспособным, что увеличивает доходы государства.

Есть и другая очень важная и сложная проблема. К сожалению, **иногда врач ока-**



◀ **зывается бессильным перед болезнью, и последствия этого могут стать роковыми:** человек может потерять здоровье, стать инвалидом и даже умереть. Смириться с такой ситуацией сложно, почти невозможно. И тогда конфликт между пациентом или его родственниками почти неизбежен. Но даже в таких случаях далеко не всегда есть место врачебной ошибке.

Почему случаются врачебные ошибки? На диаграмме (рис.3) представлены наиболее часто встречающиеся причины



наиболее часто встречающиеся причины. **На часть из них врач мог бы повлиять:** убедить больного продолжить обследование, следовать стандартам диагностики (**2% случаев**), чтобы исключить длительное, неполное обследование или ошибки в диагностике (**17,5% случаев**). Но основная причина врачебной ошибки - это несвоевременное обращение больного - **43,4% случаев!** Болеет, но ходит из последних сил! Надеется, что «пройдет само». Еще в **36,2% случаях** - скрытое течение заболевания, бессимптомное течение заболевания.

В настоящее время принято считать, что врачебная ошибка - это добросовестные заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.

К сожалению, даже в такой ответственной профессии, как медицина, **может ошибаться даже опытный, грамотный, вдумчивый специалист.** Конечно, цена такой ошибки может быть непомерно велика. Но... ни один врач от таких ошибок не застрахован.

Нет ни одного государства в мире, где бы врачи не совершали врачебных ошибок.



Причины врачебных ошибок

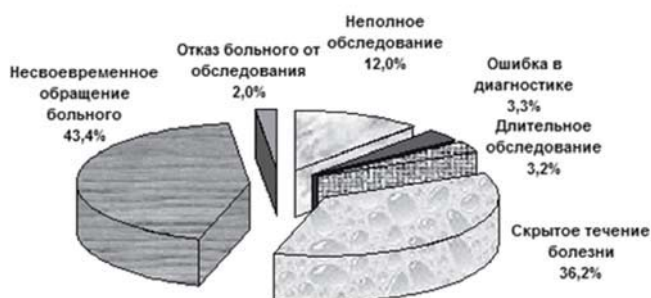


Рисунок 3

Так, в США доля врачебных ошибок составляет 3-4% (умирает, по разным оценкам, - 50-100 тысяч человек); в Великобритании - 5% (умирает до 70 тысяч человек), во Франции - 3%. В Италии, где система здравоохранения является одной из наименее эффективных и одновременно наиболее консервативной, от врачебных ошибок ежегодно страдает около 90 тысяч пациентов.

Любая врачебная ошибка - это не только повод для расследования, наказания, но и для извлечения уроков, учебы. Как бы ни кощунственно это звучало, но - на ошибках учатся.



Именно для этого проводятся профессиональные разборы сложных клинических случаев, ошибок тактики ведения больных, разрабатываются новые методы лечения, диагностики. Именно профессиональное сообщество должно проводить расследование каждого случая врачебной ошибки, и оно же должно принимать

решение о степени вины врача, и только затем - в правовом поле решать вопрос о соизмеримости наказания степени ошибки. До этого никто не может и не имеет права обвинять врача. Это безответственно как по отношению к врачам, так и по отношению ко всему населению страны.

Почему эта проблема обрела такую остроту особенно в России? Потому что именно в России, в отличие от большинства других стран, неверную трактовку врачебной ошибки как преступления обычно бездоказательно закрепляют в массовом сознании СМИ и, отчасти, юристы. Многие даже говорят о современном так называемом «деле врачей»...

Отождествлять наказуемые и ненаказуемые просчеты медицинских работников склонны и пациенты, которые видят только результат - вред,



Гражданское общество

нанесенный здоровью. Такое смещение ошибки и преступления не позволяет применять эффективные методы профилактики врачебных ошибок. А ведь чаще всего в тех ситуациях, когда возникает конфликт между медицинским работником и пациентом, мы имеем дело с врачебной ошибкой, не подлежащей уголовному преследованию.

Проблема непростая.

Можно предложить внести изменения в законодательство РФ, запрещающие публиковать в СМИ непроверенные факты, касающиеся ошибок при оказании медицинской помощи, особенно повлекших смерть больного, и предусматривать меру ответственности за порочащие медиков публикации, вплоть до закрытия СМИ. Невероятно, но один из представителей СМИ на Круглом столе предложил учитывать, что СМИ сегодня - это бизнес. Возможно, даже весьма вероятно, что законодательный акт, который будет ограничивать права СМИ, общество воспримет как покушение на конституционные свободы. Надо идти по другому пути: **работа медицинской общественности со средствами массовой информации**, - что намного сложнее. Необходимо разъяснительная работа с редакторами СМИ,



журналистами о социальной ответственности перед населением за «дело врачей».



Участники Круглого стола в основном были единодушны во мнении, что **абсолютное большинство врачей - честные люди, работающие не за страх, а за совесть**. Поэтому предлагалось чаще рассказывать о самоотверженной работе врачей, об их бессонных ночах и даже слезах, о том, что врачи - одна из самых опасных для жизни профессий, потому что продолжительность их жизни - одна из самых маленьких в нашей стране. Наверное, от спокойствия, безразличия, нормального режима труда и отдыха, достойного заработка?!

Есть еще одна проблема - это **вопросы этики и деонтологии в самом профессиональном сообществе**. К сожалению, нередки случаи, когда врач, желая утвердиться в глазах пациента, пренебрежительно высказывается о профессиональных качествах своего коллеги, его рекомендациях больному. Иногда медицинские сестры, которых в отрасли в несколько раз больше, чем врачей, и по определению они чаще контактируют с пациентами, считают возможным, без согласования с лечащим врачом, не имея для этого соответствующей квалификации, отменять или дополнять лечение, да еще и с некорректными комментариями. Или, наоборот, врач, не придавая особой значимости персоналу со средним медицинским образованием, видя в нем не партнера по лечебному процессу, а лишь «помощника врача», также в глазах больного унижает медицинских сестер, нанося этим вред и профессии, и больному.



Этический кодекс медицинской сестры принят профессиональным сестринским сообществом, и к чести ПАСМР, вопросам этики в своей работе она придает огромное значение ▶

...Остается и другая проблема - принижение роли врача, медицинского работника в обществе. В медицинской деятельности результат в довольно значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки специалиста, технологических возможностей конкретного учреждения, но и от степени доверия пациента медицинскому работнику, готовности пациента следовать рекомендациям врача. Публично, подчас безосновательное, обвинение врача, медицинской сестры в нанесении ущерба здоровью, а тем более в умышленности действий, повлекших смерть пациента, без серьезной экспертизы и правовой оценки таких случаев наносит вред, в первую очередь, самому обществу. Это стало возможно и потому, что само медицинское сообщество демонстрирует недостаточную степень профессиональной консолидации по значимым для его профессиональной деятельности вопросам.

(Доклад о деятельности Общественной палаты и состоянии гражданского общества в Алтайском крае в 2011 году, «Алтайская правда», 14 апреля 2011 года)



▲ **ние.** Он доведен до сведения специалистов, вручен каждому члену Ассоциации в виде красочно оформленной брошюры, размещен на сайте. По данной проблеме проведены конференция, семинары. Эта тема - постоянно на пике внимания. Проблема признается, она обсуждается, принимаются конкретные шаги по ее преодолению. Но многие инициативы ПАСМР не находят административной поддержки. Даже специа-



листу - куратора сестринского сообщества в Главном управлении до настоящего времени нет.

Проект Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации только что вынесен на обсуждение Медицинской палаты РФ, и он, как правило, апеллирует либо к Клятве Гипократа, либо к «передовому, зарубежному опыту». В нем подчеркивается, что основная масса конфликтов порождена не качеством оказания помощи конкретному больному, а нарушением этических норм, деонтологических правил, невниманием, отсутствием элементарного сочувствия и сострадания, а порой и откровенным хамством с грубостью со стороны медицинских работников.

Нужна дополнительная работа по формулированию и разъяснению ответственности граждан за состояние своего индивидуального здоровья, здоровья членов своей семьи.

Все участники Круглого стола убеждены, что обсуждение данной темы не должно быть исчерпано данным мероприятием. Необходимы продолжение дискуссии и поиск путей решения по отдельным обозначенным проблемам.



Рекомендации Круглого стола

1. Считать необходимым продолжить разъяснительную работу по данной проблеме, в том числе:

- просить Медицинскую палату Алтайского края совместно с Общественной палатой Алтайского края (комиссия по охране здоровья и экологии), Уполномоченного по правам человека в Алтайском крае, Уполномоченного при Губернаторе по правам ребенка запланировать и провести ряд совместных мероприятий по данной проблеме;



- инициировать внесение дополнений в разрабатываемый Закон Алтайского края «Об охране здоровья населения», в том числе и в части ответственности граждан за состояние своего индивидуального здоровья;

- просить Управление по печати и информации Алтайского края, Союз журналистов Алтайского края провести круглые столы с представителями прессы (краевой, местной) по данной проблеме, а также принять меры по разъяснению негативных последствий публикаций, порочащих честь и достоинство медицинских работников, формирующих негативный имидж лечебных учреждений в случаях, когда такие факты не получили официального подтверждения.

2. Обратиться к ректору АГМУ, в Главное управление по здравоохранению и фармацевтической деятельности с предложением рассмотреть возможность включения в учебные программы вопросов этики и деонтологии, а также занятий по обучению практическим навыкам мотивации пациентов как важнейшей медицинской технологии.

3. Предложить Совету Медицинской палаты Алтайского края провести научно-практическую конференцию по данной проблеме, а также в полной мере реализовать свои функции, предусмотренные законодательством, Уставом в части дополнительной экспертизы конфликтных случаев, случаев смерти пациентов, влияния на принятие решения по вопросам повышения квалификации медицинских работников, их аттестации и сертификации, а также предусмотреть механизмы придания этой части деятельности публичности, в том числе и через СМИ. ☺



«Брось сигарету! Начни с себя»

Попечительский Совет АКФПСИ «Содействие» и Редакционный совет краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» в текущем году проведением ежегодного месячника активных действий по ограничению потребления табака «Брось сигарету! Начни с себя» поддерживает принятие федерального закона «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».



Было проведено совместное обсуждение проекта ФЗ с комиссией по охране здоровья и экологии Общественной палаты Алтайского края, направлено экспертное заключение в Общественную палату РФ. **С участием НКО - партнеров по проекту:** Профессиональной ассоциации средних медицинских работников, Алтайского краевого научного общества кардиологов, сотрудников кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ и других - **предполагается провести мероприятия, разъясняющие основные положения и новеллы данного ФЗ в различных аудиториях.** Поддержка этой акции и участие в ней внесены и в план работы Общественной палаты Алтайского края.

Считаем, что **особое внимание необходимо уделять разъяснению прав и обязанностей по реализации данного закона гражданами, предпринимателями и юридическими лицами различных форм собственности.** Чтобы информировать о последствиях употребления табака, а также содействовать населению, общественным организациям и объединениям граждан в реализации их законных прав на благоприятную среду без табачного дыма, мы организуем в журнале **в рубрике «Алтайский край без табака! Ключ к здоровью - чистый воздух!»** ежемесячные публикации материалов, подготовленных медицинскими работниками, специалистами Роспотребнадзора, юристами, политиками, общественниками. **В частности, го-**

товится следующая тема с подразделами: «Как защитить свои права на чистый воздух:

- ◆ на транспортных средствах городского и пригородного сообщения,
- ◆ на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских и санаторно-оздоровительных услуг,
- ◆ на рабочих местах и в рабочих зонах, организованных в помещениях,
- ◆ в помещениях общего пользования жилых многоквартирных домов,
- ◆ в помещениях общественного питания,
- ◆ на территориях детских площадок, пляжей»...

Мы ставим задачу **публиковать информацию, имеющую не только общий информационно-просветительский характер, но и прикладной характер** конкретно для нашего региона, а также положительные примеры реализации положений данного ФЗ (в том числе и опережающие, например, меры организационного характера, введенные инициативно), выявленные нарушения и меры по их пресечению.

Так как зависимость от табака рассматривается как заболевание, требующее лечения, в наших планах - активизировать работу по предупреждению старта курения вообще, особенно в детском и подростковом возрасте. **Целевыми аудиториями здесь выбраны:** молодые семьи, планирующие рождение ребенка (чтобы исключить

курение родителей как фактор антенатального риска); дети, посещающие ДДУ, младшие школьники и их родители; студенты вузов и ссузов.

Совместно с кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, ПАСМР с участием ряда женских консультаций мы **намерены организовать дополнительную работу с молодыми семейными парами по мотивации их к отказу от курения**, а также публикацию в журнале на эту тему в рубрике «Школа ответственного родительства».

Предлагаем объявить в 2013 году **конкурс на лучшую организацию работы с родителями и детьми-дошкольниками, а также учащимися младших классов по профилактике курения**, с подведением итогов в ноябре 2013 года и поощрением победителей.

В рамках программы «Молодежь Алтай» на 2011-2013гг. **запланированы выпуски журнала с темой номера «Молодые!»** (в 2012 году вышел уже шестой такой тематический номер). Также материалы о реализации молодежных проектов «Молодежь - за ЗОЖ!» в течение года будут опубликованы в журнале. А на итоговом мероприятии месячника «Брось сигарету! Начни с себя» будет проведена презентация реализуемых молодыми проектов по здоровому образу жизни. ☺

И.В. КОЗЛОВА,
председатель
Попечительского совета,
главный редактор журнала



От рождения до вечности... мы связаны с самым святым именем на земле - МАМА!

Неосознанно, интуитивно понимая, что нет на свете человека, который так любил и лелеял бы тебя сначала в мечтах, потом ожидая твоего рождения и так ВСЮ ЖИЗНЬ! Мы в самые радостные и горькие минуты своей жизни восклицаем: «Ой, мамочка!».

В России отмечают День матери в последнее воскресенье ноября. Безусловно, уважение, проявленное к этому высокому статусу - статусу матери - на уровне государства, в трудовых коллективах, в общественных объединениях, широкое празднование этого дня - очень значимы.

Но убеждены, что самые желанные слова любви и благодарности наши родные, дорогие мамы ждут от своих детей!

Мы желаем всем мамам здоровья, нежности и преданности, доброты и понимания, радости и мира!

Пусть ваши дети, дети ваших детей и их дети будут вашей гордостью, вашей надеждой и опорой.

С Днем матери Вас, уважаемые мамы!

С праздником!

С Днём матери!

Поздравьте маму и подарите ей подписку на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 год. Каждый месяц наш журнал еще раз напомнит о вас, о вашем внимании.

«Здоровье алтайской семьи» - журнал для всей семьи

В подарок от Издательства журнал ко Дню матери - по специальной цене!

ИЗВЕЩЕНИЕ

С Днём матери!

Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"
 ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001
 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162
 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул
 БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771
 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426
 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г №1-12
 Плательщик (Ф.И.О.): _____
 Наименование фирмы, контактный телефон _____
 Адрес получателя корреспонденции _____
 Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____
 улица, дом, квартира (офис) _____
 Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Кассир

| Назначение платежа | Сумма | Итого к уплате |
|--|------------|--------------------------|
| Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, № 1-12 | 598-00 | 598-00 550-00 |
| Плательщик (подпись) _____ | Дата _____ | |
| <i>Подписной индекс - 31039</i> | | |

КВИТАНЦИЯ

С Днём матери!

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"
 ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001
 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162
 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул
 БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771
 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426
 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г №1-12
 Плательщик (Ф.И.О.): _____
 Наименование фирмы, контактный телефон _____
 Адрес получателя корреспонденции _____
 Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____
 улица, дом, квартира (офис) _____
 Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Кассир

| Назначение платежа | Сумма | Итого к уплате |
|--|------------|--------------------------|
| Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, № 1-12 | 598-00 | 598-00 550-00 |
| Плательщик (подпись) _____ | Дата _____ | |
| <i>Подписной индекс - 31039</i> | | |

