

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

6+

№9 (261) СЕНТЯБРЬ 2025





И снова об обязательном медицинском страховании...

К теме действующей в стране системе обязательного медицинского страхования вольно-невольно в общении с коллегами медиками возвращаемся постоянно (справедливости ради нужно сказать, что позитивных оценок практически не звучит. Участниками дискуссии приводятся примеры, подтверждающие, по их мнению, исключительно неконструктивный и «обкрадывающий» систему здравоохранения характер такого порядка «обязательного медицинского страхования»).

В ходе еженедельных рабочих совещаний, проводимых в режиме ВКС со всеми регионами России Центральным штабом Народного фронта, модерлируемых лично сопредседателем Центрального штаба НФ, Президентом НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Президентом Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», Героем Труда РФ Леонидом Михайловичем Рошалем, - редкий раз в выступлениях экспертов (независимо от запланированной темы), не звучат вопросы по ОМС. От радикальных предложений «отменить немедленно!» до более сдержанных, но в целом не поддерживающих действующие в рамках системы ОМС правила взаимодействия ее участников.

Отсюда совершенно понятен текущий острый интерес и медицинского сообщества, и актива НФ к новостному сообщению со ссылкой на пресс-службу Минздрава от 20 сентября т.г.: Минздрав предложил изменить закон об ОМС! Минздрав предложил расширить полномочия страховщиков в сфере ОМС!

«В рамках передачи полномочий в области обязательного медицинского страхования субъектам РФ законопроект предлагает предоставить главе региона право решения о выполнении территориальным фондом полномочий страховых медорганизаций, предусмотренных Федеральным законом №326-ФЗ. Это позволит обеспечить реализацию права граждан на бесплатное медицинское обслуживание. Механизмы защиты этих прав найдут отражение в документах». Авторами законопроекта планируется установить порядок информационного взаимодействия при ведении персонализированного учета данных о застрахованных лицах между Фондом пенсионного и социального страхования РФ и Федеральным фондом ОМС для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих и трудоустроенных в России.

От редактора

Кроме того, Минздрав предлагает дать Федеральному фонду полномочия утверждать порядок согласования финансовых нормативов, используемых территориальными фондами, начиная с 1 января 2027 года. Законопроект предусматривает уточнения в применении средств ОМС после участия медицинских учреждений в программах ОМС.

Законопроект предлагает продлить действие положений частей 24, 27 и 28 статьи 51 Федерального закона №326-ФЗ для решения вопросов финансовой поддержки расходов Федерального фонда и территориальных фондов, что включают софинансирование оплаты труда медицинского персонала и решения проблемы кадрового дефицита. Также предполагается, что из этих средств будут выполняться поручения Правительства РФ, касающиеся стимулирующих выплат медицинским работникам за выявление онкозаболеваний при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Законопроект предусматривает уточнения в правилах применения медицинскими учреждениями средств ОМС после завершения их участия в программах ОМС, урегулирование вопросов предоставления прав в сфере ОМС иностранцам и лицам без гражданства, временно находящимся и работающим на территории РФ и целый ряд других положений.

Общественные обсуждения текста проекта рассмотрены с 20 сентября до 5 октября 2025 года.

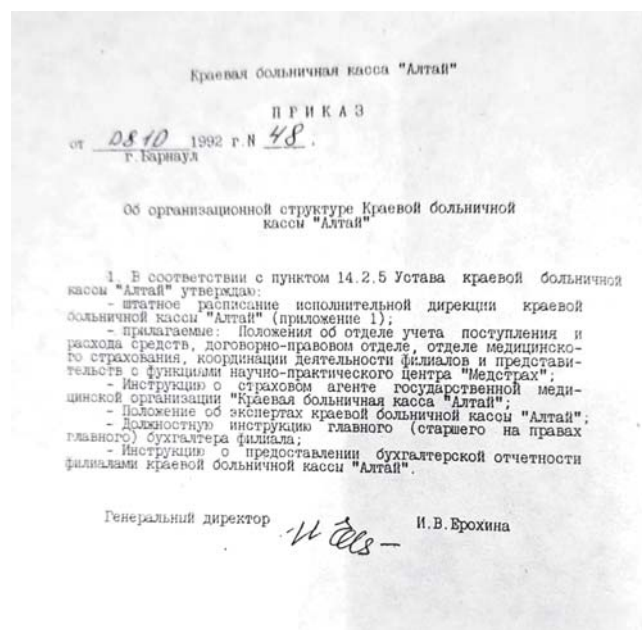
Не зря говорят, что история учит!.. Пришлось обратиться к истории введения обязательного медицинского страхования в стране. К этим воспоминаниям меня, безусловно, подтолкнули разговоры с коллегами в других регионах и в нашем крае в рамках обсуждения по упомянутому выше внесенному Минздравом РФ законопроекту.

Алтайский край – один из пионеров введения ОМС (по стечению обстоятельств я – первый директор Краевой больничной кассы «Алтай», позднее – ТФОМС, и всё, что я тут «навспомнала», – не придумано. Подняла свои архивы: живы и приказы, и другие копии документов, на которые ссылаюсь. Да и при встречах главные врачи, работники крайздрава той поры нередко напоминают о том «непростом, боевом периоде». Многие и спасибо не раз сказали тогдашнему руководству – за что я им очень признательна!).

Итак, к истории вопроса. Изначальный вариант Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятый 23 июня 1992 года, предусматривал движение страховых взносов на ОМС непосредственно страховым медицинским организациям, и он не просто не нашел поддержки, а встретил довольно сильное сопротивление реализации его в таком виде в ряде регионов! Так, на взгляд Алтайского краевого совета народных депутатов, Администрации края, ее комитетов по здравоохранению, фи-

нансам, налоговой и кредитной политики, введение этого закона не обеспечило бы «гарантированной медицинской помощи по принципу социальной солидарности в принципе», особенно в условиях, когда целый ряд предприятий в стране в условиях жесткого кризиса не то что налоги и отчисления не платил в уже существующий Пенсионный фонд, но и заработную плату не выплачивали месяцами! Застрахованными бы оказались только незначительное число работающих и предприятия – страховщики перечислили бы средства напрямую страховым организациям, остальные механизмы были не прописаны...

Тогда Алтайский край не просто не поддержал принятый закон, но, понимая неизбежность введения ОМС, пошел на создание государственно-муниципальной организации «Краевая больничная касса «Алтай» (преобразованную в последствии в ТФОМС. По моим данным, аналогичная структура тогда была еще создана в Кемеровской области). И пока на федеральном уровне вносились изменения в уже принятый Закон о медицинском страховании, принимались отдельные подзаконные акты, мы не просто формализовали решение о создании КБК «Алтай». Нами были полностью сформированы структура краевого аппарата, филиалов КБК «Алтай» на территории края. Разработаны «с нуля» подробные нормативно-правовые и методические документы организации ее работы в условиях практически отсутствия федерального регулирования этой сферы деятельности. Были подготовлены и обучены работе по всем направлениям специалисты КБК «Алтай», которая была готова в полном объеме взять на себя функции не только сбора и учета взносов в фонд, но и функции страховщика. Приказ №48, содержащий все вышеупомянутые регламентирующие документы, вышел уже 08.10.1992 года. Фактически к моменту утверждения 25 декабря 1992 года единого для страны тарифа на ОМС на первый



От редактора

УТВЕРЖАЮ
Приказом № 48
от "10" 10 1992г.
Генеральный директор
КБК "Алтай" Прохорова И. В.

Положение об экспертах краевой
большинной кассы "Алтай"

1. Эксперты - это штатные работники краевой большинной кассы "Алтай", в должностные обязанности которых входит контроль и оценка качества оказания лечебно-профилактических услуг лечебно-профилактическими учреждениями:

а) с которыми у КБК "Алтай" имеются договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию);
б) либо в случаях получения застрахованными в КБК "Алтай" контингентом лечебно-профилактической помощи в лечебно-профилактических учреждениях, не связанных договором с КБК, в ситуациях, предусмотренных ст. 6 Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР", когда счета за пролеченных больных предъявляются КБК "Алтай".

2. Эксперты КБК "Алтай" подразделяются на 2 категории:
а) экспертов 2 категории (экспертов филиалов КБК "Алтай");
б) экспертов 1 категории (краевого аппарата КБК "Алтай").
3. Эксперты 2 категории имеют следующие обязанности:
а) они обязаны осуществлять не реже 1 раза в месяц, но не позднее 10 числа следующего месяца, сложившую экспертную проверку страховых случаев в медицинских учреждениях, определенных в пункте 1 настоящего Положения, с целью выявления соответствия качества оказываемых медицинскими учреждениями услуг профессиональным стандартам и условиям договоров на оказание лечебно-профилактической помощи. Результаты проверки оформляются актом, который подписывается экспертом и руководителем филиала КБК "Алтай" и используется для принятия управленческих решений в управлении экономических связей, предусмотренных Программой предоставления претензий и штрафных санкций медицинскими организациями друг к другу;

б) в ходе экспертной проверки эксперт обязан тщательно изучить отчетную медицинскую документацию, вести прием застрахованных по вопросам обеспечения медицинского страхования;
в) в случае отсутствия нарушений профессиональных стандартов, стандартов качества и условий договоров на предоставление медицинских услуг, эксперты подписывают счета медицинских учреждений к оплате.

4. Эксперты 1 категории осуществляют экспертные проверки при отсутствии замечаний при проведении первичной экспертизы экспертами 2 категории (даже после оплаты страховщиками счета ЛПУ) в следующих экспертных случаях:
- при обращении в течение периода застрахованного контингента с аналогичным диагнозом в данное или другое медицинское учреждение.

15

▲ квартал 1993 года, а позднее - выхода Постановления Верховного Совета РСФСР от 02.04.1993 года «О порядке введения в действие Закона РФ "О медицинском страховании граждан РСФСР"» с 15 апреля, мы, по состоянию на 01.01.1993 года, уже были готовы к полноценной работе, а не находились в начальной стадии организации этой работы, как большинство регионов страны.

Готовы, но работать не могли! Да, учет работодателей-плательщиков взносов в Федеральный и Территориальный фонды ОМС был уже организован нами к 1 января 1993 года. Но средства ОМС тогда сосредотачивались на счетах ЦБ РФ, а доступа к ним с момента введения в действие закона КБК «Алтай» не имела! Только обращение в прокуратуру Алтайского края со ссылкой на нарушение п.11 Постановления Верховного Совета РФ от 24.02.1993 года №4543-1, как это было написано в нашем обращении: «...о незаконном удержании средств ТФОМС на счетах ЦБ», - позволило региону одному из первых в России в рамках заключенных договоров с медицинскими учреждениями края начать работу. Тогда после вмешательства прокуратуры в июне 1993 года на основании телеграммы ГУЦБ РФ по Алтайскому краю от 26.05.1993 года №08-1/019-210 было разрешено открыть счета в банке, и средства были перечислены на счета КБК «Алтай», но опять без права их расходования! И еще три месяца наши средства лежали в банке без движения, так как «правовой основы» для перехода к ОМС к тому времени всё еще не было! Мы искали выход. И Правлением КБК «Алтай» (осознанно рискуя, сказала бы так!) был принят ряд решений:

♦ о «кредитовании» госпредприятия «Алтаймедтехника» на сумму **1млрд 143млн рублей** для оплаты контракта на приобретение японских ультразвуковых установок ССД-500 для ЛПУ края;

♦ о финансовой помощи государственному предприятию «Фармация» в сумме **1млрд рублей** для приобретения медикаментов для стационаров края;

♦ остальные средства в сумме **11720198015 рублей** были направлены лечебно-профилактическим учреждениям Алтайского края по договору о совместной деятельности по переходу на ОМС между ТФОМС и ЛПУ, «как авансовые платежи с правом их расходования, в том числе и на приобретение медикаментов, медицинского оборудования и инвентаря...». Для этого медицинские учреждения региона в экстренном порядке были наделены статусом юридического лица (не без недопонимания со стороны отдельных главных врачей). Средства распределялись Правлением в разрезе административных территорий по подушевому нормативу.

Представляете, какой это был прорыв для ЛПУ, фактически почти 9 месяцев не имевших финансирования (медико-санитарные части промышленных предприятий края из этой схемы «вытали», так как статусом юридического лица не обладали, в связи с чем мы обратились в Правительство РФ)! Мы разработали даже макет полиса ОМС и изготовили его типографским способом в достаточном количестве, обеспечив всех застрахованных. Иногда мне показывают этот ярко-синенький бланк...

Российская Федерация
Алтайский край
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОМС АЛТАЙСКОГО КРАЯ

№ 80000
Серия

№ 05-112

СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

По настоящему полису Василькова Вера
(фамилия, имя, отчество)
Василькова, 1909-г.р. ж.н.
(год рождения, месяц, день рождения, пол)
Самойлова И. Константиновна 0.16
(дата, место рождения, место рождения)
Туркменский р.н., Алтайский кр.

имеет право получить медицинскую помощь по договору обязательного медицинского страхования граждан от 1.10.1992
№ 1.10.1992 на период действия договора с 1.01.1993
1992 г. по 31.12.1992
в соответствии с утвержденной программой обязательного медицинского страхования.
Программа и перечень медицинских учреждений прилагаются. С условиями страхования согласен.

Алиев Турк. р.н. (подпись застрахованного)
Василькова (фамилия, имя, отчество)
И. Константиновна (фамилия, имя, отчество)
И. Константиновна (фамилия, имя, отчество)
М.П. М.П.

Договор заключен
с 1.10.1992 № 1.10.1992

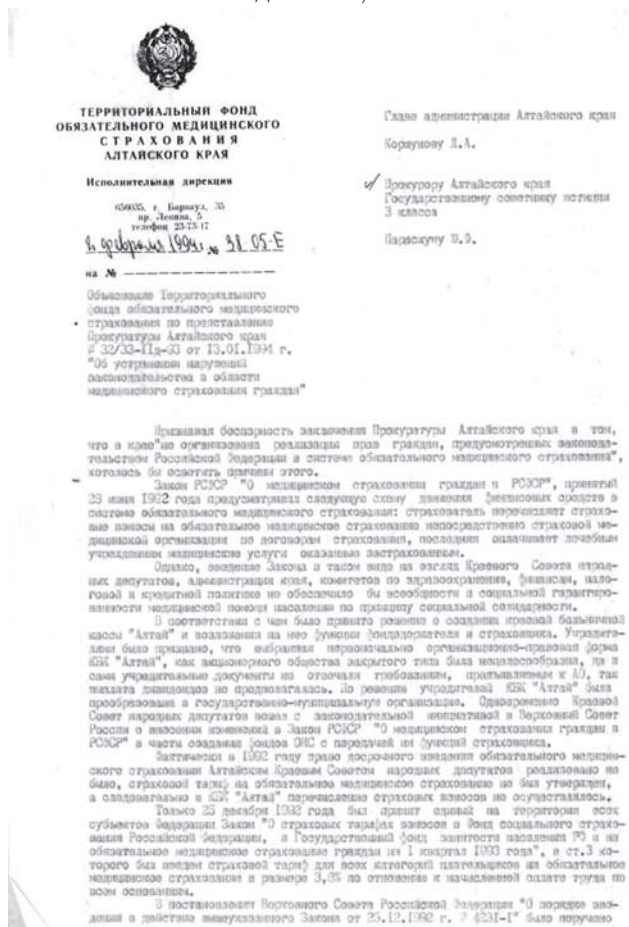
(подпись представителя страхователя
Ф. И. О., должность, печать) (фамилия, имя, отчество)
М.П. М.П.



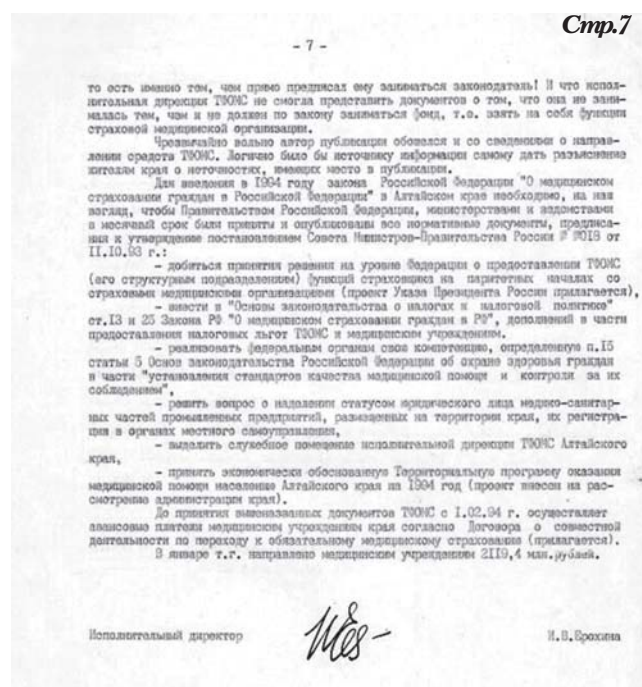
В рамках введения системы ОМС в стране тогда декларировались совершенно иные подходы и в наделянии полномочиями профессиональных медицинских объединений, и по регламентированию оказания платных медицинских услуг (*разрешение предполагалось выдавать только на те виды, которые не были предусмотрены территориальной программой ОМС в регионе*).

Безусловно, особенно в условиях такого правового «недорегулирования» деятельности в системе ОМС к этой теме было самое пристальное внимание контролирующих органов: краевой прокуратуры, контрольно-ревизионного управления Минфина РФ. И это было совершенно оправдано. И каждый свой шаг, каждую транзакцию нужно было аргументированно объяснять.

С некоторым удивлением перечитала «трактат» (иначе и не назовешь подробную информацию на семи листах) о всех перипетиях, с которыми столкнулась КБК «Алтай» (ТФОМС) на этапе старта ОМС в регионе, направленный в адрес Администрации и прокуратуры края по результатам проверки. И самое главное, оценивая этот документ сейчас, спустя столько лет, порадовало, что весь тон данного служебного документа был не оправдательным, а содержательным по сути в каждой своей фразе объяснения логики и смысла действий, а заключительная часть



Стр.1



этой пояснительной записки содержала конкретные вопросы, требующие решения на федеральном и краевом уровнях.

Убеждена, что предложенная нами на том этапе модель ОМС в регионе с реализацией функции и «фондодержателя», и «страховщика», особенно, когда остро стоял вопрос об аккумуляции «целевых средств на оплату медицинской помощи и об их эффективном расходовании», - была оптимальна и могла бы успешно работать и в дальнейшем. (Кстати, коллеги рассказали, что Алтайский край был последней территорией, которая, подчиняясь требованиям закона, передала функции страховщика неработающего населения, застрахованного за счет краевого бюджета, от ТФОМС страховым организациям.)

...Наверное, этот экскурс не просто дань уважения и признательности тем, кто тогда вынужденно попал в этот «жесткий эксперимент» со страной - и выжил! Вопрос обязательного медицинского страхования не ведомственный, он требует серьезной общественной экспертизы. Хотелось бы ознакомить наших читателей с мнением некоторых экспертов по данному законопроекту, которое мы в целом разделяем, и включить в дискуссию всех заинтересованных в этом вопросе.

Вот обобщенная (на данный момент) позиция ЦИК Народного фронта на основании мнения большинства экспертов регионов РФ, отражающее, по их мнению, позитивные компоненты предлагаемых нововведений: «... Основная цель инициативы - не экономия любой ценой, а системная оптимизация управления средствами ОМС в интересах пациентов и медицинских организаций. Ее главные преимущества, во-первых, устранение лишнего посредничества в



От редактора

▲ финансовых потоках. Сегодня средства ОМС фактически собираются государством в виде налогов и страховых взносов, затем передаются частным страховым компаниям, чтобы потом вернуться в государственную систему здравоохранения. Прецедент прямого финансирования уже существует - с 2021 года ФФОМС наделен полномочиями страховщика для федеральных медорганизаций, что подтвердило работоспособность модели.

Во-вторых, повышение управляемости системы. Концентрация ответственности за маршрутизацию пациентов, оплату медпомощи и защиту прав в публичном контуре ТФОМС при федеральных правилах и надзоре ФФОМС создает более прозрачную и подконтрольную структуру управления.

В-третьих, снижение административных барьеров. В условиях полной цифровизации того же процесса выдачи и замены полисов ОМС и перехода к единому регистру застрахованных значимость страховых компаний в этом вопросе объективно снизилась.

Что касается расходов на страховщиков, мониторинги Народного фронта, в частности по диспансеризации, и анализ обращений на Прямую линию подтверждают, что страховые компании не всегда должным образом защищают права пациентов.

Пациентам новый порядок будет выгоден прежде всего за счет ускорения оплаты медпомощи и снижения бюрократических процедур. Регионам - через повышение управляемости и возможность более гибкого планирования медпомощи. Медицинским организациям благодаря сокращению числа судебных тяжб, которые инициируются не без участия страховых компаний и перегружают судебную систему, количества штрафов и взысканий, которые ложатся бременем на медицинские организации и косвенно на пациентов, приводят к тому, что где-то не хватает средств на лекарства, питание, расходные материалы или спецодежду для медперсонала. Но необходимо дополнительно настроить внешний контроль качества со стороны Росздравнадзора, ФФОМС и ТФОМС по жалобам пациентов. Тогда качество медпомощи не дол-

жно ухудшиться, а управляемость и доступность медпомощи для граждан должна вырасти. С 2021 года система частично уже так работает через ФФОМС на уровне федеральных медорганизаций после соответствующих изменений, внесенных в Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ Федеральным законом от 08.12.2020 №430-ФЗ...»

Вместе с тем, по мнению экспертов Народного фронта, в текущей редакции есть положения, которые могут и ухудшить ситуацию: «...возможно, нужно в будущем дополнительно обдумать механизм принятия решений: стоит ли ставить судьбу системы ОМС целого субъекта Федерации в зависимость от решения одного лица - губернатора - и привязывать его к срокам его полномочий. Решения в столь чувствительной сфере должны приниматься на долгосрочную перспективу, поскольку сложной системе ОМС региона требуется значительное время на настройку...».

Есть и консолидированная позиция отдельных групп региональных, краевых экспертов. В частности, такая: «преимущества передачи функций, выполняемых страховыми медицинскими организациями, территориальным фондам ОМС, обеспечение повышения эффективности системы ОМС за счет:

- усиления государственного контроля за качеством оказания медицинской помощи;
- исключения дублирования функций и, соответственно, оптимизация работы и эффективное использование трудовых ресурсов;
- прозрачности управления финансовыми потоками, сокращения сроков поступления средств в медицинские организации и упрощения расчетов;
- сокращения расходов на ведение дела и перенаправления свободных средств на выполнение Территориальной программы;
- сокращения документооборота, снижения нагрузки на медицинские организации;
- оптимизации работы с единым регистром застрахованных лиц и усиления контроля за достоверностью и корректностью данных о застрахованных лицах;
- отсутствия материальной (финансовой) заинтересованности фонда ОМС при проведении контрольно-экспертных мероприятий в части средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за выявленные нарушения, и обеспечения тем самым финансовой устойчивости медицинских организаций».

Думаю, эта тема затрагивает интересы большинства жителей и все медицинские организации края. Обещаем вернуться к ней в следующих выпусках журнала. Будем держать руку на пульсе.

**Ирина Козлова,
главный редактор, сопредседатель
регионального штаба НФ,
заместитель председателя
Общественной палаты Алтайского края**





**Круглый стол
по вопросам
демографии**



**Нужен четкий
план по борьбе
с деменцией**



**Рак молочной
железы: основное
о важном**



**Грибная пора: как
избежать беды?**



**Почему нужно
вакцинироваться
от гриппа**

И снова об обязательном медицинском страховании... 1-4

ОФИЦИАЛЬНО

Круглый стол по вопросам демографии 6-7

О мерах поддержки семей с детьми в крае 7-8

Записаться к врачу станет проще 8

Новости здравоохранения России 9

ШКОЛА САХАРНОГО ДИАБЕТА. Занятие 6

Е.А. Тайлакова.

Физические нагрузки при сахарном диабете 10-13

ЧЕЛОВЕК ПОД МАСКОЙ СВОЕЙ БОЛЕЗНИ

Нужен четкий план по борьбе с деменцией 14-15

А.Д. Попенко. Взгляд изнутри.

Работа в травмпункте глазами молодого специалиста 16-17

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

М.О. Полянская.

Дифференциальная диагностика анемий у детей 18-19

Новости медицины России 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

А.В. Рыбальченко. Лечиться - играя! 21-22

М.Ф. Чаплеева. К санитарной обороне готовы! 24

Как сменить поликлинику и страховую компанию 25

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

О.А. Матяш.

Рак молочной железы: основное о важном 26-28

Об отечественных вакцинах от рака 28

Прорывной метод лечения аритмии у диабетиков 29

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА

К.В. Савельева, И.А. Вейцман. Здоровье ног начинается со стопы.

Советы по уходу при сахарном диабете 30-33

Новости медицины России 34

Вернуться с грибами, но без клещей 35

Грибная пора: как избежать беды? 36-37

Отпуск, продажа БАДов и поступление в вузы по новым правилам 38-39

Врачей будут готовить по-новому? 40

Почему нужно вакцинироваться от гриппа 41

Хурма - королева осеннего стола 42

Сохранение здоровья - забота общая 43-44



Физические нагрузки при сахарном диабете



**Евгения Анатольевна
ТАЙЛАКОВА,**

главный внештатный специалист детский эндокринолог министерства здравоохранения Алтайского края, врач - детский эндокринолог отделения дневного стационара КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Это одна из самых сложных тем, по моему мнению, так как очень уж много нюансов: психологических, социальных, медицинских и даже юридических вопросов - и каждый из них требует отдельного внимания!

С одной стороны, никто не утверждает, что физические упражнения следует исключить из жизни детей с диабетом, но с другой, - существуют опасения, что могут возникнуть плохо контролируемые последствия.

Можно или нельзя?..

В Российской Федерации детей с сахарным диабетом первого типа относят к III-IV группе здоровья в зависимости от компенсации, и **формально занятия спортом им запрещены**. Тем не менее нередко возникают конфликтные ситуации между спортивными врачами и родителями, предлагающими пересмотреть существующие установки на эту тему. Связано это с неоднократными наблюдениями за детьми, которые занимались каким-либо спортом и у которых в последующем был выявлен сахарный диабет.

Как правило, при условии компенсации проявлений сахарного диабета такие дети продолжают успешно тренироваться на основе личных договоренностей с тренерами, а отлучение от спорта сопровождается у них эмоциональным и психологическим стрессом.

На сегодняшний день **сахарный диабет - не повод для отстранения от физической активности!** Это хотя и вынужденный, но дополнительный стимул для того, чтобы физкультура и спорт вошли в вашу жизнь.

В 2025 году впервые Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России) опубликовало методические рекомендации по допуску лиц, включая спорт-



сменов спортивных сборных команд Российской Федерации, к занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в соответствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом, полом при

Федеральное медико-биологическое агентство
(ФМБА России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОПУСКУ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ (ТРЕНИРОВКАМ И СПОРТИВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ) В СООТВЕТСТВИИ С ВИДОМ СПОРТА, СПОРТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ, ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Методические рекомендации
МР ООО «РАСМИРБИ» 91500.12.0006-2025/РАСМИРБИ

Москва
2025



заболеваниях эндокринной системы, в том числе широко освещен диагноз «сахарный диабет».

У детей с сахарным диабетом первого типа отсутствует регуляция уровня инсулина на фоне физической нагрузки, необходимый адаптационный режим не достигается. В связи с этим **возможно развитие гипо- или гипергликемии вскоре после нагрузки**. В последнем случае у больных детей редко наблюдается спонтанная нормализация уровня глюкозы и может потребоваться введение инсулина.

Ввиду различной тяжести последствий сахарного диабета первого или второго типа наиболее настороженное отношение существует к профессиональным занятиям спортом при сахарном диабете первого типа.

Плюсы физических нагрузок

Итак, физические нагрузки у детей и подростков с сахарным диабетом **имеют множество положительных эффектов** для физического здоровья и психологического благополучия, в том числе:

- **повышение чувствительности к инсулину, лучший гликемический контроль** (снижение гликированного гемоглобина), увеличение продолжительности периода ремиссии у детей с недавно диагностированным сахарным диабетом;

- **улучшение кардиометаболического здоровья** и снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний;

- **увеличение мышечной массы** и минеральной плотности костей;

- **повышение качества жизни** и улучшение самочувствия;

- **контроль массы тела** - уменьшение подкожно-жировой клетчатки.

Всем детям и подросткам с сахарным диабетом в возрасте от 5 до 17 лет рекомендуется регулярная физическая активность продолжительностью 60 минут или более ежедневно. Она должна включать:



- **аэробную активность** - от умеренной до интенсивной;

- **упражнения для укрепления мышечной костной ткани.**

Рекомендуемый уровень физических нагрузок выбирается **индивидуально**.

Пациентам с пролиферативной ретинопатией и диабетической нефропатией следует подбирать вид физических нагрузок, не приводящий к значимому повышению артериального давления.

Противопоказания физических нагрузок

Постоянными противопоказаниями к физическим нагрузкам у детей с сахарным диабетом первого типа **являются осложнения сахарного диабета** (нефропатия, ретинопатия). Под запретом - силовые упражнения и анаэробные нагрузки.

Временными противопоказаниями к физическим нагрузкам у детей с сахарным диабетом первого типа являются:

- ▶ **повышение уровня кетонов** более 1,5ммоль/л в крови (++) в моче);

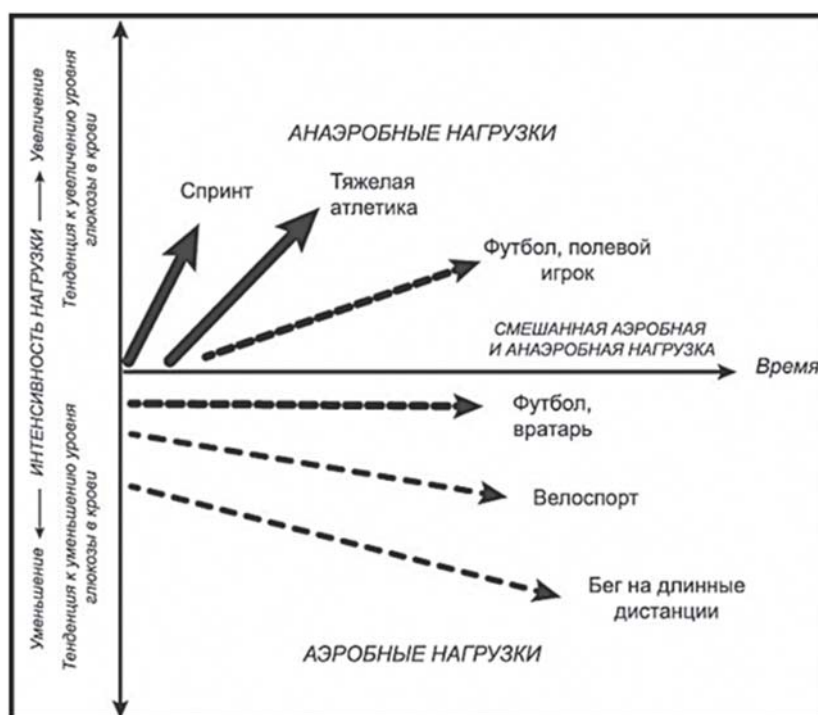
- ▶ **глюкоза крови** - более 15ммоль/л и **кетон в крови или моче** - более 0,5-1,5ммоль/л;

- ▶ **тяжелая гипогликемия** за последние 24 часа или повторяющиеся

На сегодняшний день сахарный диабет - не повод для отстранения от физической активности! Это хотя и вынужденный, но дополнительный стимул для того, чтобы физкультура и спорт вошли в вашу жизнь.



Школа сахарного диабета



Влияние различных типов и интенсивности нагрузок на уровень глюкозы в крови

эпизоды легкой гипогликемии во время предшествующей физической активности;

- ▶ предшествующие эпизоды гипогликемии - нагрузки, ассоциированные с высоким риском травм (горные лыжи, скалолазание, подводное плавание и т.п.);
- ▶ нестабильный гликемический контроль - интенсивные нагрузки;
- ▶ травмы и инфекции.

На что обращать внимание

Во время занятий спортом или при физической активности работающие мышцы в первую очередь тра-

тят запасы глюкозы, содержащиеся в самих мышцах (гликоген мышц), также увеличивается поступление глюкозы из крови в мышцы при меньшей потребности в инсулине, в связи с повышением чувствительности к нему. Затем в качестве энергии используются запасы глюкозы печени (гликоген печени) и жирные кислоты (причина появления кетон-ов). В результате возникает **ВЫСОКИЙ РИСК ГИПОГЛИКЕМИИ** во время и после спорта.

При планировании физической нагрузки следует учитывать такие факторы, как:

- ▶ вид, продолжительность, интенсивность физических упражнений,
- ▶ время суток,
- ▶ текущий показатель сахара в крови (при необходимости сделать тест на кетоновые тела),
- ▶ вид и количество съеденных хлебных единиц,
- ▶ временной промежуток от последнего болюсного введения инсулина.

Рекомендации при короткой физической нагрузке

Чтобы занятия спортом оказывали благотворное действие, необходимо соблюдать определенные правила:

- **определить** вид, длительность и силу физической нагрузки;
- **соблюдать режим питания и инсулинотерапии**: необходимо рассчитать в зависимости от вида физической нагрузки, что надо предпринять - съесть дополнительные хлебные единицы или уменьшить дозу инсулина;
- **законный представитель, преподаватель физкультуры (тренер) и сам ребенок должны быть обучены поведению перед, во время и после физических нагрузок** в зависимости от уровня гликемии, предшествующих доз введенного инсулина, предполагаемого уровня и длительности физической нагрузки, а также **уметь оказать помощь при возникновении гипогликемии**;

Вид нагрузки	Уровень глюкозы крови перед началом физической нагрузки (ммоль/л)	Дополнительные ХЕ
Легкая: пешие и велосипедные прогулки, легкая домашняя работа	До еды: около 5,5 После еды: 8,9	1 ХЕ
	До еды: выше 8,3 После еды: 11,7	0 ХЕ
Средняя и тяжелая: теннис, бег, велосипед, ролики, футбол, хоккей, баскетбол, волейбол, плавание	До еды: 5,5 После еды: 8,9	2 – 4 ХЕ
	До еды: 8,3 – 10,5 После еды: 11,7 – 13,3	1 – 2 ХЕ
	До еды: выше 11,1 После еды: 13,9	0 – 1 ХЕ

Рекомендации по коррекции инсулинотерапии и питания при короткой физической нагрузке



● **иметь с собой** легкоусвояемые углеводы;

● **определять гликемию** до, во время и после физических упражнений;

● **не заниматься физической нагрузкой** при плохом самочувствии или если уровень глюкозы в крови повысился до 15 ммоль/л и выше, особенно если в моче появились кетоновые тела.

Рекомендации при длительной физической нагрузке

Рекомендации по коррекции инсулинотерапии и питания при длительной физической нагрузке:

◆ до начала занятий следует снизить дозу инсулина, активно действующего в период нагрузки, - на 30-50%;

◆ при гликемии ниже 5 ммоль/л не рекомендуется начинать длительную нагрузку;

◆ во время длительной нагрузки каждый час необходимо съедать 1-2 ХЕ;

◆ после окончания физической активности необходимо проверить уровень глюкозы в крови;

◆ при уровне менее 10 ммоль/л - снизить последующую дозу инсулина на 30-50%.

Для предотвращения отсроченной гипогликемии после тяжелых длительных нагрузок, которые могут развиваться в течение 12-24 часов, **следует дополнительно съесть богатую углеводами пищу** (макароны, картофель, рис).

Таким образом, следует разрабатывать индивидуальный план

Глюкоза крови (ммоль/л)	Рекомендации	
	Инсулин	Питание
До 5 ммоль/л		Съесть 2-4 ХЕ перед нагрузкой и проверить сахар через час
5 – 9 ммоль/л	Уменьшить суточную дозу всех инсулинов на 20-50%	Съесть 1-2 ХЕ перед нагрузкой и при необходимости по 1-2 ХЕ каждый час нагрузки
10 – 15 ммоль/л		Есть не более 1 ХЕ каждый час нагрузки
Более 15 ммоль/л	Физические нагрузки запрещены.	

Рекомендации по коррекции инсулинотерапии и питания при длительной физической нагрузке

для каждого пациента по физическим нагрузкам и проводимой терапии, в том числе по снижению дозы инсулина, употреблению углеводов, длительности физической нагрузки, использованию помп и т.д.

Приведенные выше данные показывают, что при запросе разрешения на спортивные занятия нельзя ссылаться только на компенсацию диабета в покое. **Требуется более глубокая оценка состояния ребенка, его реакций на физические нагрузки, способности самоконтроля, информация о наличии сопутствующих заболеваний.**

Занятия возможны под руководством тренеров, обученных распознавать клинические симптомы гипер- или гипогликемии (слабость, невозможность переносить физическую нагрузку, расплывчатое изображение перед глазами, онемение ног и т.п.), их отличия от симптомов спортивного напряжения и обученные способам первой помощи при этих осложнениях! Ⓢ

Состояние организма может меняться от тренировки к тренировке, поэтому консультации специалиста и тщательное планирование - необходимые условия для физических упражнений.



Сохранение здоровья - забота общая

На Барнаульском заводе АТИ ежегодно разрабатывается и выполняется программа спортивных мероприятий с проведением ежемесячных турниров, по результатам которых руководство завода награждает победителей грамотами, памятными медалями и вручает денежные призы. Особенно популярны среди заводчан соревнования по шахматам, шашкам, настольному теннису, бильярду, боулингу.

Барнаульский завод АТИ активно поддерживает соревнования по гребле на байдарках и каноэ, проходящие в Барнауле на Гребном канале, выступая генеральным спонсором и генеральным партнером проводимых соревнований.

Также Барнаульский завод АТИ помогает в развитии на территории Алтайского края таких видов спорта, как греко-римская борьба, армейский рукопашный бой и ММА, а также оказывает поддержку хоккейному клубу «Динамо-Алтай» (Барнаул).



ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (261) сентябрь 2025 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год



Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации. Ответственность за достоверность рекламной информации несут рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 26.09.2025 г.,
фактически - 14:00 26.09.2025 г.
Дата выхода: 30.09.2025 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск» -
Адрес издателя: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56.

E-mail: neboln@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/neboln>.

Архивные материалы журнала на сайтах:
<https://www.zdravalt.ru/> и <https://alt-hospital.ru/>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.
Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

29 сентября - ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ СЕРДЦА

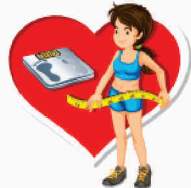
5 ПРАВИЛ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА



**ЕСТЬ ОВОЩИ
И ФРУКТЫ**



**ФИЗКУЛЬТУРА
КАЖДЫЙ ДЕНЬ**



**КОНТРОЛЬ
ВЕСА**



НЕ КУРИТЬ



**ОТСУТСТВИЕ
СТРЕССА**



Радует



**Физическая
тренировка**
Минимум 30 минут
в день



**Здоровое
питание**



**Полноценный
ночной сон**



**Стрессоустойчивость,
гигиена эмоций**



**СЕРДЦЕ
для жизни**

**КОНТРОЛИРУЙТЕ
СВОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Огорчает

**Курение,
парение**
Никотин вреден
для здоровья



Алкоголь



**Гиподинамия
ожирение**



**Стресс, страх,
гнев, артериальная
гипертензия**



АД оптимальное
120/80 мм.рт.ст



Глюкоза
крови < 6,1



Холестерин < 5
ммоль/л



ИМТ < 25
от < 102 мужчины
от < 88 женщины



Ежегодно проходите
профилактический
осмотр у врача