

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (127) ИЮЛЬ 2013



ОТ РЕДАКТОРА



*Вся гордость учителя в учениках,
в росте посеянных им семян.
Дмитрий Менделеев*

Согласитесь, выбор профессии, а часто это означает и жизненного пути - одно из важных событий в жизни.

Сейчас, после того как отшумели выпускные школьные вечера - вчерашние школьники принимают важное для своей дальнейшей жизни решение. - куда пойти учиться?!

Своих новых студентов ждет и Алтайский государственный медицинский университет (когда наш курс завершал обучение - он был институтом и факультетов было меньше - всего 3, а сейчас - 8!)

Решение о будущей специальности все принимали по-разному.

Но, у большинства, собственные уже более осознанные представления о профессии, конечно, формируются уже в студенческие годы. И то, каким будет это представление, какие принципы и истины со студенческой скамьи, усвоит будущий врач, что для него станет понятие «врачебный долг» - во многом зависит и от учителей. От силы их ума, таланта, от того насколько они сами профессиональны, и главное - готовы и умеют ли они передать свои знания опыт своим ученикам..

У нас были замечательные первые учителя - Зиновий Соломонович Баркаган, Израиль Исаакович Неймарк, Юрий Михайлович Дедерер, Валентина Михайловна Борисова - Хроменко, Виталий Александрович Крюков, Владимир Васильевич Федоров и многие - многие другие. Они, в то время, уже остепененные заслуженные доктора с особым трепетом говорили о своих учителях. А начать разговор о наших первых учителях именно сейчас, мне кажется важным, еще и потому, что буквально год нас отделяет от 60-летнего юбилея нашего медицинского университета. 7 августа 1954 года был подписан Указ Совета Министров СССР об образовании на целинном Алтае медицинского института, а буквально через 50(!) дней в нем уже начали обучение первые студенты.

Любой юбилей, а уж тем более такая важная дата - 60-летие требует серьезной подготовки. (Как образец такого ответственного подхода - только что прошедший 75-летний юбилей края, и уже полным ходом идет реализация новой Программы «80Х80» к 80 - летнему юбилею края!).

К сожалению, никакой информации о подготовке юбилейных торжеств АГМУ - пока официально не прозвучало.

Основная масса врачей, работающих и работавших в крае, преподавателей и университета и медицинского колледжа - выпускники АГМУ. И по сути - 60-летний юбилей института - это наш праздник.

Убеждена, что будет сформирован оргкомитет, пройдут конференции в Вузе, отметят заслуженными наградами многих преподавателей...

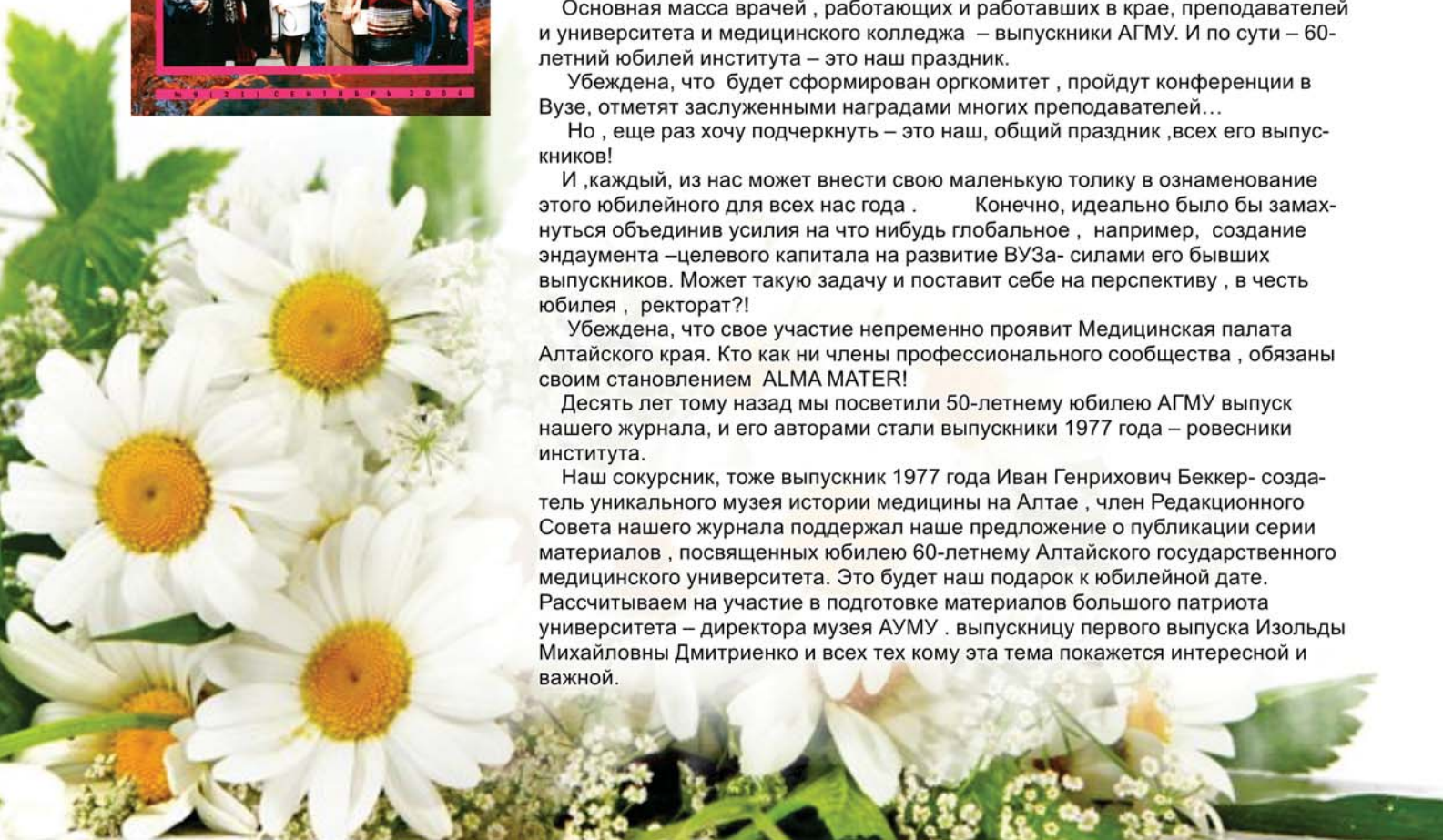
Но, еще раз хочу подчеркнуть - это наш, общий праздник, всех его выпускников!

И, каждый, из нас может внести свою маленькую толику в ознаменование этого юбилейного для всех нас года. Конечно, идеально было бы замануться объединив усилия на что-нибудь глобальное, например, создание эндаумента - целевого капитала на развитие ВУЗа - силами его бывших выпускников. Может такую задачу и поставит себе на перспективу, в честь юбилея, ректорат?!

Убеждена, что свое участие непременно проявит Медицинская палата Алтайского края. Кто как ни члены профессионального сообщества, обязаны своим становлением ALMA MATER!

Десять лет тому назад мы посветили 50-летнему юбилею АГМУ выпуск нашего журнала, и его авторами стали выпускники 1977 года - ровесники института.

Наш сокурсник, тоже выпускник 1977 года Иван Генрихович Беккер - создатель уникального музея истории медицины на Алтае, член Редакционного Совета нашего журнала поддержал наше предложение о публикации серии материалов, посвященных юбилею 60-летнему Алтайского государственного медицинского университета. Это будет наш подарок к юбилейной дате. Рассчитываем на участие в подготовке материалов большого патриота университета - директора музея АУМУ - выпускницу первого выпуска Изольды Михайловны Дмитриенко и всех тех кому эта тема покажется интересной и важной.





11

**Острые кишечные
инфекции:
как защититься?**



16

**Воспитываем
безопасное
поведение детей**



23

**Что скрывается
под маской
эндометриоза**



36

**Если есть
возможность
сохранить зуб, -
сохраним
обязательно**

На фото: Валентина МАТ-ВИЕНКО, Председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Фото: Андрея Каспришина

Медицинский кластер
как новая организационная структура 2-7

О.И. Исакова.
Нарушения мозгового кровообращения
лучше предупредить... 8-10

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»
Острые кишечные инфекции: как защититься? 11

Как важно быть счастливым 12-13

Жизнь без табака и алкоголя 14

Стресс как инфекция 15

СЛАГАЕМЫЕ УСПЕШНОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.В. Колпакова.
Воспитываем безопасное поведение детей 16-17

Семья - любви неиссякаемый родник... 18-22

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Е.А. Маркова.
Что скрывается под маской эндометриоза 23-24

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Перспективы развития непрерывного профессионального
образования средних медицинских работников в России 25-26

М.Н. Шешина.
Особенности ухода за пациентами
с острым нарушением мозгового кровообращения 27-28

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Ю.Н. Димитриади, Т.В. Синкина.
Облигатные предраковые заболевания 29-31

Все ли могут влюбиться с первого взгляда 32-33

Фитотерапия: правила безопасности 34-35

Мир и медицина 35

Л.В. Юрченко. Если есть возможность сохранить зуб, -
сохраним обязательно 36-37

Я никогда не ношу с собой наличные деньги 38

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Д.В. Паршин. Двигательные нарушения -
как следствие перинатального поражения
центральной нервной системы 39-41

Хочешь чувствовать себя человеком, -
помоги другому! 42-43

Камень Клеопатры 44





27 июня 2013 года Председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Валентина Матвиенко посетила площадку Алтайского медицинского кластера в Барнауле.

«Мне кажется, что формирование в Алтайском крае медицинского кластера, когда на одной площадке работают медицинские учреждения разного профиля, поликлиники больницы, - это правильная, разумная государственная идея, - особо отметила Валентина Матвиенко. - Потому что это реальная экономия средств на содержание огромного медицинского хозяйства. И это очень удобно для людей. Человек пришел в поликлинику, прошел обследование, его тут же направили к врачу, в помощи которого он нуждается. При необходимости госпитализировали в краевую клиническую больницу - многопрофильное медучреждение, в котором оказывают все виды медицинской помощи. Если ему необходима сложная ортопедическая операция, рядом - Федеральный центр травматологии и ортопедии. При необходимости он получит помощь в расположенном по соседству онкологическом центре.

Опыт Алтайского края по формированию медицинского кластера можно распространять на уровне России. Мы обязательно будем это делать на площадке Совета Федерации. Потому что от уровня и качества медицинской помощи в большой степени зависит здоровье населения, здоровье нации, в первую очередь - детей. То, что в Алтайском крае уже сделано, безусловно, повышает доступность медицинских услуг, это также иное качество оказания медицинской помощи. Это, кроме всего прочего, профилактика и раннее выявление заболеваний, что позволяет сохранять здоровье и жизнь людям. Можно ли сказать, что все сделано? Конечно, нет. У Губернатора Алтайского края - большие планы. Мы будем помогать ему эти планы реализовывать», - подчеркнула Валентина Матвиенко.

МЕДИЦИНСКИЙ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ

О том, что такое медицинский кластер и какие медицинские учреждения войдут в Алтайский медкластер, рассказывает начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Викторовна ДОЛГОВА:

- Медицинский кластер - это комплексная структура, которая объединяет на единой территории учреждения, сочетающие медицинские, образовательные и исследовательские возможности для производства и продвижения в практическое здравоохранение современных конкурентоспособных видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (медицинских инноваций).

Чем достигается конкурентоспособность медицинской услуги, произведенной в кластере?

◆ Соблюдением единого технологического процесса (медицинского стандарта) на всех этапах оказания медицинской помощи;

◆ отбором и доставкой пациентов в оптимальных временных рамках для проведения интервенционных методов лечения, реабилитационных и восстановительных мероприятий (обеспечение качества);

◆ снижением затрат на производство медицинской услуги.

Постановлением Администрации Алтайского края от 7.11.2008г. №478 «О создании ГУЗ «Медицинский центр - управляющая компания Алтайского медицинского кластера» определяется **управляющая компания**, которая осуществляет оперативное руководство кластером. Управляющая компания разрабатывает новые формы взаимоотношений между первичным звеном здравоохранения, центрами высоких медицинских технологий и ЛПУ края, которые оказывают специализированную медицинскую помощь. Именно этому и способствует функциональное объединение учреждений в медицинский кластер с единой диспетчерской службой, централизацией ряда лечебно-диагностических служб и обслуживающих структур.

Выявление и направление на консультации больных, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», - цель проекта **кардиологического кластера**, который объединяет краевую кардиологический диспансер и все учреждения края, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

Нагорный медицинский кластер на сегодня сформирован в качестве пилотной модели. Он включает в себя медицинские и санаторные учреждения, отличающиеся благоприятными климатическими условиями, а также находящиеся в пределах пешеходной доступности.

Всего в Алтайский медицинский кластер входят пять медицинских учреждений:

- ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования»;



кластер как новая структура

- КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;
- КГБУЗ «Городская больница №5»;
- КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;
- КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

Сегодня на клинических базах Алтайского медицинского кластера, кроме кафедр АГМУ, функционируют следующие **научные подразделения научно-исследовательских учреждений Минздрава и РАМН:**

- Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина;
- Алтайский филиал Гематологического научного центра Минздрава РФ;
- Алтайский филиал института физиологии СО РАМН;
- Алтайский филиал БФ ФГУ «Новосибирский институт травматологии и ортопедии».

Министерством здравоохранения РФ поддержана инициатива Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина о создании в Алтайском крае на клинических базах Алтайского медицинского кластера и базе АГМУ образовательного **научно-практического кластера**, в составе которого будет функционировать современный симуляционный центр подготовки врачей.

О каждом - отдельно

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования введен в эксплуатацию менее года назад - в ноябре 2012 года. Центр включает в себя поликлинику (на 140 посещений в смену) и стационар (на 165 коек). В текущем году планируется провести 3500 операций (из них 3250 - в объеме высокотехнологичной медицинской помощи, из них 100 - у детей). При выходе на полную мощность этот объем возрастет в год до 6000 операций, большая часть из которых относятся к разряду высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Клинические отделения Центра оказывают следующие виды ВМП:

- эндопротезирование тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого, голеностопного суставов;
- эндопротезирование мелких суставов кисти и стопы;
- артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений и заболеваний коленного и плечевого суставов, включая пластические операции на капсульно-связочном аппарате;
- внутрисуставной малоинвазивный остеосинтез под контролем артроскопии;
- микрохирургические и реконструктивно-пластические операции на кисти и стопе;
- декомпрессивные, первично-стабилизирующие и реконструктивно-пластические операции при повреждениях и заболеваниях позвоночника;
- реконструктивные ортопедические операции при посттравматических деформациях и замедленной консолидации костей конечностей;
- ортопедические операции при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях детского возраста.

В федеральном центре проходят лечение жители не только Алтайского края, но и из других регионов (пре-

Медицинские кластеры являются наиболее перспективным путем развития специализированной медицинской помощи. Кластерный подход закреплен в основных законах о здравоохранении. Инициатором данной модели развития краевого здравоохранения явился Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин в 2006 году.



Всего в Алтайский медицинский кластер входят пять медицинских учреждений:

● ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования»;

● КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

● КГБУЗ «Городская больница №5»;

● КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;

● КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

имущественно Сибирского и Дальневосточного федеральных округов).

В структуре **КГБУЗ «Краевая клиническая больница»** - поликлиника (на 1000 посещений в смену), стационар (на 1210 круглосуточных коек), обслуживающие жителей Алтайского края и Республики Алтай. **Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь оказывается по нескольким профилям:** акушерство и гинекология (в том числе и ЭКО), нейрохирургия (филиал БФ ФГУ «ННИИТО», г.Новосибирск), онкология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия (в том числе и эндопротезирование).

С 2009 года в ККБ внедряется от 10 до 40 новых органосохраняющих и ресурсосберегающих технологий в год, в том числе и высокотехнологичные методы лечения.

Подразделения больницы являются клинической базой 15 кафедр АГМУ: клинической фармакологии; госпитальной и поликлинической терапии; курс клинической иммунологии и аллергологии; эпидемиологии; отоларингологии; неврологии; госпитальной хирургии; факультетской терапии; терапии и семейной медицины ФПК и ППС; акушерства и гинекологии ФПК и ППС; профпатологии; гематологии и трансфузиологии; общественного здоровья и организации здравоохранения; нейрохирургии; травматологии и ортопедии. В стационаре - 26 клинических отделений, в том числе 12 - хирургического профиля, также действуют лечебно-диагностические и параклинические службы.

В 2008 году на базе больницы открыт **Краевой нейрососудистый центр**, включающий в себя девять отделений (нейрореанимация, неврологическое ОНМК, нейрохирургия, сосудистая хирургия, кардиология, рентген-операционные методы лечения, отделения лучевой, лабораторной и функциональной диагностик).

Ежегодно с 2009 года в ККБ по профилю «**нейрохирургия**» пролечивается от 350 до 430 человек за счет краевого бюджета по направлению Регионального сосудистого центра.

С этого года планируется дополнительное оказание ВМП за счет средств региона по профилям: абдоминальная хирургия, урология, трансплантация органов и тканей.

КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул» ориентирована на оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи по профилям: абдоминальная хирургия, торакальная хирургия. В состав больницы входят поликлиника (на 600 посещений в смену) и стационар (на 660 коек). В структуре коечного фонда имеется весь необходимый перечень лечебно-диагностических и параклинических служб.

Больница является клинической базой кафедры факультетской хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС; кафедры инфекционных болезней; курса пульмонологии кафедры терапии и семейной медицины ФПК и ППС; кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсом эндокринологии; кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АГМУ.

Больница участвует в реализации мероприятий Федеральной программы по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. С 2008 года организовано первичное неврологическое отделение для больных с ОНМК на 30 коек с палатами интенсивной терапии на 6 коек, входящее в состав Алтайского краевого регионального сосудистого центра. Что позволяет не только увеличивать число оперативно госпитализированных больных с ОНМК, но и уменьшить число летальных случаев при инсультах. Также увеличивается доля выживших больных с инсультом, полностью независимых в повседневной жизни на момент выписки.



Модернизация здравоохранения

Для оказания ВМП созданы бригады, в состав которых входят высококвалифицированные кадры.

С 2010 года за счет средств краевого бюджета оказывает ВМП по профилям «абдоминальная хирургия» (микрохирургические и реконструктивно-пластические операции на печени, желчных протоках и сосудах печени, в том числе эндоваскулярные операции на сосудах печени и реконструктивные операции на сосудах системы воротной вены, стентирование внутри- и внепеченочных желчных протоков) **и торакальная хирургия** (расширенные и реконструктивно-пластические (с 2012 года - дополнительно эндоскопические и эндоваскулярные) операции на органах грудной полости). В 2011 году была получена лицензия по профилю **«челюстно-лицевая хирургия»** (реконструктивно-пластические операции при врожденных пороках развития черепно-челюстно-лицевой области и реконструктивно-пластические, микрохирургические и комбинированные операции при лечении новообразований мягких тканей и (или) костей лицевого скелета с одномоментным пластическим устранением образовавшегося раневого дефекта или замещением его с помощью сложного челюстно-лицевого протезирования) с включением в государственное задание за счет средств краевого бюджета.

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» оказывает специализированную онкологическую помощь населению края и Республики Алтай. Здесь проводятся высокотехнологичные методы лечения (включающие хирургические, лучевые и лекарственные методы) больных с опухолями всех локализаций. Системное реформирование онкологической службы края способствовало вхождению Алтайского края в 2010 году в Национальную онкологическую программу. Сейчас завершается строительство нового онкологического центра в Барнауле. Открыты поликлиника (на 450 посещений в смену) и радиологический корпус, в стадии завершения строительства - лечебно-диагностический корпус (на 300 коек).

В диспансере сформирован уникальный кадровый потенциал научных и высококвалифицированных специалистов, работающих в области онкологии.



Результатом сотрудничества Алтайского филиала ГУ Российского онкологического научного центра им.Н.Н. Блохина РАМН (на базе диспансера) с кафедрой онкологии АГМУ стало улучшение качества оказания онкологической помощи больным, увеличение числа выявлений заболеваний на ранних стадиях, снижение онкологической смертности в трудоспособном возрасте и рост доли больных, состоящих на учете 5 лет и более.

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» - ведущее краевое консультативно-диагностическое учреждение, обеспечивающее население края доступной высококвалифицированной диагностической и консультативной помощью на догоспитальном этапе за счет внедрения новой медицинской техники и современных методов диагностики. Центр является центральным звеном диагностического процесса в крае, обеспечивающим организационно-методическое руководство и совершенствование деятельности диагностических служб в учреждениях здравоохранения Алтайского края.

Диагностический центр является клинической базой кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, кафедры лучевой диагностики и эндоскопии ФПК и ППС, кафедры лабораторной диагностики, функциональной и ультразвуковой диагностики АГМУ, филиала института физиологии Сибирского отделения РАМН.

В Центре прием ведут высококвалифицированные специалисты, также привлечены консультанты

Сегодня на клинических базах Алтайского медицинского кластера, кроме кафедр АГМУ, функционируют следующие научные подразделения научно-исследовательских учреждений

Минздрава и РАМН:

- Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им Н.И. Блохина;
- Алтайский филиал Гематологического научного центра Минздрава РФ;
- Алтайский филиал института физиологии СО РАМН;
- Алтайский филиал БФ ФГУ «Новосибирского института травматологии и ортопедии».





Новый перинатальный центр рассчитан на 190 коек, его поликлиника - на 250 посещений в день, расположен на общей площади почти 33,5 тысяч квадратных метров. За основу взят реализованный проект Красноярского перинатального центра, который введен в эксплуатацию в декабре 2011 года.

(доктора и кандидаты медицинских наук), работают главные внештатные специалисты Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. В Центре проводятся научные исследования, региональные и всероссийские научные конференции, внедряются новые методики обследования пациентов.

Основные направления научной деятельности сотрудников Диагностического центра:

- разработка и внедрение современных технологий магнитно-резонансной томографии в диагностике заболеваний костно-суставной системы, при гинекологических заболеваниях, заболеваниях ЦНС;
- разработка и внедрение современных технологий мультиспиральной компьютерной томографии при исследованиях сердца и органов дыхания;
- развитие и внедрение современных технологий эндоскопической диагностики в гастроэнтерологии и гинекологии;
- современные технологии функциональной диагностики при заболеваниях ЦНС, сосудов;
- внедрение новых научных и практических подходов в лабораторной диагностике заболеваний системы крови и других патологических процессов;
- разработка и внедрение современных диагностических и лечебных технологий при цереброваскулярных заболеваниях.



Будущее: современный перинатальный центр

Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин уделил особое внимание проекту строительства на площадке медицинского кластера в Барнауле Перинатального центра. *(Напомним, что этот проект был одобрен Президентом РФ Владимиром Путиным на заседании Совета по вопросам реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике в апреле 2013 года).* Председатель Совета Федерации ФС РФ Валентина Матвиенко обещала поддержать этот проект: *«Я постараюсь со своей стороны оказать содействие, чтобы вас включили в федеральную программу строительства перинатальных центров. Для такой большой территории (Алтайского края - прим.ред.) нужен новый современный перинатальный центр, тем более, что с демографией у вас не очень все хорошо».*

Существующий краевой перинатальный центр был открыт в 1990 году на базе городского родильного дома вдали от многопрофильных больниц. Центр, рассчитанный на 145 коек, является головным учреждением региональной перинатальной службы. Реальная необходимость в родоразрешении в условиях специализированного стационара третьего уровня составляет не менее 5000 родов в год (против нынешних 2,8-3,1 тысяч родов ежегодно - это менее 10% всех родов в крае).

Открыть новые подразделения: реанимационного отделения для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела (на 6 коек); отделения патологии



Модернизация здравоохранения

новорожденных, в том числе с неонатальной хирургией; дневного стационара; отдела медико-генетического консультирования (сейчас он расположен на площадях Диагностического центра); дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатологическими бригадами - из-за отсутствия площадей, переполненности существующих отделений не представляется возможным.

Этими фактами и вызвана необходимость строительства современного высокотехнологического перинатального центра. Это поможет обеспечить:

- полный объем медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с соматической патологией;

- медицинскую помощь в учреждении третьего уровня всем беременным высокой группы риска, в том числе и с угрозой преждевременных родов в сроке 22-34 недели (за счет увеличения коечного фонда послеродового отделения и отделения патологии беременности на 20%);

- современный уровень неонатологической помощи детям, рожденным недоношенными (за счет создания в Центре многофункциональной педиатрической службы, увеличения коечного фонда детской реанимации на 15%, открытия отделения патологии новорожденных и недоношенных детей на 50 коек с палатами интенсивной терапии и консультативно-поликлинического отделения с кабинетом катамнеза и комплексом восстановительного лечения);

- комплексную помощь в диагностике и лечении детей с врожденной и наследственной патологией;

- оказание высокотехнологичной и высокоспециализированной помощи по репродуктивному здоровью населения, включая вспомогательные репродуктивные технологии.

Новый перинатальный центр рассчитан на 190 коек, его поликлиника - на 250 посещений в день, расположен на общей площади почти 33,5 тысяч квадратных метров. За основу взят реализованный проект Красноярского перинатального центра, который введен в эксплуатацию в декабре 2011 года. ☺

Выражаем благодарность за помощь в подготовке материала Ольге Комиссаровой, Айжан Жакипбековой, Юлии Третьяковой.

«Визит Председателя Совета Федерации Валентины Матвиенко - действительно знаковое событие для Алтайского края»

- это подчеркивает первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по экономической политике Юрий Вениаминович ШАМКОВ.

27 июня Валентина Матвиенко побывала в Алтайском крае с рабочим визитом. Она посетила объекты медицинского кластера и встретилась с депутатами Алтайского краевого Законодательного собрания и руководителями территориальных органов федеральных органов госвласти в недавно открытом в Барнауле Парламентском центре.

«Совет Федерации называют «Палатой регионов». Поэтому визит Председателя Совета Федерации Валентины Ивановны Матвиенко на Алтай - событие действительно знаковое. Такая рабочая поездка дает возможность не просто познакомиться с регионом, а оценить его потенциал и перспективы развития территории. Такие визиты взаимно полезны: руководители высших государственных органов изучают региональную проблематику, а регион, помимо каких-то имиджевых составляющих, получает возможность решить ряд насущных вопросов.

На Валентину Ивановну в ходе визита произвел очень хорошее впечатление формирующийся в Алтайском крае медицинский кластер, и она пообещала содействие в реализации проекта строительства в Барнауле Перинатального центра. Также вызвал деловой интерес проект закона об особых аграрных территориях, разрабатываемый по инициативе Администрации Алтайского края.

Кроме того, познакомившись с туристическим потенциалом региона, Валентина Матвиенко подчеркнула необходимость принятия закона об агротуризме. А после посещения Белокурихи, я думаю, в лице Председателя Совета Федерации мы обрели серьезного лоббиста рекреационного и оздоровительного потенциала нашего санаторно-курортного комплекса.

Особо хотелось бы отметить возможность непосредственного общения депутатов Алтайского краевого Заксобрания, глав муниципальных образований с Председателем Совета Федерации во время рабочей встречи в недавно открывшемся Парламентском центре. Разговор, по мнению всех участников, получился очень содержательным и конструктивным. Валентина Ивановна высоко оценила и само здание Парламентского центра, и те технические возможности, которые предоставлены законодателям Алтайского края.

Уверен, что с визитом спикера Совета Федерации связаны для нашего региона хорошие перспективы и в части реализации региональных законодательных инициатив, и в отношении ряда проектов, работа над которыми в настоящее время ведется в Алтайском крае», - констатировал Юрий Шамков.





Нарушения мозгового кровообращения лучше предупредить...

Проблема нарушений мозгового кровообращения: их ранняя диагностика, профилактика - актуальна как в России, так и за рубежом. В России смертность от инсультов, наиболее грозного из этих нарушений, - одна из самых высоких в мире. По данным разных авторов, частота инсульта уже в молодом возрасте (15-45 лет) составляет от 2,5 до 10 процентов.

Большая часть инсультов связана с поражением экстра- и интракраниальных (внутричерепных) артерий различного характера: деформацией, атеросклерозом, артериальной гипертензией.

Среди всех возрастных групп доля ишемического инсульта составляет до 80 процентов. Основная его причина - эмболия сосудов мозга фрагментами атеросклеротических бляшек, тромбами из сосудов и полостей сердца, микроэмболами из агрегатов форменных элементов крови. Последние, если сказать обывательским языком, - это такие как бы склеенные из тромбоцитов и эритроцитов «комочки», образующиеся в турбулентных потоках на участках извитостей сосудов.

Наш разговор о современных возможностях диагностики нарушений мозгового кровообращения - с заведующей отделом функциональной и ультразвуковой диагностики Диагностического центра Алтайского края, кандидатом медицинских наук, врачом высшей квалификационной категории - Ольгой Ивановной ИСАКОВОЙ.

- Ольга Ивановна, каковы возможности диагностики поражения сосудов головного мозга?

- В отделении функциональной диагностики заболеваний нервной, мышечной систем, которое входит в состав нашего от-

дела, проводятся исследования не только функционального состояния нервной системы (как центрального, так и периферического звена), но и мозгового кровотока. Сегодня отделение располагает новым современным нейрофизиологическим и ультразвуковым оборудованием производства Дании, Японии, Израиля, России. В отделении трудятся 23 сертифицированных сотрудника: из них 11 врачей (один - доктор и два - кандидата медицинских наук, шесть врачей с высшей квалификационной категорией), выполняется 31 методика, из них девять - только в Диагностическом центре.

Среди них - **компьютерная электроэнцефалография (ЭЭГ)**, предназначенная для оценки функционального состояния головного мозга, степени зрелости центральной нервной системы у детей. Мы единственные в крае проводим **длительное (суточное) мониторирование ЭЭГ, ЭЭГ с ночным и дневным видеомониторированием** для уточнения эпилептиформной активности.

Мы были первыми, кто начал проводить **различные методики магнитной стимуляции короткими импульсами структур головного, спинного мозга, нисходящих проводящих путей для диагностики и дифференциальной диагностики нарушений мозгового кровообращения, травматических пораже-**



ний центральной нервной системы, эпилепсии, дистонии, депрессивных расстройств. До настоящего времени остаемся единственными в Сибири, внедрившими **методику «период молчания при магнитной стимуляции»** - для диагностики болезни Паркинсона. С 2011 года начата новая страница в жизни отделения с введением совместно с отделом стационарзамещающих технологий **лечебной магнитной стимуляции для помощи пациентам с депрессией, паркинсонизмом, остеохондрозом.**

«Золотым стандартом» исследования сосудов в настоящее время стало **дуплексное сканирование**. В отделении проводится **дуплексное сканирование экстракраниальных отделов, транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) с функциональными пробами.** ТКДС дает большую информацию о состоянии сосудов, питающих мозг и степени их поражения.

- Каковы показания для такого исследования?

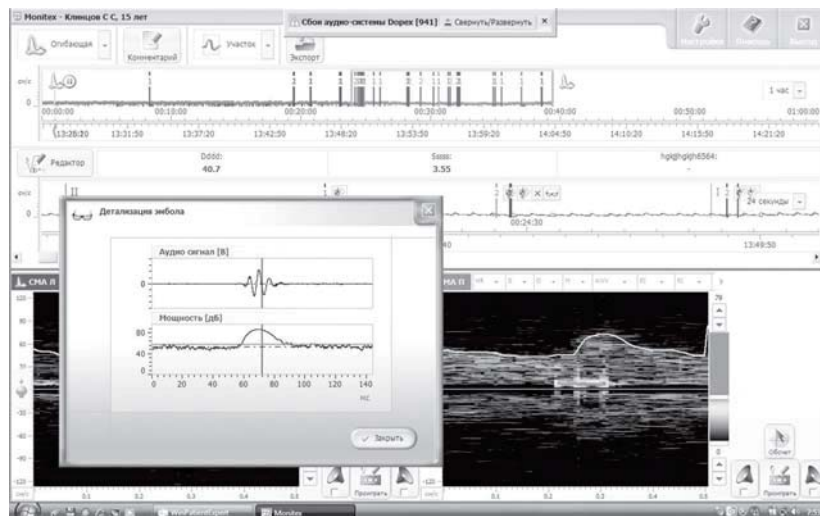
- Показанием для ТКДС является подозрение на стеноз, окклюзию (**окклюзия сосудов - это нарушение проходимости**



некоторых полых образований в организме (кровеносных и лимфатических сосудов, подпаутинных пространств и цистерн), обусловленное стойким закрытием их просвета на каком-либо участке. Острые окклюзии артерий - острое нарушение кровообращения дистальнее места окклюзии артерии эмболом или тромбом. Состояние считают неотложным. Проксимальнее и дистальнее участка окклюзии нарушается нормальный ток кров, что приводит к дополнительному тромбообразованию. Состояние считают обратимым в течение 4-6 часов от его начала («золотой период»). По истечении этого времени глубокая ишемия ведет к необратимым некротическим изменениям. - прим.ред.); деформацию пре- и церебральных сосудов, артериовенозные мальформации (вид врожденной аномалии развития сосудистой системы головы мозга. Представляет собой различной формы и величины клубки, образованные вследствие беспорядочного переплетения патологических сосудов. - прим.ред.), аневризмы.

ТКДС используется при переходящих нарушениях мозгового кровообращения в анамнезе, при остром нарушении мозгового кровообращения; для диагностики и мониторинга вазоспазма, для оценки состояния коллатерального кровообращения и функционального резерва мозгового кровотока. Являясь самым недорогим среди всех инструментальных, не связанным с рентгеновским облучением, может использоваться и для динамического наблюдения в процессе лечения, как консервативного, так и после оперативного.

С 2006 года для диагностики микроэмболии в сосуды головного мозга мы проводим **транскраниальную доплерографию (ТКДГ) с возможностью мониторинга и эмболодетекции**. На сегодняшний день - это единственный прямой метод, позволяющий в режиме реального времени исследовать церебральный кровоток, регистрировать в нем микроэмболические сигналы с определением их количества в час



Показательный хит

и физических параметров (продолжительности, интенсивности и мощности, косвенно характеризующих размеры и морфологическую структуру, материальную или газовую). Метод принципиально важен для проведения первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов из групп риска. Считается, что регистрируемые микроэмболические (продолжительностью менее 300мс) сигналы не вызывают клинических проявлений, но являются опасными для головного мозга маркерами и предвестниками церебральной макроэмболии. С другой стороны, механическая блокада микроэмболами артериол мозга, даже кратковременная, приводит к выбросу в кровь различных биоактивных веществ, повреждающих эндотелий, внутреннюю оболочку сосудов, и вызывающих спазм артериол. Длительная микроэмболизация носит кумулятивный характер: на фоне стойкой гипоперфузии (хронического недополучения мозговой тканью крови) у возрастных пациентов с сопутствующими гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом, может развиваться хроническая цереброваскулярная недостаточность и сосудистая деменция.

- **Кому показаны такие исследования?**

- В клинической практике в стационарах хирургического профиля

Сегодня отделение располагает новым современным нейрофизиологическим и ультразвуковым оборудованием производства Дании, Японии, Израиля, России. В отделении трудятся 23 сертифицированных сотрудника: из них 11 врачей (один - доктор и два - кандидата медицинских наук, шесть врачей с высшей квалификационной категорией), выполняется 31 методика, из них девять - только в Диагностическом центре.



◀ эмболодетекция используется для диагностики церебральной эмболии при операциях на сердце, при операциях и манипуляциях на брахиоцефальных артериях (*магистральные сосуды, которые участвуют в кровоснабжении головного мозга, а также мягких тканей головы. Брахиоцефальный ствол - это крупный магистральный сосуд, который отходит от аорты и разветвляется на три правых артерии: подключичную, сонную и позвоночную. Соответственно они и обеспечивают кровоснабжением всю правую сторону плечевого пояса, а также головной мозг. Именно из-за того, что брахиоцефальные артерии участвуют в кровообращении мозга, атеросклероз данных артерий является серьезной проблемой.* - прим.ред.).

Во всех случаях возможной кардиальной или артерио-артериальной церебральной эмболии **назначение эмболодетекции - это, прежде всего, оценка риска развития церебральных ишемических нарушений и, безусловно, коррекция или назначение схем профилактической антитромботической терапии.**

Диагностический центр Алтайского края одним из первых в стране стал использовать ТКДГ с мониторингом и эмболодетекцией в амбулаторных условиях для вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения у больных, перенесших транзиторные ишемические атаки и инсульты, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, для выявления эмболоопасных атеросклеротических бляшек; для первичной профилактики этих нарушений у больных из групп риска (страдающих артериальной гипертензией, атеросклерозом, заболеваниями сердца, сахарным диабетом) - для прогноза и исключения потенциального источника церебральной эмболии, для коррекции проводимой антитромботической терапии,

для контроля консервативного лечения.

ТКДГ с мониторингом и эмболодетекцией проводится на современном ультразвуковом диагностическом комплексе Ангиодин-2К, НПФ «Биосс» (Россия). Сотрудничество с разработчиками программного обеспечения аппарата фирмой Биософт-М (Россия) позволило нам изменить заводские параметры детекции с учетом возможного образования микроэмболов из агрегатов форменных элементов, преимущественно из эритроцитов, небольших размеров и низкой частоты, близкой к фоновой. **Это позволило впервые регистрировать МЭС из форменных элементов крови (тромбоцитов и эритроцитов) в извитых, еще не пораженных атеросклерозом и гипертонической макроангиопатией сосудах у взрослых и детей с ПИ ВСА (извитыми внутренними сонными артериями с локальным нарушением гемодинамики в виде турбулентности в зоне извитостей).** В результате нами экспериментально установлено, **что нижний порог частоты микроэмболических сигналов (МЭС) - 125, а не 195Гц, как считалось ранее.**

По результатам дуплексного сканирования ПИ ВСА регистрируется у 31% (!) пациентов с патологией брахиоцефальных артерий, при этом треть из них составляют дети. В настоящее время ПИ ВСА занимает второе место по значимости в качестве причины нарушений мозгового кровообращения у взрослых, уступая только атеросклеротическому поражению. И я особенно обратила бы ваше внимание: **у детей ПИ ВСА, скрывающаяся под маской вегето-сосудистой дистонии** (сочетания в комплек-

се цефалгий, астенического синдрома, синдрома психоvegetативных нарушений, снижения объема оперативной памяти по данным вызванных потенциалов Р300, транзиторных ишемических атак и эпилептических приступов в анамнезе), **превратилась в основную причину хронической цереброваскулярной недостаточности.**

Стало ясно, что первичную профилактику нарушений мозгового кровообращения нужно начинать с детского возраста, а именно:

● всем пациентам детского возраста с диагнозом вегето-сосудистой дистонии необходимо включать скрининговое дуплексное сканирование экстракраниальных артерий для выявления извитостей внутренних сонных артерий с локальным нарушением гемодинамики в виде турбулентности - ПИ ВСА;

● детям с установленным диагнозом ПИ ВСА необходимо назначение скрининговой транскраниальной доплерографии с возможностью мониторинга и эмболодетекцией;

● при регистрации микроэмболических сигналов в средних мозговых артериях на стороне ПИ ВСА необходимо включать пациента в группу риска по нарушениям мозгового кровообращения для проведения своевременной профилактики этих нарушений и подбора оптимального патогенетического лечения.

Таким образом, сочетание возможностей дуплексного сканирования и транскраниальной доплерографии с возможностью мониторинга и эмболодетекцией обеспечит эффективное предупреждение развития цереброваскулярных нарушений в будущем. ☺

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



Воспитываем безопасное поведение детей



Наталья Владимировна КОЛПАКОВА,

педагог-психолог,
директор КГБОУ «Краевой
центр психолого-медико-
социального
сопровождения
«Семья плюс»

Летние каникулы - чудесная пора для детского отдыха и в то же время это период обеспечения безопасности детей со стороны родителей.

Научно-технический и социально-экономический прогресс, охвативший общество, оказывает как позитивное, так и негативное влияние на детскую психику. Именно поэтому вопросы безопасного поведения в воспитании современных детей очень актуальны, и не только в дни летних каникул.

Родители, проявляя заботу и ответственность при воспитании, стараются максимально обезопасить ребенка, перечисляя массу «страшилок», которые его поджидают на каждом шагу. Но при этом гораздо **важнее выработать привычки безопасного поведения, условные рефлекс**ы, которые помогут детям избежать опасных ситуаций и научат правильному поведению при столкновении с потенциальной опасностью.

Изначально некоторое понимание опасности присутствует у совсем маленьких детей. Вспомните, как малыши осмотрительны и даже осторожны: начиная ходить, они выбирают знакомые, проверенные маршруты для своего передвижения, как они настороженно относятся к новой пище. Это доказывает то, что потребность в безопасности является одной из основных, базовых потребностей человека. **При этом по мере взросления врожденные навыки безопасности куда-то исчезают, и родителям приходится вновь и вновь усиливать контроль за действиями и поведением ребенка.**

Так почему же это происходит?

Дети, в силу отсутствия жизненного опыта, не могут просчитать последствия многих поступков, осознать потенциальную опасность в полной мере. То есть **та теория, которую предлагают родители, надеясь обучить ребенка правилам безопасности, в большинстве случаев так и остается теорией.** Ведь соотнесение отвлеченных нормативов, правил с

реальной ситуацией для ребенка является затруднительным.

Кроме того, **родители, ненамеренно, навязывают детям страхи.** Приведем пример: «Четырехлетний сынишка на прогулке увидел собаку и потянулся к ней. Мама тут же сообщает ребенку, что собаку трогать нельзя, а на вопрос: «Почему?» отвечает: «Потому что собака тебя укусит». Такой ответ лишь побуждает мальчика задавать все новые вопросы: «Зачем собаки кусаются?», «Собаки кусают только детей?»... Таким образом, мама так и не смогла объяснить, почему же не стоит трогать собаку. Ребенок в этой ситуации усвоил СТРАХ, но так и не понял, КАК же вести себя с животными. Результатом такого педагогического процесса станет то, что в отсутствие мамы, оказавшись наедине с собакой, ребенок, напуганный рассказами о том, что собака его непременно укусит, побежит прочь от опасности. А собака инстинктивно, но будет догонять...

Помните: ваши родительские, опасения не должны мешать детям приобретать свой собственный, уникальный жизненный опыт! И чем старше становится ребенок, тем больше свободы ему необходимо.

Главная задача родителей, - разумно оберегать, обучая и помогая, но не ограничивать, руководствуясь только своими, родительскими, страхами.

Но воспитание безопасности - процесс длительный и очень ответственный





ный. Чтобы он стал еще и успешным, необходимо, чтобы этот процесс соответствовал определенным правилам.

Первое правило: родители должны знать, какими возможностями обладает ребенок, грамотно ориентироваться в том, что умеет их ребенок, какими навыками владеет, насколько это соответствует его возрастным особенностям.

Второе правило: перед ребенком нужно ставить только такие задачи, которые он может выполнить по возрасту и возможностям. Учить ребенка стоит только тому, чему он действительно может научиться, поэтому нужно соблюдать определенную целесообразность. Скажем, годовалый малыш вряд ли поймет, что засовывать бусинку в ухо нельзя, - поэтому лучше ему подобных предметов не давать.

Кроме того, **чтобы сформировать безопасное поведение, нужно создать определенные условия для ребенка.** Вы же понимаете, что совершенно очевидно: невозможно научить ребенка кататься на коньках, не имея их. Или же нельзя выработать навык плавания, если поблизости нет ни одного водоема. И здесь **задача мудрых родителей состоит в том, чтобы создавать такие условия, в которых ребенок сможет не только получить опыт, научиться, но и закрепить на практике навыки безопасности.**

Одна из основных задач взрослых, воспитывающих безопасность, - это **создание ограничений.** Родители должны установить для ребенка некие границы, за которые выходить нельзя. Этот внешний контроль способствует развитию внутреннего контроля ребенка.

При введении ограничений взрослым не стоит демонстрировать доминирование. Лучше договариваться, обсуждать, идти на взаимные уступки.

Чтобы ребенок соблюдал правила, ему необходимо понимать их разумность и обоснованность, а также он должен соглашаться с вашей помощью (объяснениями) **с их необходимостью.** Примером может служить сравнение с процессом тренировок у спортсменов. Тренер объясняет, показывает, затем осуществляет страховку, при этом все упражнения спортсмен выполняет сам. Так и с ребенком: взрослый помогает, поддерживает, контролирует, но выполнение требований безопасности все же остается за ребенком.

И самое главное. У родителей не должно быть никаких противоречий: если границы обозначены и ребенок следует этим правилам, то нужно сделать так, чтобы он знал: родителей обмануть нельзя, ибо они в курсе - соблюдаются договоренности или нет. А для этого необходимо поощрять его желание честно рассказывать о каком-либо событии или ошибке.

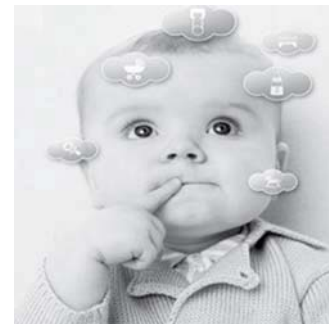
Дорогие родители, помните, что формирование безопасного поведения - это непрерывный, поэтапный процесс воспитания, требующий от родителей ответственности, высокого уровня терпения и понимания своих детей. ☺

В детстве воспоминания долго не хранятся

Многие люди с трудом вспоминают свои детские годы. Причина - в высоких показателях выработки нейронов в первые годы жизни.

Формирование новых клеток мозга повышает способность к обучению, но также очищает сознание от старых воспоминаний. Городской университет Лондона полагает: нейрогенез (образование нейронов) в зоне мозга, связанной с обучением и воспоминаниями, достигает своего пика до и после рождения. Потом, по мере взросления показатели начинают падать. Ученые установили, как нейрогенез воздействует на «хранилище воспоминаний» в мозге. Они протестировали молодых и старых мышей. У взрослых животных, если уровень нейрогенеза после формирования памяти рос, это создавало предпосылки для потери некоторой информации. У молодых животных, напротив, снижение нейрогенеза после формирования памяти говорило о том, что они не забывали информацию.

То есть, чем ниже уровень нейрогенеза, тем больше воспоминаний было в активе. Науке даже известен феномен детской амнезии: маленькие дети хотя и помнят определенные события, но недолго. До 4-5 лет фиксируется высокая активность гиппокампа, которая не позволяет стабильно хранить информацию.



**Поздравляем
Нину Григорьевну
АРСЕЧЬЕВУ,
главного врача КТБУЗ
«Детская городская
поликлиника,
г.Рубцовск», с
присуждением звания
«Отличник
здравоохранения».**

Коллектив, возглавляемый ею, является сподвижником журнала «Здоровье алтайской семьи», пропагандируя среди населения ответственное родительство, охрану материнства и детства. Нина Григорьевна - бессменный координатор проекта «Здоровая семья - это здорово!» в г.Рубцовске.

Желаем Нине Григорьевне дальнейших трудовых успехов, удачи и здоровья!





Что скрывается под маской эндометриоза

На страницах нашего журнала тему эндометриоза мы уже освещали, но данный диагноз по-прежнему остается самым частым и одним из самых сложных в гинекологической практике. Пожалуй, первыми вопросами, которые задают пациентки на консультации, бывают: что такое эндометриоз, и почему он возникает. Прежде всего, важно не путать название этого заболевания (эндометриоз) с понятием «эндометрий» (слизистой оболочкой полости матки) или «эндометрит» (воспалением слизистой полости матки).

Эндометриоз - это заболевание, при котором клетки эндометрия, в норме выстилающие полость матки, обнаруживаются и в других местах, обычно в пределах таза. Каждый месяц эта эктопическая ткань, находящаяся под гормональным контролем, подвергается таким же циклическим изменениям, как и весь эндометрий. Ежемесячные внутренние кровотечения не находят выхода из полости таза, приводя к развитию воспалений, болям и формированию соединительной ткани.

Чаще эндометриоз возникает у женщин репродуктивного возраста, но может наблюдаться и в подростковом периоде, и в период угасания функции яичников (45-50 лет).

Считается, что эндометриоз - это полиэтиологичное заболевание. Это означает, что причин для его возникновения много. Вот что к ним относят:

- возраст 30-45 лет;
- повышенный уровень эстрогенов;
- нарушение менструальной функции в подростковом возрасте;
- нереализованная репродуктивная функция, «отложенная первая беременность»;
- наследственная предрасположенность и генетические особенности;
- дисфункция иммунной системы, нарушение обмена веществ, приводящее к ожирению;
- операции на матке и патологические роды, сопровождающиеся травмами матки и ручным отделением плаценты;
- воспалительные заболевания матки и придатков, гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) и яичников, миома матки, застойные явления в матке;

- нервно-психическое перенапряжение, интенсивный физический труд или половой акт во время менструации;

- смещения или неправильное положение матки, атрезия цервикального канала;
- чрезмерное потребление алкоголя и кофеина, некоторых лекарственных препаратов и химических веществ.

Классификация эндометриоза

В соответствии с локализацией эндометриоидных включений выделяют: генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. В свою очередь, генитальный эндометриоз делится на:

I. наружный эндометриоз:

- *внутрибрюшинный* - поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позаднебрюшинное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников, и проникает в ткань, разрушая ее и образуя кистозные полости, наполненные кровью (эндометриомы);

- *внебрюшинный* - поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область;

II. *внутренний эндометриоз* (аденомиоз) - внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия.

При этом выделяют:

- *диффузную форму аденомиоза* - с проникновением на разную глубину вплоть до брюшины, покрывающей матку;

- *узловую форму* - с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон;



**Елена Александровна
МАРКОВА,**

врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ

Известно, что в структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место после воспалительных процессов и миомы матки, поражая до 50% женщин с сохраненной менструальной функцией.



◀ - *экстрагенитальный эндометриоз* - топографически не связан с тканями и органами репродуктивной системы. Может поражать мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, легкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и прочие органы.

Проявления эндометриоза

Клиническая картина эндометриоза зависит от локализации процесса, длительности его течения, формы и распространенности, а также сопутствующих заболеваний.

Часто главным или даже единственным симптомом заболевания является **бесплодие**. Бесплодием страдают в среднем 65% женщин с установленным диагнозом «эндометриоз». Механическое препятствие для оплодотворения возникает, когда образуются спайки, при поражении яичников эндометриозом, которые препятствуют нормальному сокращению маточных труб. Считается, что вызывать бесплодие может даже самый поверхностный процесс на брюшине малого таза, что связано с продукцией простагландинов, антиспермальных антител, опиоидных пептидов, и нарушает как процессы овуляции, так и функцию маточных труб.

К основным симптомам эндометриоза относят и **боли, которые возникают перед началом менструации и во время нее**. При развитии и прогрессировании процесса боли могут усиливаться. Сильные боли при дефекации возникают, когда эндометриоз прорастает в прямую кишку, при мочеиспускании - когда эндометриоз пророс, соответственно, в мочевой пузырь.

И, наконец, еще один важный клинический признак эндометриоза - **нарушение менструальной функции**. Как правило, это пред- и постменструальные мажущие кровянистые выделения, обильные и длительные менструации.

Диагностика эндометриоза основана на анализе: жалоб и данных анамнеза пациентки; оценки гинекологического статуса в динамике; результатов дополнительных методов исследования.

Для диагностики аденомиоза наиболее информативным является проведение **УЗИ накануне менструации**. Для определения локализации и распространенности наружного генитального эндометриоза больше подойдет **магнитно-резонансная томография (МРТ)** органов малого таза. Но «золотым» стандартом выявления наружного генитального эндометриоза считается проведение **лапароскопии**, которая позволяет не только определить распространенность и активность процесса, но и провести необходимые хирургические вмешательства (деструкцию очагов эндометриоза, цистэктомия, резекцию яичника, аквапурацию).

Лечение

Лечение эндометриоза подразумевает строго индивидуальный подход, нередко это длительный и многоэтапный процесс. Объем и методы терапии зависят от возраста пациентки, ее репродуктивных планов, локализации и распространенности заболевания, обязательно учитываются жалобы больной и имеющиеся сопутствующие, в том числе гинекологические, заболевания.

Пациентки с эндометриозом матки (аденомиозом) 1-2-й степени без клинических проявлений (без жалоб) подлежат только **наблюдению у гинеколога**, как правило, это *осмотр и УЗИ 1 раз в год*.

Больные с наружным генитальным эндометриозом лечатся хирургически, гормонально или комбинированно (хирургически и медикаментозно). Эта локализация процесса дает прогрессию в 70% случаев и достаточно часто сопровождается осложнениями и рецидивами.

Несомненно, раннее обращение за медицинской помощью, своевременно проведенное лечение и последующее выполнение всех рекомендаций врача делают прогноз при эндометриозе благоприятным. ☺



Эффект операции, с точки зрения возможности наступления беременности, зависит от тяжести эндометриоза. Так, после проведения операции беременность наступает примерно в 60% случаев у женщин с умеренным эндометриозом и лишь в 35% случаев - при обширном поражении. Для таких пациенток наиболее оптимальным лечением бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Повторные операции в случае рецидива патологии дают лишь небольшие шансы повлиять на наступление беременности.



Перспективы развития непрерывного профессионального образования средних медицинских работников в России

В Московском медицинском колледже №2 прошло совещание-семинар главных специалистов по управлению сестринской деятельностью и директоров образовательных учреждений Центрального федерального округа РФ «Непрерывное профессиональное образование среднего медицинского персонала - залог повышения качества оказания медицинской помощи».

С докладами на мероприятии выступили главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России С.И. Двойников, заместитель директора учебно-научного медицинского центра Управления делами Президента РФ, профессора С.А. Блащенко, заместитель председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству, к.м.н. З.З. Балкизов, старший методист Центра повышения квалификации специалистов здравоохранения Департамента здравоохранения Москвы С.Р. Волков, доцент Московского государственного университета.

Обеспеченность российского здравоохранения сестринскими кадрами

Соотношение врачей и среднего медперсонала на настоящий момент составляет 1:2,13 (рекомендуемое Всемирной организацией здравоохранения - 1:4).

В последнее десятилетие наметилась стойкая тенденция к снижению численности специалистов со средним медицинским образованием, оставшихся в профессии. Так, если в 2007г. в учреждениях здравоохранения РФ работали 1356346 специалистов со средним медицинским образованием, то в 2012г. - уже 1320020. Самыми крупными по численности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием являются Центральный и Приволжский федеральные округа РФ, самая низкая численность этих кадров - в Дальневосточном федеральном округе РФ.

Основные причины дефицита средних медицинских работников:

- низкие заработные платы средних медицинских работников (на 36% ниже, чем в среднем по стране);
- высокая доля среднего медицинского персонала пенсионного и предпенсионного возраста (более 50%);
- демографический провал (снижение числа выпускников школ в 3 раза);
- увеличение потребности в медицинской помощи из-за роста заболеваемости и смертности (по сравнению с 1990г. - на 46%).

Оптимизация подготовки специалистов со средним медицинским образованием

Отсутствие положительной динамики увеличения численности сестринского персонала, безусловно, требует от государства повышения престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа среднего медицинского работника в общественном сознании и развития мер социальной поддержки данных кадров системы здравоохранения.

Однако проблема усугубляется еще и тем, что качество подготовки специалистов со средним медицинским образованием оставляет желать лучшего. Это связано, в частности, с недостаточным уровнем педагогической подготовки преподавателей образовательных учреждений, их критическим средним возрастом. Решение проблемы видится в улучшении финансирования колледжей и вузов, готовящих сестринские кадры, в том числе направленного на увеличение заработной платы педагогических работников и восстановление системы повышения их квалификации.

Безусловно, необходим и контроль качества образования. Исходя из требований Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступающих в силу 1 сентября 2013г., при аттестации профессиональных образовательных организаций будет проводиться диагностика учебных достижений обучающихся и на последующих курсах обучения.

Оценка качества подготовки обучающихся на первом и втором курсах осуществляется на основе данных еженедельного мониторинга образовательных учреждений. Данные мониторинга получают на основе анализа материалов, вывешенных на сайте образовательной организации. Таким образом, качество материалов, размещенных на сайте образовательной организации, является в настоящее время основанием для оценки качества обучения.

Непрерывное внедрение новых медицинских технологий диктует необходимость обеспечения качества и последилового медицинского образования. **На сегодняшний день система последилового образования имеет несколько существенных недостатков:**

- длительный временной интервал между периодами повышения квалификации (один раз в 5 лет);
- низкая эффективность курсов повышения квалификации;
- низкий уровень мотивации медсестер к повышению своего профессионального уровня и др.

С целью устранения перечисленных недостатков необходимо развивать систему непрерывного медицинского образования:

- организовывать обучение специалистов на рабочих местах, создавая информационные и учебно-методические центры в ЛПУ и используя электронные ресурсы;
- внедрять программы повышения квалификации специалистов с балльной системой кредитов;



◀ - с помощью заработной платы стимулировать стремление сотрудников к повышению их профессионального уровня.

Непрерывное медицинское образование: определение и основные принципы

Непрерывное медицинское образование (НМО) - это образование медицинских и фармацевтических работников, которое начинается после получения специальности и продолжается непрерывно в течение всей жизни. В терминах существующей нормативно-правовой базы это - дополнительное профессиональное образование, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки.

Мерилом активности специалиста в системе НМО является набор кредитов. Кредиты - это единицы измерения трудоемкости учебной нагрузки по программам повышения квалификации. **Разработчики отечественной системы НМО выделяют следующие принципы его развития:**

- использование отечественного опыта;
- гармонизация с международными нормами (например, требованиями Европейского союза медицинских специалистов, Ассоциации по медицинскому образованию в Европе, Всемирной федерации по медицинскому образованию и др.);
- партнерство государства и профессиональных организаций;
- комплексность обучения;
- персонализированность, непрерывность и контроль;
- удобство для обучаемого (возможность создания индивидуального плана НМО и обучения на рабочем месте и др.);
- применение инновационных технологий (дистанционные технологии - через Интернет, электронные библиотеки, симуляционные курсы);
- высокое качество;
- независимость образования (отсутствие монорекламы производителей, создание Кодекса этики участия спонсоров в НМО);
- система мотивации к обучению (учет накопленных кредитов при продлении права работать по специальности, при аттестации, при оплате труда);
- бесплатность для работников (отдельная статья расходов на обучение работников в бюджетах всех уровней и бюджете ОМС, средства медицинских и фармацевтических производителей с учетом Кодекса этики участия спонсоров в НМО).

Остановимся подробнее на некоторых из этих принципов.

Сохранение и развитие лучшего отечественного опыта в системе НМО предполагает при существующей сейчас системе обучения специалистов в колледжах и вузах усовершенствовать систему дополнительного последиplomного образования, активно развивая практику набора кредитов.



При определении кредитного веса образовательных мероприятий можно учитывать опыт зарубежных стран, где за один кредит (зачетную единицу) принимается один академический час образовательной активности. Перечень аккредитованных дополнительных образовательных мероприятий утверждается совместно Министерством здравоохранения, образовательным учреждением и региональной ассоциацией медицинских сестер (врачей). В среднем предполагается, что медицинский специалист накопит 250 кредитов за 5 лет, то есть по 50 кредитов в год. Учитывая, что плановое повышение квалификации в институте последиplomного образования также приносит кредиты (кредитный вес циклов повышения квалификации определяется образовательным учреждением), накопление 250 кредитов за 5 лет вполне реально.

Варианты НМО и необходимые условия для его реализации

Для специалистов в системе НМО возможны следующие варианты получения знаний:

- очное обучение в образовательной организации системы дополнительного профессионального образования;
- дистанционное обучение;
- участие в модульно-накопительной системе;
- обучение, стажировка на рабочем месте;
- обучение в общении с коллегами и руководителями;
- участие в конференциях, съездах, семинарах и других мероприятиях;
- изучение специальной литературы;
- использование возможностей Интернета.

Для реализации перечисленных образовательных мероприятий нужно создать необходимую материально-техническую базу в ЛПУ:

- компьютеризировать рабочие места;
- обеспечить сотрудникам доступ к современным высококачественным источникам информации, в том числе в Интернет;
- создать методические кабинеты, обеспеченные современными книжными изданиями.

На региональном уровне для реализации системы НМО необходимо:

- создание и поддержание региональных медицинских библиотек;
- создание системы дополнительных образовательных мероприятий;
- информационное наполнение электронной медицинской библиотеки;
- создание и обновление банка тестов.

Финансирование и экономическая эффективность системы НМО

Реализация системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе среднего медицинского персонала, безусловно, требует определенных финансовых вложений - по оценкам специалистов, около 6 млрд. рублей в год. Финансирование может осуществляться из федерального и регионального бюджетов, из средств ОМС и работодателей, а также с помощью грантов фармацевтических и прочих компаний.

Качественная и непрерывная подготовка специалистов позволит:

- улучшить результаты лечения;
- сохранять жизни пациентов и снизить инвалидизацию;
- снизить издержки от излишних назначений и госпитализаций, а также осложнений у больных;
- улучшить мотивацию медицинских работников.

Все вышеперечисленное, по прогнозам специалистов, даст на каждый затраченный рубль - 10 рублей эффекта для экономики. ☺



Особенности ухода за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения

Наше отделение острых нарушений мозгового кровообращения открыто в составе Регионального сосудистого центра в 2008 году. Основной задачей отделения является оказание помощи больным с острым инсультом, включающее лечение и вторичную профилактику. Одновременно в отделении находится до 60 пациентов, их прием осуществляется круглосуточно.

В отделении работает мультидисциплинарная бригада - это единая команда с четкой согласованностью действий, осуществляющая помощь пациентам. В ее состав входят: врач-невролог, врач ЛФК, медицинская сестра, инструктор ЛФК, логопед, психолог и социальный работник.

Реабилитация пациентов, перенесших инсульт, - это не только медикаментозное лечение, но и обучение, восстановление утраченных функций организма, пострадавших от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Пациенты очень нуждаются в постоянной помощи не только медицинского персонала отделения, но своих родственников. В период болезни они становятся очень ранимыми, беззащитными и любая помощь, поддержка и похвала даже за небольшое достижение помогает создать атмосферу доверия, улучшить моральное и физическое самочувствие больных.

Восстановление включает в себя лекарственные назначения врачей-неврологов, лечебные упражнения, тренировку речи и памяти, двигательной активности, навыков письма.

Реабилитационная медицинская сестра - не только основная опора врача-невролога, но и связующее звено в работе всех членов мультидисциплинарной бригады. Она оказывает помощь и обеспечивает основные нужды больных в течение дня: питание, умывание, одевание, правильную укладку в постели, пересаживание.

Реабилитация больных после ОНМК направлена на восстановление

функциональных возможностей нервной системы или компенсацию неврологического дефекта, социальную, профессиональную и бытовую реабилитацию. Длительность процесса реабилитации зависит от степени тяжести инсульта.

При поступлении больного в отделение врач ЛФК оценивает его состояние, степень нарушения функций (сила мышц в баллах, мышечный тонус, нарушения чувствительности), **исходные показатели гемодинамики:** артериальное давление, частота сердечных сокращений.

Инструкторы по ЛФК с пациентами проводят занятия, которые направлены на улучшение физического состояния. Они проходят либо в двух залах лечебной физкультуры отделения ОНМК, оборудованные по современным технологиям, либо - при невозможности посещения зала - непосредственно в палатах.

Для облегчения перемещения пациентов палаты и коридоры нашего отделения оснащены поручнями.

Очень важно с самого начала не только вызвать заинтересованность пациента в достижении цели, заручиться его готовностью к сотрудничеству, но и **воспитывать у него стремление к самостоятельности и независимому образу жизни.** Ведь чрезмерная опека в дальнейшем может сказаться и на степени восстановления функций, и на поведении пациента, способствуя формированию психологии инвалида, что, несомненно, ухудшает качество жизни больного и членов его семьи.



Марина Николаевна ШЕШИНА,

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, неврологическое отделение острых нарушений мозгового кровообращения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО «ПАСМР»

В лечении инсульта приоритетом является ранняя реабилитация. Ее эффективность зависит от правильной координации и согласованности действий различных специалистов.



Советы медицинской сестры

Не менее важной для создания благоприятной реабилитационной среды остается работа с родственниками и ухаживающими за больным лицами. Учебный кабинет оснащен предметами ухода, демонстрационной техникой, дисками с видеофильмами, методическими пособиями и памятками. На занятиях, организованных для них, разъясняются правила ухода в домашних условиях за больными, перенесшими инсульт: как мыть пациента в ванной, умыть, одевать (помогать одеваться), как составить распорядок дня пациента и обеспечить круглосуточное наблюдение и патронаж лежачего больного. Если у больного минимальные двигательные возможности, родственников обучают элементам кинези- и эрготерапии. Родственники должны знать принципы вторичной профилактики, что такое постинсультные состояния, как оказывать доврачебную помощь при их развитии.

Как восстановить самостоятельность пациента, перенесшего инсульт:

- *установите простой, удобный распорядок дня.* Если нужно, переставьте мебель так, чтобы больной мог передвигаться свободно и безопасно;

- *в процессе одевания лучше помогать в самой трудной его части,* но не брать полностью всю процедуру до конца на себя;

- *попытайтесь, чтобы умывание, прием пищи, чистка зубов также осуществлялись максимально самостоятельно.* Для этого захват многих предметов (нож, ручка, зубная щетка...) можно облегчить, используя резиновую, пластиковую или даже толстую поролоновую трубку, прикрепленную на ручку предмета. Использовать кисть руки будет легче, если предплечье подержано на определенной высоте;

- *при включении крана* можно применять резиновые, пластиковые насадки-рычаги;

- *при чистке зубов можно заменить обычную щетку электрической или использовать ополаскиватель для полости рта.* При бритье лучше подойдет утолщенная ручка бритвы или более легкая электробритва;

- *при мытье больной может воспользоваться мочалкой-рукавичкой или мочалкой на длинной ручке.* Мыло можно повесить на веревочке на шею или пользоваться жидким мылом с дозатором. При вытирании используйте маленькое полотенце с боль-



шими петлями, пришитыми с двух сторон (в них должна свободно проходить кисть руки) или вместо полотенца после душа надевать махровый халат, впитывающий влагу;

- *для ухода за ногтями* потребуются ножницы или кусачки, которые легко и удобно удерживать в руке, а также пилка с большой ручкой. Пилку можно прикрепить на стол;

- *в туалете* на нужной высоте прикрепите на стену поручни; на унитаз сделайте накладку для увеличения высоты сиденья (будет легче подниматься); вместо туалетной бумаги удобнее использовать бумажные салфетки;

- *ряд приспособлений может пригодиться и на кухне:* для чистки ножей и вилок можно использовать небольшую щетку, которая прикрепляется к краю раковины (на резиновых присосках). Овощи будет легче чистить, если они будут зафиксированы на нержавеющей гвоздях, вбитых в разделочную доску, которая не будет скользить по столу на мокром полотенце. Чтобы намазать кусок хлеба маслом, можно поместить его в возвышающийся над поверхностью разделочной доски угол, который образован при помощи двух деревянных реек, при этом уровень выступающего угла не должен быть выше толщины куска хлеба. ☺

Продолжение следует.

Уже на стационарном этапе необходимо обучить больных одеванию, приему пищи, умыванию, пользованию туалетом, телефоном, ручкой и т.д. Работа социального работника в отделении направлена на адаптацию пациента к повседневной деятельности. Эта работа проводится в палатах, в специально оснащенных кабинетах со стендами для обучения бытовым навыкам и разработкой мелкой моторики рук. Активную помощь в работе социальному работнику оказывают реабилитационные сестры.



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

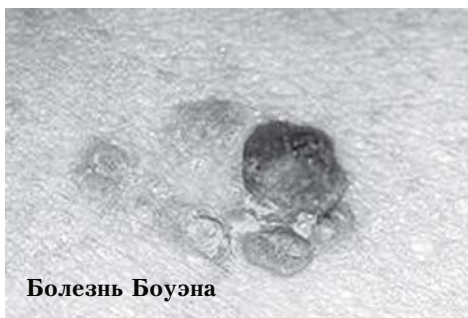


Облигатные предраковые заболевания

Более ста лет тому назад термин «предрак» предложил французский ученый, дерматолог Дюбрейль. Этим термином обозначаются процессы, которые предшествуют развитию опухоли, но не всегда развитие таких процессов заканчивается образованием последней.

Основоположник отечественной школы онкологии Н.Н. Петров расценивал процессы, обозначаемые термином «предрак», как **дистрофические изменения эпителия**, которые при соответствующих условиях могут принять обратное развитие, заканчиваясь выздоровлением, в других случаях - переходят в рак, что, как правило, бывает связано с продолжающимся действием канцерогенного фактора. В любом случае, по современным представлениям, развитие рака - это многоступенчатый и часто довольно длительный процесс. По выражению биохимика В.С. Шапота: *«Всякий рак имеет свой предрак, но не всякий предрак переходит в рак»*. Слово «облигатный» означает «обязательный».

Облигатные предраки - это генетически предопределенные процессы, при которых наиболее часто наблюдается развитие злокачественных новообразований - более чем в 80% случаев (тогда как средний риск развития злокачественных новообразований в популяции составляет 20-22%). В настоящее время в клинической практике определены нозологические формы, предшествующие раку, с большим или меньшим онкологическим риском, которые подлежат диспансерному наблюдению.



Болезнь Боуэна

Облигатные предраки классифицируют по нозологическим формам и патоморфологическим изменениям.

Облигатные предраки по нозологическим формам

Болезнь Боуэна по международной классификации относят к внутриэпидермальному раку (cancer in situ). Ее связывают с воздействием солнечного излучения. Проявляется она в виде одиночного или множественных очагов на коже любого участка тела, слизистых или красной кайме губ. Вначале - это участок гиперемии кожи округлой или неправильной формы. Затем, по мере разрастания, участок приподнимается над здоровой поверхностью, появляются признаки гиперкератоза, бородавчатые разрастания по периферии, мокнутие, корочки. Болезнь Боуэна может оставаться поверхностным раком или трансформироваться в плоскоклеточный рак.

Лечение производится путем криодеструкции или хирургическое.

Эритроплазия Кейра - это заболевание, типичное для женских и мужских половых органов (головки полового члена, половых губ и влагалища у женщин), но описано и на слизистой оболочке полости рта. Также представляет собой поверхностный рак. Клинически - это участок слизистой с бархатистой или блестящей поверхностью, позже могут появляться корки и эрозии. Погружной рост отмечается в 30% случаев.

Лечение: химиотерапия, лучевая терапия, криолечение.

Пигментная ксеродерма - врожденная дистрофия кожи, проявляющаяся с раннего детства сверхчувствитель-



Юлия Николаевна ДИМИТРИАДИ,
врач-онколог, первая квалификационная категория;



Татьяна Владимировна СИНКИНА,
кандидат медицинских наук, заведующая отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, врач-онколог, высшая квалификационная категория

- КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»



Победим свой страх!

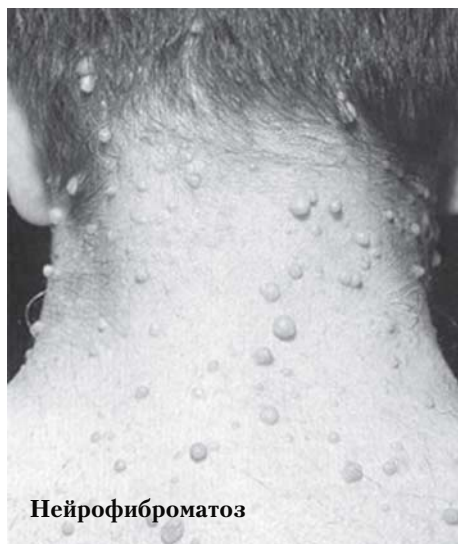


Пигментная ксеродерма



Яркий пример работы отделения профилактики: на период за 2012 год в отделении состояли 927 пациентов с облигатными предраковыми заболеваниями, и только у 11 пациентов выявлено злокачественное новообразование на ранней стадии, что составляет 1,2 процента.

ностью к солнечным лучам. Под действием инсоляции появляются пигментные пятна, возникает дерматит, наступает атрофия кожи с расширением сосудов и очагами гиперкератоза. Бородавчатые разрастания трансформируются во множественные раковые очаги.



Нейрофиброматоз

Нейрофиброматоз (или болезнь Реклингхаузена) относится к определенной группе патологий - факоматозов. Такая патология обусловлена нарушением обмена в организме в целом, которое вызвано повреждением гена, отвечающего за синтез какого-либо важного фермента. Данное заболевание поражает многие органы и даже целые системы. Возможны пороки развития кожи, нервной системы, глаз, внутренних органов и т.д. Клинически это - розовато-коричневые нейрофибромы, многие из которых сидят на ножке, могут покрывать всю кожу, вызывают резкую болезненность. Заболевание вызывает тяжелый косметический дефект.

Лечение: хирургическое отдельных опухолей.

Предраковые заболевания кишечника

Диффузный семейный полипоз относится к предраковому заболеванию кишечника. Если одиночные полипы превращаются в рак в 50-60% случаев, то множественные - почти всегда. Необходимо отметить, что при полипозе можно проследить все стадии малигнизации эпителия: от его гиперплазии до образования полипа и от полипа до рака. Особенно важно, что при полипозе можно наблюдать малигнизацию полипов одновременно в нескольких местах. Это явление свидетельствует о наличии очагов мультицентрического роста.

При полипозе показана резекция пораженной части или удаление всей толстой кишки.

Ворсинчатая опухоль - это доброкачественная, железистая опухоль, исходящая из покровного эпителия слизистой оболочки прямой или толстой кишки. Заболевание длительное время протекает бессимптомно, затем появляются жалобы на выделения из прямой кишки характерной тягучей слизи. Частые выделения слизи сопровождаются мацерацией анOPERИНЕАЛЬНОЙ области и зудом.

Лечение заключается в их удалении электроножом, петлей или путем электрокоагуляции, при более крупных полипах прибегают к резекции пораженного отдела кишки.

Предраковые заболевания молочной железы

Листовидная опухоль молочной железы в маммологии также встречается под названиями «листовидная



Листовидная опухоль



Победим свой страх!

фиброаденома», «интраканаликулярная фиброаденома», «гигантская миксоматозная фиброаденома», «филлоидная фиброаденома» и другие. Как и другие двухкомпонентные образования молочной железы (фиброаденомы), листовидная опухоль характеризуется пролиферацией (разрастание ткани организма путем размножения клеток делением) эпителиального и соединительно-тканного компонентов с преобладанием последнего. Среди фиброэпителиальных образований молочной железы частота встречаемости листовидной опухоли составляет около 1,2-2 процентов. Листовидная опухоль характеризуется склонностью к интенсивному росту, рецидивированию, злокачественному перерождению в саркому. Озлокачествление листовидной опухоли молочной железы наблюдается в 3-5% случаев.

Лечение: оперативное, выполняют секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием.



Болезнь Минца

Внутрипротоковая папиллома (кровоотсасывающий сосок, болезнь Минца) - доброкачественное заболевание молочных желез, это опухоль от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, которая находится в просвете молочного протока железы. Причиной возникновения внутрипротоковых папиллом на сегодняшний день считают гормональный дисбаланс. Как правило, внутрипротоковая папиллома развивается на фоне фиброзно-кистозной мастопатии: и узловой, и диффузной. При мастопатии протоки оказываются расширенными, где и образуются папилломы.

Лечение папилломы только оперативное: как правило, это секторальная резекция молочной железы.

Папиллома мочевого пузыря - среди всех доброкачественных опухолей эпителиальной природы в мочевом пузыре папилломы составляют 30%, но клинически ведут себя, как злокачественные. Так, 24% рака мочевого пузыря возникает из первично доброкачественных папиллом. Основным симптомом является наличие крови в моче. Визуально имеет вид ворсинчатого образования («цветной капусты»), чаще на тонком основании.

Лечение состоит в эндо- и трансвезикальной электрорезекции.

Облигатные предраки по морфологическим изменениям

Дисплазии умеренной (III) и (IV) степени тяжести:

- бронхиального дерева;
- слизистой желудка;
- молочной железы;
- эндометрия;
- шейки матки;
- меланоцитарная пигментного невос (любой степени тяжести).

Показанное лечение: лазеротерапия, электрокоагуляция, криодеструкция. Оперативное лечение (резекция) - при тяжелой степени дисплазии.

Облигатные предраковые заболевания нуждаются в лечении и диспансерном наблюдении с целью профилактики злокачественного перерождения. Если возможно, то предопухольную патологию излечивают радикально. При склонности к хроническому течению предопухольного процесса его подвергают постоянному наблюдению с применением возможного профилактического лечения. Диспансерное наблюдение осуществляют онкологи и терапевты лечебных учреждений совместно с другими узкими специалистами (в зависимости от локализации процесса).

В свете вышесказанного приведем яркий пример работы отделения профилактики: на период за 2012 год в отделении состояли 927 пациентов с облигатными предраковыми заболеваниями, и только у 11 пациентов выявлено злокачественное новообразование на ранней стадии, что составляет 1,2 процента. ☺

Пациенты, имеющие облигатные предраковые заболевания, подлежат обязательному обследованию, хирургическому или другому показанному лечению, а далее - пожизненному диспансерному наблюдению. Мы, врачи отделения профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований поликлиники Алтайского краевого онкологического диспансера «Надежда», будем приветствовать, если пациенты, имевшие в анамнезе облигатные предраки, будут наблюдаться у нас по адресу: г.Барнаул, Змеиногогорский тракт, 110; 516, 518 кабинеты.



Если есть возможность сохранить зуб, - сохраним обязательно

На вопросы, касающиеся здоровья зубов, причин заболеваний ротовой полости, отвечает пародонтолог городской стоматологической поликлиники №1 Валентина Николаевна ХРАМКОВА.

- В стоматологию постоянно приходят новые технологии. Возможности лечения и протезирования заметно меняются. В тех случаях, когда еще недавно речь шла об удалении зубов, сегодня находятся способы их сохранения. Это же можно сказать о пародонтологии?

- Я работаю в этой области стоматологии почти 40 лет. Если сначала у нас в поликлинике трудились два пародонтолога, то сейчас - уже четыре. И это продиктовано жизнью. Очевидно, что в каждой муниципальной поликлинике стоматологического профиля, в частных кабинетах обязательно должны быть такие специалисты уже потому, что нашей общей целью является именно сохранение зубов, что невозможно обеспечить только силами других врачей.

Стоматология - узкая специальность. И при этом в данной области трудятся терапевты, ортодонты, хирурги, пародонтологи... Значимость последней специальности подтверждается фактом: в мире считается нормой посещение стоматологической поликлиники начинать со встречи с пародонтологом. Без преувеличения, эти специалисты - высшая каста: они знают, как лечить зубы, какие ставить импланты или протезы, чтобы результат сохранялся в течение долгого срока, и многое другое. В нашей поликлинике при решении этих вопросов терапевты, ортопеды обязательно пациента направляют к пародонтологу.

Сейчас успешно развивается эстетическое направление стоматологии. К нам все чаще обращаются не только за качественным лечением, но и за хорошим настроением, за тем, чтобы иметь красивые зубы перед зна-

чимым для себя событием, поездкой. И это стало возможным.

Подчеркну, что если грамотный врач видит налет, отложения на зубах человека, пришедшего на прием, то никогда не приступит к протезированию, предварительно не отправив пациента к пародонтологу. В нашей поликлинике это равносильно закону. Именно мы, пародонтологи, оказываем первую помощь.

- Давайте подробнее остановимся на значении соблюдения правил гигиены ротовой полости для здоровья человека.

- Причиной многих бед является именно ненадлежащий уход за полостью рта. Особенно это беда старшего поколения. Если зубы чистятся нерегулярно, происходит минерализация налета и последующее разрушение сначала слизистой, а потом костной ткани. Зубы оголяются, начинаются болезненные проявления. Врач проводит лечение в комплексе: разъясняются правила ухода за полостью рта, снимается воспаление, назначаются медикаментозные препараты и физиопроцедуры. И только когда этот процесс завершается, пациенты отправляются на протезирование.

Бывает, приходят люди с такими запущенными случаями, что из-за отложений терапевт не может найти полости в зубах. Именно к пародонтологам обращаются терапевты и в случаях, когда требуется консультация по поводу целесообразности сохранения зуба или проведения определенных видов протезирования. Пародонтолог является универсальным специалистом, знающим основы хирургии, ортопедии, терапии, а также кожные заболевания и заболевания внутренних органов. Это необходимо, чтобы правильно выбрать стратегию лечения.



Процесс сохранения зуба, нередко достаточно трудоемкий для врача, тоже должен быть оправдан. Если на данный зуб ложится большая нагрузка, то не всегда затраченные усилия имеют долгосрочный результат. В таком случае выбираются протезирование или установка импланта. Важно всегда думать на перспективу. Могу отметить, что современное протезирование позволяет поставить зубы даже лучше тех, что потеряны, поскольку их ряд полностью выравнивается.

В заключение каждого лечения для пациента подробно расписываются все назначения и рекомендации. Однако не все пациенты дисциплинированы, понимают обязательность выполнения требований врача - и расплачиваются за это своим здоровьем.

В нашу поликлинику непросто попасть на прием. Поэтому особое внимание уделяем диспансеризации, имеем возможность взять на учет до 150 человек. Обычно это молодые люди, для которых врач стремится выстроить мотивацию последующего лечения и выполнения профилактических процедур.

- И все же - почему именно лечащий врач должен обучать правилам гигиены?



- Пока это действительно так - другого варианта нет. Однако ситуация начала меняться. Решается вопрос о том, чтобы в поликлиниках были гигиенисты - врачи, обучающие пациентов правилам гигиены полости рта, начиная с подбора щеток, пасты, прочих средств и кончая пояснениями, какие движения при чистке зубов следует выполнять, как часто зубы нуждаются в чистке, ополаскивании, как правильно использовать зубную нить. Гигиенисты в дальнейшем будут выполнять первую ступень стоматологической помощи: снимать зубные отложения. Сейчас это делается с помощью ультразвука, при этом методе не травмируются ткани, что является его несомненным преимуществом. В дальнейшем также будут оборудованы кабинеты для гигиены полости рта.

Стараемся, чтобы число посещений поликлиники каждым нашим пациентом было минимальным. Раньше лечение занимало не меньше месяца и повторялось несколько раз в год. Сейчас помочь человеку удается за 4-5 посещений. Стремимся сделать одномоментно больший объем работы, чтобы к данным проблемам в дальнейшем не возвращаться.

Уже несколько лет работаем на аппарате «Вектор». Он позволяет выполнять операции без разрезов и боли. Однако аппаратное лечение показано не всем. И сразу результат лечения виден лишь при легких формах болезни. А вообще для наших специалистов очевидно, что лучше и надежнее собственных рук в практике пародонтолога ничего нет.

Для проведения физиопроцедур в поликлинике установлен аппарат, совмещающий магнитное воздействие, электрофорез, лазер. Эффективно проводится местное лечение вакуумом - устанавливаются на десны микробаночки. Процедура улучшает кровоснабжение, и эффект сохраняется длительное время. Есть люди, которые регулярно проходят лечение, профилактический осмотр на протяжении 20-25 лет, и за это время у них не удалили ни одного зуба!

- Молодежь тоже страдает пародонтитом?

- Пародонтит по распространенности превосходит кариес: им страдает до 97% населения. У нас

на самом деле избыток таких пациентов. И если в иной поликлинике, другом лечебном учреждении говорят, что у них больных пародонтитом нет, значит, просто нет специалистов, которые бы увидели данный круг проблем. Больных пародонтитом надо выхаживать, скрупулезно в течение длительного времени заниматься их проблемами. У нас, пародонтологов, нет возможности выполнять операции по лечению зубов, оказывать иную помощь - просто не остается для этого времени.

Что касается возраста больных, отмечу, что уже у девятилетнего ребенка может развиваться пародонтит. Все зависит от того, в какой среде он живет, насколько регулярно чистит зубы. Раньше я нередко выезжала в школы, смотрела детей. Очевидно, что если у ребенка выявлен гингивит и не пролечен, значит, сделан первый шаг к пародонтиту. Неверно считать, что подростковый, ювенильный, гингивит пройдет сам собой по мере взросления ребенка. Ничего не происходит, если нет лечения! Уже к 19-20 годам у таких людей бывают средние и тяжелые формы заболевания.

В зависимости от возраста меняется и ответственность за свое здоровье. Например, после тридцати лет чаще всего пациенты более дисциплинированы: назначишь время приема - придут. А молодые почувствовали улучшение и все - посещение стоматолога считают необязательным. Между тем, с каждым новым обострением теряется больше костной ткани. Проблема становится серьезнее.

- Давайте еще раз назовем основные причины заболевания зубов.

- Состояние полости рта современного человека - большая проблема. Абсолютно все неправильно чи-

стят зубы, тем более - не чистят язык. Каждый новый посетитель обязательно смущается, когда врач объясняет ему элементарные правила. Правилам гигиены ротовой полости нужно учиться с раннего детства. Второй негативный фактор: пища стала мягкой, обработанной. Людям это удобно, но многие забывают, что нужно обязательно есть и твердую пищу - это естественный массаж десен, очистка зубов. Люди стали меньше жевать, многие не принимают витамины, препараты кальция. Для здоровья зубов основными являются витамины С и Р. Обязателен прием препаратов кальция при пародонтите, особенно - женщинами после 45 лет, мужчинами - после 45-50 лет. В организме женщины после 45 лет не вырабатываются эстрогены, возникает угроза развития остеопороза. В то же время с пищей кальция в организм человека поступает недостаточно, поэтому его препараты врачи рекомендуют принимать 1-2 раза в год.

Остановлюсь на процедуре отбеливания зубов, которая становится все популярнее. Она не так проста и безобидна, как иногда считается. Дело в том, что серьезное отбеливание - как у артистов - может привести к осложнениям: росту чувствительности зубов, восприимчивости к красящим продуктам. Отбеливание проводится перекисью карбамида высокой концентрации - 36%, которая сравнима по действию с концентрированной перекисью водорода. Долгое время считалось, что эмаль подобна кварцу - ей ничего не грозит. Однако отбеливающее вещество может привести к образованию сеточки на эмали и в дальнейшем - к более интенсивному окрашиванию зубов соответствующими продуктами.

Важно понимать, что в любой ситуации, при любых возникших проблемах каждому из нас нужен грамотный доктор, способный дать исчерпывающие рекомендации и оказать действенную помощь. Сотрудничество с одним врачом на протяжении многих лет в вопросах сохранения здоровья зубов - также один из факторов, помогающих их сохранить. ☺

Лариса Юрченко



Двигательные нарушения - как следствие перинатального поражения центральной нервной системы

В предыдущих публикациях мы говорили о проблемах недоношенности, нарушениях зрения и слуха. Пришло время поговорить о самом распространенном виде неврологических нарушений у детей - о двигательных нарушениях как последствиях перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС).

Именно двигательная сфера в наиболее ранние сроки и наиболее информативно может сказать нам о наличии у ребенка каких-либо неврологических нарушений.

Как правило, двигательные нарушения у детей раннего возраста формируются вследствие перинатальной патологии центральной нервной системы. ППЦНС - это большая группа патологических состояний раннего возраста, обусловленных воздействием вредных факторов на нервную систему в периоде с 28-й недели беременности до родов (пренатальный период), в родах (натальный период) и в ранний послеродовой период - с момента рождения до седьмых суток жизни (ранний постнатальный (или неонатальный) период). Другими словами: любые неблагоприятные факторы, оказавшие воздействие на ребенка в предродовой, родовой и (или) ранний послеродовой периоды, формируют перинатальную патологию центральной нервной системы. Таким образом, ППЦНС является только частью диагноза, говорящей о поражении центральной нервной системы в определенный отрезок жизни и не несущей информации о характере имеющихся нарушений у ребенка.

Причинами поражения ЦНС в пренатальном периоде могут быть гипоксия (дефицит кислорода в крови), внутриутробные инсульты (ишемического и геморрагического типа), внутриутробная инфекция и другие факторы, приводящие к поражению головного мозга внутриутробно. В

родовом периоде причинами поражения ЦНС ребенка являются родовая травма, связанная с дискоординированной родовой деятельностью женщины, возникшие родовые кровотечения, позднее применение акушерского пособия, выдавливание плода. Кстати, говоря о родовой травме, хочется отметить, что в структуре перинатальной патологии она занимает совсем небольшую долю и составляет всего около пяти процентов. Наиболее часто нарушения развиваются внутриутробно, а впоследствии усугубляются дискоординацией между матерью и ребенком во время родов.

Поражения центральной нервной системы могут развиваться у ребенка в раннем послеродовом периоде за счет нарушений кровотока, дыхания. В последующем они усугубляются страданием тканевого дыхания с образованием веществ, токсических для центральной нервной системы и аутоиммунных процессов, которые приводят к дальнейшей гибели клеток центральной нервной системы. Недоношенность рассматривается как 100%-ная угроза по формированию перинатальной патологии центральной нервной системы у ребенка.

Нельзя не сказать и о факторах риска, приводящих к развитию внутриутробных поражений центральной нервной системы. К ним относятся:

- курение матери (как активное, так и пассивное),
- алкоголь,
- неблагоприятный психоэмоциональный климат для беременной,



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,
главный внештатный детский невролог Алтайского края

Говоря о родовой травме, хочется отметить, что в структуре перинатальной патологии она занимает совсем небольшую долю и составляет всего около пяти процентов. Наиболее часто нарушения развиваются внутриутробно, а впоследствии усугубляются дискоординацией между матерью и ребенком во время родов.



Таблица моторного (двигательного) развития

1 месяц. В положении на животе поднимает голову, пытается ее удержать.

2 месяца. В положении на животе хорошо держит голову. Удерживает вложенную игрушку в руке.

3 месяца. Удерживает голову в вертикальном положении. В положении на животе - опора на руки под острым углом. Кисти открыты, натывает руками на повешенные перед ним игрушки, пытается их захватить. При попытке потянуть за руки приподнимает голову.

4 месяца. В положении на животе опора на руки под прямым углом. Поворачивается на бочок. При потягивании за ручки сгибает руки в локтях, подтягивается.

5 месяцев. В положении на животе опирается на кисти рук, высоко поднимая верхний плечевой пояс. Поворачивается со спины на живот. При потягивании за руки присаживается.

6 месяцев. Переворачивается с живота на спину. Посаженный, удерживает позу с опорой на две руки. Подползает к игрушке. Может держать в каждой руке по игрушке, перекладывает их из руки в руку.

7 месяцев. Сидит самостоятельно или с опорой на одну руку. Ползает по-пластунски.

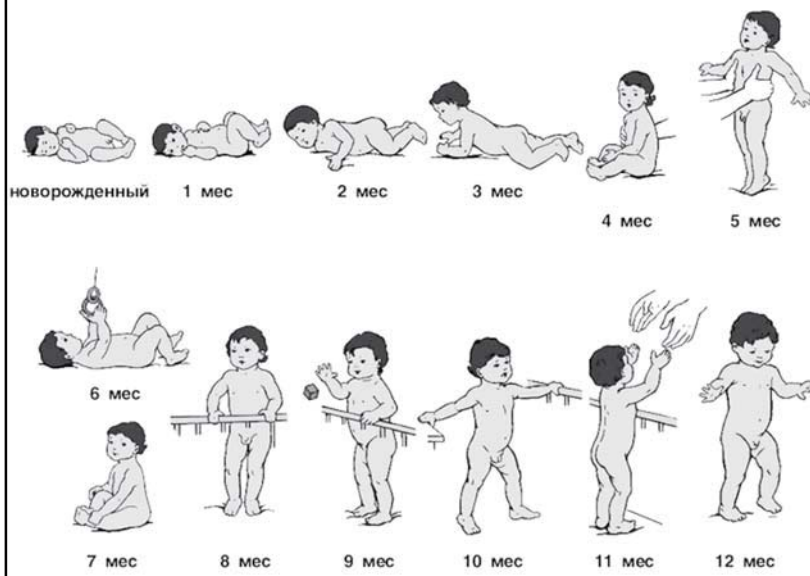
8 месяцев. Устойчиво сидит. Самостоятельно садится. Встает на четвереньки, у опоры встает на колени, стоит, держась за опору. Хлопает в ладоши, протягивает руки близким людям, чтобы его взяли на руки. Машет «до свидания».

9 месяцев. Ползает, попеременно передвигая то правые, то левые конечности. Встает у опоры на ноги. Стоит. Передвигается, держась за опору. Захватывает мелкий предмет двумя или тремя пальцами.

10 месяцев. Стоит без опоры кратковременно, ходит за две руки. Собирает пирамидку. Показывает части тела другого человека. Под контролем зрения вкладывает пальцы в отверстия.

11 месяцев. Стоит самостоятельно. Ходит за одну руку, делает первые самостоятельные шаги. Вкладывает пальцы в отверстия на ощупь. Показывает части своего тела.

12 месяцев. Ходит самостоятельно, приседает и встает.



◀ - хронические заболевания будущей мамы,
- неблагоприятная экологическая среда.

Также причинами поражения центральной нервной системы могут быть:

- врожденные аномалии головного мозга,
- наследственные заболевания,
- различные нарушения обмена жиров, белков, углеводов, микроэлементов,

- врожденная патология внутренних органов и желез внутренней секреции.

Двигательные нарушения могут быть разнообразными. Выделяют:

- пирамидную недостаточность,
- спастические парезы и параличи,
- вялые парезы и параличи,
- синдром диффузной мышечной гипотонии,
- гиперкинезы,
- мышечную дистонию,
- задержку стато-моторного развития.

Эти нарушения могут появляться у ребенка не сразу, а также изменяться с течением времени. Существуют даже «немые», то есть не проявляющиеся клинически, внутриутробные инсульты. Именно поэтому важно посещать невролога в определенные сроки! **При условии отсутствия у ребенка неврологической патологии - это первый, третий, шестой, девятый, 12, 18, 24 месяца жизни ребенка. При наличии неврологической патологии у ребенка график посещения невролога определяется индивидуально.**

Настороженность в отношении неврологической патологии должна существовать у самих родителей ребенка. На приеме у врача-невролога существует ряд факторов, которые могут повлиять на недооценку или переоценку неврологической симптоматики. В первую очередь, это дефицит времени, отведенного на прием; далее - это состояние ребенка: он может быть голоден, сонлив или не выспавшийся, устал в очереди, находится в состоянии возбуждения от плача других детей, шума и т.д.

Для оценки наличия патологических изменений, прежде всего, нужно знать норму психомоторного развития ребенка и основные его этапы (см. «Таблица моторного (двигательного) развития»).



Школа реабилитации ДЦП

Помимо оценки этапов психомоторного развития, **оценивается и характер движений ребенка.** Существуют классификация характера генерализованных движений детей раннего возраста и отдельное направление в детской неврологии, изучающее их. Специалист, владеющий данной методикой, оценивает характер движений ребенка по видеозаписи и делает заключение о характере имеющейся неврологической патологии. Но, конечно, *любой человек, просто обладающий возможностью наблюдать за ребенком и наблюдательностью, может заподозрить наличие двигательных нарушений.*

Если ребенок совсем маленький - до первого месяца жизни, то **при его распеленании должна появиться спонтанная двигательная активность по типу потягивания.** Эти движения носят рефлексорный характер. Они должны быть симметричными, в полном объеме, по дуге, плавные, не отрывистые, носить характер завершеного движения. В последующем движения также должны быть в полном объеме, плавными и симметричными.

Положение рук и ног должно быть физиологичным. Для новорожденного характерен физиологический гипертонус мышц сгибателей рук и ног. Поэтому физиологическая поза для новорожденного с согнутыми ручками и ножками, кисти сжаты в кулачки, но большой палец не перекрывается остальными. **Опора на ножки должна быть твердой, уверенной.** По мнению некоторых авторов, перекрест ножек быть не должно, а некоторые специалисты допускают перекрест ножек, так же, как и опору на носочек. По мере регресса физиологического гипертонуса, а в норме это должно произойти к 2-3 месяцам жизни, ребенок должен «распрямиться», должны появляться активные целенаправленные движения.

Также в диагностике спастических нарушений может помочь **визуальная оценка складок на шее, плече-грудных и паховых складок.**



Так, при наличии спастических изменений складки будут выражены, как правило, они асимметричны и в их области имеются опрелости первой степени (покраснение кожи без мацерации («банной кожи»)).

Иногда встречаются ситуации, когда ребенок, напротив, гипотоничен, вял; его ручки, ножки и туловище слабые; двигательная активность снижена, поза с разогнутыми руками и разведенными ногами - такой симптоматикой проявляется **синдром диффузной мышечной гипотонии.** Он сложен для диагностики тем, что мышечная гипотония характерна для многих генетических заболеваний, патологии щитовидной железы, недифференцированной дисплазии соединительной ткани. При ППЦНС мышечная гипотония часто может трансформироваться в двигательные нарушения спастического характера, и это может являться естественным вариантом развития неврологических нарушений.

Часто родители обращают внимание на какие-либо двигательные феномены, переживая о том, что это патология. Однако существуют **доброкачественные моторные феномены у детей грудного возраста.** К ним относятся:

- *гестационная гипотония недоношенных*, которая связана с незрелостью центральной нервной системы недоношенных новорожденных. Нормализация мышечного тонуса происходит к 4-6 месяцам жизни;

- *флексорный (сгибательный) гипертонус сгибателей* плеча, бед-

ра, приводящей группы мышц бедер. Сохраняется в норме до 3-4 месяцев жизни ребенка, но в этот период отмечается постепенный регресс гипертонуса;

- *доброкачественная пароксизмальная дистония* (кривошея, скручивание туловища). Как правило, отмечается поворот головы вправо. Не следует путать с мышечной кривошеей;

- *тремор рук, головы, подбородка*, который возникает при возбуждении, плаче. Он также связан с незрелостью центральной нервной системы. Регресс отмечается к 3-4 месяцам жизни ребенка.

Эти феномены регрессируют самостоятельно, без лечения, по мере созревания центральной нервной системы у новорожденного. Однако все вышеизложенные феномены могут носить и патологический характер.

Поэтому, уважаемые родители! Не следует самостоятельно принимать решение: здоров ваш ребенок или у него имеется неврологическая симптоматика. Обращайтесь к специалисту!

В заключение хочется сказать, что отдельно имеющийся симптом или признак еще не говорят о наличии неврологической патологии, требующей лечения. **Только врач может определиться с необходимостью и целесообразностью проведения лечения и его объемом.** Помните: при любой патологии имеется степень тяжести, то есть степень выраженности клинических нарушений. Таким образом, если ребенку установлен диагноз «ППЦНС», то возможен любой сценарий развития дальнейших событий: от полной компенсации двигательных нарушений без лечения до формирования детского церебрального паралича.

Не стоит бояться диагноза! Вашему ребенку все равно, что написано в его карте или какое мнение у вас о его здоровье, - **но чем раньше начато лечение, тем лучше будет его результат.** Ведь лучше сегодня полечить поверхностный кариез, чем через несколько месяцев удалить зуб полностью. ☺



Хочешь чувствовать себя человеком, - помоги другому!



**Надежда Викторовна
МАЛОФЕЕВА,**

заместитель директора по реабилитации, КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Родник», г.Бийск

Именно этот принцип лежит в основе волонтерского движения. Ему следуют добровольцы из бийских среднеобразовательных школ №№1 и 5, бийского лицея, педагогического колледжа, когда приходят к ребятам, находящимся на реабилитации в Краевом реабилитационном центре «Родник».

Зачем им это нужно? Видимо, затем, чтобы считать себя человеком. Ведь **бескорыстная помощь ближнему - это самое естественное проявление человеческого.** Мы привыкли помогать своим близким, не имея при этом каких-то корыстных интересов. А сколько вокруг нас тех, кто не меньше, а зачастую гораздо больше нуждается в помощи?

Все началось с идеи, желания и необходимости помогать кому-либо.

Волонтеры предварительно прошли обучение, получили некоторые педагогические и психологические знания. Ведь дело в том, что у большинства детей и подростков с ограниченными возможностями есть свои психологические особенности. В силу своих заболеваний они немного замкнутые, настороженно принимают новые знакомства, могут неадекватно среа-

гировать на появление незнакомых людей. Как правило, они либо замыкаются, либо могут нагрубить, что является элементом естественной защиты. Поэтому **основы педагогики и психологии помогают преодолеть эту дистанцию.** Так как общение с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья требует максимальной корректности и такта, **волонтер не имеет права на такие общепринятые понятия, как: обида, раздражение, гнев по отношению к своим подопечным.** Если же волонтер позволяет себе проявление собственных амбиций, негативных эмоций, то в этих рядах ему не место.

Необходимо отметить, что **некая граница между детьми-инвалидами и волонтером все же должна быть.** С одной стороны, нельзя брать на себя все моральные и физические проблемы ребенка с ограниченными возможностями. С другой - нельзя допускать привязанности к себе, потому что отсутствие волонтера может нанести психологическую травму ребенку.

Став волонтером и работая над серьезными проблемами, школьники доказывают окружающим свою зрелость, самостоятельность и оригинальность.

А для ребят с ограниченными возможностями здоровья нет ничего приятнее и полезнее, чем почувствовать себя «на равных» со своими здоровыми сверстниками.

Время, проведенное вместе, интересно обеим сторонам. Каждый из них учится чему-то новому, познает себя и окружающих и делится частичкой своей души... **Ведь так важно почувствовать себя человеком!**



Школа реабилитации ДЦП

Елена Владимировна ЖАРНИКОВА, педагог СОШ «Школа №1 г. Бийска»
Волонтер для инвалида.



Особый взгляд

«Кто такие дети-инвалиды? / Дети-инвалиды - ангелы земли. / Сколько незаслуженной обиды / На себе они перенесли» - именно с этих слов, на которые я недавно наткнулась, но которые надолго запали мне в душу, мне бы и хотелось начать мое размышление на тему волонтерства для инвалидов.

А действительно: кто он - волонтер? Друг, помощник, соратник или просто человек с искренним желанием помочь? А может быть, все это вместе? Но я точно знаю одно: **волонтером может быть не каждый, а только тот человек, который, не жалея ни времени, ни сил будет помогать ближнему, ничего не прося и не требуя взамен.**

К сожалению, проблема равнодушия общества к людям с ограниченными возможностями здоровья никуда не исчезает со временем. Да, порой взгляд останавливается на статьях или телерепортажах о проведенных акциях в помощь детям-инвалидам. Но дело в том, что в своем большинстве они - разовые мероприятия, ни к чему не обязывающие. И поэтому все чаще ловлю себя на мысли: почему же это происходит? Ответ напрашивается как бы сам собой. **Необходимо изменить само общество, изменить его изнутри.** И я, как учитель и руководитель волонтерской группы, хочу и могу это сделать.

Как приятно видеть горящие глаза ребят, готовящихся или проводящих праздник в КРЦ «Родник» города Бийска, когда они придумывают сценарий, костюмы, игры с детьми! А после проведенных мероприятий мы принимаем улыбки и слова благодарности от

неравнодушных зрителей и участников действ. И неважно: здоровый ты ребенок или с ограниченными возможностями здоровья. **Каждый из нас, людей, имеет право на теплоту и ласковое слово со стороны человека рядом, путь даже и незнакомого.** И мои добровольцы прекрасно понимают, что главное для этих детей - простое человеческое участие, общение со сверстниками, которого порой им так не хватает, так как чаще всего они находятся на надомном обучении, не посещают центры дополнительного образования, поэтому друзей у них практически нет.

Именно поэтому такие дети с нетерпением ждут каждой новой встречи с волонтерами, а добровольцы - с ними.

Считаю, что каждый из нас может поучиться у этих ребятшек искренности, доброжелательности, неравнодушию, а самое главное - умению оставаться человеком с большой буквы!

Нелли БОРОВЕЦ, ученица среднеобразовательной школы №1 г. Бийска

Я - волонтер!

Уже второй год волонтерская группа «Поколение» под руководством Е.В.

Жарниковой сотрудничает с КРЦ «Родник».

Многие люди считают, что в этом Центре находятся дети с ограниченными возможностями - дети-инвалиды, но мы с этим в корне не согласны. Когда приходишь сюда, тебя встречают много горящих глаз, которые рады тебя видеть. Планируя очередной поход



в реабилитационный центр, мы тщательно разрабатываем программу, учитывая возможности каждого ребенка, своих подопечных. **Наши занятия - это развлечения и подвижные игры, деятельность, направленная на развитие мелкой моторики и логического мышления.** И могу сказать, что дети с радостью принимают участие в любой работе.



Каждый раз, встречаясь с ними, с их звонким смехом и радостными лицами, понимаешь, что тебе хочется помогать этим детям. Мне кажется, что мы, волонтеры, на данном жизненном этапе играем большую роль в жизни каждого ребенка. Ведь они находятся не в привычных домашних условиях, им пока трудно адаптироваться в новом коллективе, в обществе в целом. **Наша задача помочь им найти уверенность в себе, помочь подружиться с ребятами, общаться, узнать много нового.** Это не дети-инвалиды! Это - открытые и искренние дети, с которыми можно поговорить на любые темы. Наше общение происходит «на равных»: читаем сказки, поем песни под гитару, мастерим поделки. Это колоссальный обмен энергией, который заряжает всех нас.

Мы, волонтеры, очень рады, что можем сотрудничать с Центром «Родник», принося туда частичку себя, желание приблизить детей с ограниченными возможностями к миру, их окружающему. Волонтер для ребенка, прибывшего в Центр, играет большую роль, а наша задача, как бы это ни звучало высокопарно, - **обеспечить их счастьем.** Что мы и стараемся делать. ☺



Наш партнер «Алтайский вестник Роспотребнадзора» - на защите прав жителей края!



Информационно-аналитический журнал «Алтайский вестник Роспотребнадзора» - результат совместной работы специалистов службы Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Администрации Алтайского края, органов исполнительной и законодательной власти региона, представителей Торгово-промышленной палаты Алтайского края и предпринимательского сообщества.

Журнал является реальным примером реализации государственной политики по обеспечению открытости информации по деятельности государственных органов и органов местного самоуправления в части защиты прав и законных интересов граждан.

Каждый выпуск журнала – это источник достоверной и актуальной информации для населения и предпринимателей.

На страницах журнала даются комментарии специалистов по вопросам санитарного и потребительского законодательства, информация о работе власти и общественности по предотвращению распространения среди населения, например, таких негативных факторов, как алкоголь и табакокурение, о мерах по профилактике инфекционных заболеваний. Особое внимание в журнале уделено вопросам повышения информированности жителей края об их правах, как потребителей товаров и услуг, консультациям по защите их прав.

«Алтайский вестник Роспотребнадзора», по оценке ряда экспертов, стал одним из важнейших инструментов в сфере повышения уровня финансовой грамотности и правового просвещения жителей Алтайского края. Рубрики «Уголок потребителя», «Библиотечка потребителя» содержат полезную для читателей информацию о способах практической реализации своих прав, как потребителей. Постоянная рубрика «Финансовый контроль» представляет позицию специалистов Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю по вопросам защиты прав потребителей в сфере финансовых услуг: даются разъяснения потребителям банковских услуг, ответы на вопросы граждан, проводятся консультации специалистов. В материалах рубрики приводятся конкретные примеры из сложившейся судебной практики, в том числе и по случаям представления сотрудниками Управления интересов граждан.

На предупреждение возможных коррупционных проявлений при осуществлении государственных функций, возложенных на Управление, снижения административных барьеров в развитии предпринимательства в журнале размещается информация о полномочиях, задачах, функциях Службы. Журнал систематически информирует об изданных нормативно-правовых актах, правах и обязанностях специалистов Службы, доводит до сведения информацию по проверкам.

Письменные обращения граждан в редакцию, активизация обращений за консультациями в Общественные приемные Управления, работа которых также систематически освещается в журнале, рост числа постоянных подписчиков издания подтверждают практическую необходимость и социальную значимость журнала.

Партнерство журнала с Торгово-промышленной палатой Алтайского края, Союзом предпринимателей, а также институтом Уполномоченных по защите прав населения, детей и предпринимателей позволяет Редакционному совету журнала еще более успешно выполнять свою главную миссию – защиту прав и законных интересов жителей Алтайского края во всех сферах жизни.

Фактом общественного признания мы расцениваем и победу журнала «Алтайский вестник Роспотребнадзора» в открытом смотре-конкурсе «Лучший социальный проект – 2011» на межрегиональной медико-экологической выставке «Человек-Экология-Здоровье».

Журнал «Алтайский вестник Роспотребнадзора» - на страже интересов жителей края!
Подписной индекс - 31047



8 июля ДЕНЬ СЕМЬИ, ЛЮБВИ И ВЕРНОСТИ



Участники краевого торжественного мероприятия посвященного 8 июля - Дню семьи, любви и верности.
(Фоторепортаж из актового зала Главсоцзащиты 08.07.2013г.)