

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№5 (113) МАЙ 2012







### ЖИЗНЬ НЕ ОБДЕЛИЛА?!

Майский календарь как-то незаметно для нас самих наполнился различными интернациональными праздничными датами: 15 мая мы отмечаем Международный день семьи и Международный день медицинской сестры, 31 мая - Международный день противодействия курению... Все эти важные даты находят свою аудиторию, своих сторонников, принимаются жителями, я бы сказала, выполняют свою социальную миссию.

Но в мае есть один особенный день, который, по моему представлению, и раньше, и сейчас, и, думаю еще очень и очень много лет будет Днем всеобщего единения и ликования - 9 мая! День Победы!

«Жизнь не обделила его войной...» - прочла я как-то у Е. Евтушенко о поэте Арсении Тарковском. Удивительна мысль: священная война как очистительное горнило, обогащающая?!.. Участие в ней, Победа - смысл жизни, великая цель!

Какая благородная и одновременно беспощадная судьба людей этого военного поколения!

Может быть, возникшее именно на противопоставлении значимости участия в борьбе и в победе, непонимание мною «великой миссии» многих нынешних «воинов - борцов «за демократические свободы», и столичных, и местного разлива, их дурацкие, по моему мнению, публичные выходы, не вызывающие ни малейшего чувства сопричастности к такого рода борьбе, заставило как-то иному взглянуть на нашу гражданскую ответственность.

Думаю, отчасти еще и потому, что общественное внимание, даже несколько искусственно, приковывают к такого рода «политическим фиглярствам», тогда, когда у нас порой не хватает времени обстоятельно и обсудить, и решать главные, как мне кажется, для жизни общества проблемы.

Как пример. Идет серьезное изменение, модернизация всей системы организации медицинской помощи в стране и, естественно, в крае. В последних числах мая (25) состоялась итоговая коллегия Главного управления по здравоохранению фармацевтической деятельности, на которой были обсуждены меры по повышению эффективности работы учреждений здравоохранения в таких новых правовых и финансово-экономических условиях, определены основные направления развития здравоохранения в 2012 году. Те процессы модернизации отрасли, которые в настоящее время осуществляются, без преувеличения касаются каждого жителя края. Даже еще не родившихся! Уровень поставленных задач - впечатляет. Но нужно четко осознавать, что эффективность их решения зависит не только от усилий государства, но и от позиции самого общества, медицинских работников.

Наконец-то намечаются реальные шаги в вопросах профессионального объединения медицинских работников. В Москве 18-19 мая состоялся Всероссийский общественный форум медицинских работников, который определил, в том числе, и стратегию развития саморегулирования профессиональной деятельности. В крае идет подготовка учредительной конференции профессиональной медицинской ассоциации, которая пройдет уже в начале июня т.г.

Ожидаемое событие, завершающее «политический марафон» - вступление в должность Президента России В.В. Путина, прошло тоже в мае. Надеюсь, что подписание именно в день инаугурации - 7 мая - Президентом РФ пакета «социальных» указов (№№ 597, 598, 606) - сигнал обществу о реальных государственных приоритетах!

Вот некоторые темы, которые, по моему мнению, как раз и требуют самого деятельного участия гражданского общества.

Очень бы хотелось, чтобы мы - современники - могли с удовлетворением о себе сказать: жизнь не обделила меня миром и созиданием!

# Содержание



## *Мифы и факты о мигрени*



## *Предгравидарная подготовка жен- щин с нарушениями эндокринной системы*



## *Деонтология в медицине*



## *Поколение суперге- роев и волшебниц*

На фото: В.А. ЛЕЩЕНКО, главный врач КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», член редакционного Совета журнала «Здоровье алтайской семьи»

Свое здоровье доверяем профессионалам! .....	2-4
Ваш внутренний фармацевт .....	5
А.М. Томишина. Как сберечь свои глаза .....	6-7
Е.В. Пархоменко. Мифы и факты о мигрени .....	8-9
Наш мир в разрезе .....	10
Жизнь без табака и алкоголя .....	11
Наш партнер - «Алтайское краевое научное общество кардиологов» Г.А. Чумакова. Проблема приверженности больного лечению .....	12-13
Мир и медицина .....	14
И.А. Вейцман. Предгравидарная подготовка женщин с нарушениями эндокринной системы .....	15-17
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» И.П. Салдан. 31 мая - день отказа от курения .....	18-19
Самая дружная семья живет в Барнауле .....	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Т.В. Царева, С.А. Ананина. Объединение медицинского сообщества необходимо .....	21-22
Г.Е. Бандурина. Как ухаживать за больным ребенком дома .....	23-24
Мир и медицина .....	25
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА О.А. Бельницкая, Е.С. Кравцова. Порок развития плода: ошибка природы или наказание? .....	26-27
И.В. Демкина. Деонтология в медицине .....	28-29
На Алтае открыт Центр развития добровольчества .....	29
«Я не люблю читать» .....	30
Я поведу тебя в музей .....	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА .....	32-33
Мир и медицина .....	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Средиземноморская диета по-русски .....	35-36
Поколение супергероев и волшебниц .....	37-38
Как подготовить ребенка к посещению детского сада .....	39-40
Сыр-бор затеяли .....	41
Тест: Как вы выбираете? .....	42-43
Почему держится температура? .....	44





# Свое здоровье доверяем профессионалам!

*Сегодня изменение подходов функционирования системы здравоохранения ставит нас в такие условия, что жить и работать, как вчера, уже просто невозможно - считает главный врач Диагностического центра Алтайского края.*

*Наш разговор с Владимиром Алексеевичем ЛЕЩЕНКО мы начали с обсуждения возможностей Центра и того, как они соотносятся с проводимой в стране модернизацией отрасли.*

- Модернизация - это сложный процесс перезагрузки всей системы. Техническое переоснащение - это только верхушка айсберга, гораздо более сложные процессы идут внутри самой отрасли. Информатизация, кластерные площадки, программы по обновлению управленческого, кадрового потенциала - все это перестройка не только сложившихся схем работы, но и человеческого мышления, что, пожалуй, самое сложное. Сегодня изменение подходов функционирования отрасли ставит нас в такие условия, что жить и работать, как вчера, уже просто невозможно.

Модернизация значительно усилила технический потенциал Диагностического центра. Я бы не хотел перечислять названия аппаратов, поступивших нам по этой программе, скажу только, что **все подразделения доукомплектованы или переоснащены оборудованием мирового и экспертного класса**. Нынешняя техническая база позволяет проводить более качественную диагностику, повысить пропускную способность Центра, и, как следствие, доступность высокоспециализированной помощи населению края. Однако процесс технического перевооружения Центра в рамках модернизации не

завершен, впереди у нас еще немало работы в этом направлении.

*- А как Диагностический центр чувствует себя в контексте нынешних преобразований?*

- Считаю, что неплохо. Центру чужд застой, мы всегда стараемся идти в ногу со временем, а где-то и опережать его. **Центр - пионер информатизации**. 15 лет назад мы были в числе первопроходцев, отказавшихся от бумажной работы. Несколько лет назад первыми в крае начали внедрять систему удаленной регистратуры, видеоконференций с коллегами из сельских и городских больниц, обмен рентген-снимками сложных пациентов, опять же в электронном виде. Мы и сегодня не стоим на месте в этом направлении, переходя на работу с компьютерными программами собственной разработки. Это, на мой взгляд, тема, заслуживающая отдельного разговора. На покупку импортных лицензионных программ для медицинских учреждений тратятся немалые бюджетные средства. Получается, информатизация - благо, но довольно дорогое. В образовании нашли выход из этой ситуации, переведя всю систему на собственное программное обеспечение. Мы тоже решили пойти по этому пути. **Специалисты нашего Центра разработали собственные компьютерные продукты, которые по своим техническим характеристикам нисколько не уступают иностранному аналогу, зато абсолютно бесплат-**



**ные**. Сегодня многие подразделения Диагностического центра уже работают на них, причем, переход идет абсолютно безболезненно. Однако мы не собираемся ограничиваться стенами Центра, эту модель работы мы предлагаем коллегам, создавая на своей базе центр компетенции компьютерных технологий.

Диагностический центр несколько лет назад стал активным проводником идеи централизации лабораторной отрасли края. Сегодня практически все ЦРБ и городские поликлиники края объединены в единую систему, которую замыкает, обеспечивая качество исследований мирового уровня, лаборатория Диагностического центра. **В лабораторном комплексе Диагностического центра весь технологический процесс - с момента взятия образцов до обработки полученной информации с приборов - осуществляется с помощью компьютерной лабораторной информационной системы (ЛИС)**. Эта опять же наша собственная уникальная разработка



объединила все оборудование в единый аппаратно-программный комплекс. Такой подход к организации лабораторного процесса позволил охватить население региона качественной, достоверной лабораторной диагностикой, и, что очень важно экономически, сделать эксплуатацию дорогостоящего лабораторного оборудования более дешевым за счет огромных объемов исследований.

**- Какую оценку по пятибалльной шкале вы поставили бы Диагностическому центру за работу?**

- Сложно сказать. Я думаю, что лучше всего на этот вопрос ответят наши награды. **Сегодня Диагностический центр Алтайского края входит в пятерку лучших центров России и стран СНГ, является победителем конкурса «Лучшие медицинские учреждения РФ», имеет статус «Социально ориентированное учреждение», присвоенный правительством РФ. Пять раз в ранге главного врача я побеждал в престижном конкурсе «Директор года Алтайского края».**

Считаю, что эти победы - признание поступательного развития коллектива, важной социальной направленности в работе учреждения. Однако, к сожалению, не все так гладко и радужно. Проблем сегодня хватает как внутри самого Центра, так и в системе, неотъемлемой частью которой мы являемся. Не всегда тебя понимают, не всегда приветствуются цели, которые кажутся правильными и приоритетными. У меня есть единомышленники, есть оппоненты - и я считаю, что это нормально, ведь истина рождается в дискуссии.

**- Большинство пациентов Диагностического центра - это сельские жители?**

- Примерно половина. Я бы отметил, что горожане больше ориентированы на сохранение здоровья и чаще обращаются к врачам за консультацией.

**- Как складываются отношения с центральными районными больницами?**

- Современные средства связи позволяют любой больнице ознакомиться с расписанием работы наших специалистов и с учетом квот, выделяе-

**мых каждому району, направлять к нам пациентов.**

Мы пришли к такой форме работы после детального изучения вопроса, почему выделение квот не является универсальным средством для достижения максимальной доступности. При анализе обнаружилась интересная особенность. Квоты получает главный врач. Из десяти - две-три он оставляет у себя, так как к нему нередко обращаются за помощью. Оставшиеся квоты он передает заведующему поликлиникой. Заведующий тоже оставляет у себя несколько квот, не из корыстных побуждений, а наоборот, чтобы был потенциал, позволяющий решать оперативные вопросы. К врачу на участок поступает пять квот. Он тоже делит: три отдает больным, а две оставляет - вдруг завтра придет пациент с более сложным случаем. В итоге, проходит месяц, а из десяти квот использованы только три, остальные остались невостребованными из-за перестраховки «на всякий случай». Вот пример, как может сработать система. Казалось бы - предусмотрели все, а вышло так, что семь из десяти человек лишились своевременной возможности получить консультацию специалиста. Поэтому нами был выбран другой путь - **работа по принципу удаленной регистратуры. Мы открыли для больниц и поликлиник свое расписание, они сами заходят и выбирают удобные для пациента день и время обследования.** Люди приезжают в Краевой диагностический центр, уже имея на руках гарантию приема.

**- Посетители Диагностического центра отмечают и еще одну особенность, заметно отличающую ваше учреждение от других - культуру обслуживания и уважение к пациентам, которое проявляется в ненавязчивых мелочах. Например, предметы гигиены в туалетах и даже анкеты с просьбой поделиться впечатлением о качестве обслуживания...**

- Если говорить об отношении к пациенту, то для нас в этом нет мелочей, так сложилось с момента образования Центра. Раньше лечебные учреждения строились и отделялись по типовым проектам, а Диагности-

**Диагностический центр несколько лет назад стал активным проводником идеи централизации лабораторной отрасли края. Сегодня практически все ЦРБ и городские поликлиники края объединены в единую систему, которую замыкает, обеспечивая качество исследований мирового уровня, лаборатория Диагностического центра.**



## Модернизация здравоохранения

Человек обращается к нам со своей проблемой, и мы не должны создавать ему дополнительных неудобств внутри учреждения. Мы нацелены на то, чтобы обеспечивать пациентов не только качественной достоверной диагностикой, но и комфортными условиями пребывания, это и есть те самые «мелочи»: чистые туалеты, в которых есть мыло и бумага, питьевая вода на каждом этаже, места отдыха, одноразовый расходный материал во время обследования, удобные современные лифты и т.д. Анкетирование мы проводим как раз для того, чтобы знать мнение пациента об уровне оказанных услуг и качестве сервиса. Конечно, нет пределов совершенству, тем более, если есть желание совершенствоваться.

Человек обращается к нам со своей проблемой, и мы не должны создавать ему дополнительных неудобств внутри учреждения. Мы нацелены на то, чтобы обеспечивать пациентов не только качественной достоверной диагностикой, но и комфортными условиями пребывания, это и есть те самые «мелочи»: чистые туалеты, в которых есть мыло и бумага, питьевая вода на каждом этаже, места отдыха, одноразовый расходный материал во время обследования, удобные современные лифты и т.д. Анкетирование мы проводим как раз для того, чтобы знать мнение пациента об уровне оказанных услуг и качестве сервиса. Конечно, нет пределов совершенству, тем более, если есть желание совершенствоваться.

**- Вы - главный врач крупного медицинского центра, депутат, общественный деятель. Как удается выдерживать такой ритм жизни?**

Рабочий день у меня ненормированный. Как правило, одновременно приходится решать несколько дел, командировки, совещания, мой телефон замолкает уже поздним вечером. Но именно такой ритм позволяет мне реализовывать свой жизненный потенциал. Востребованность меня не утомляет, а стимулирует на дальнейшее движение.

**- Недавно вы в четвертый раз стали депутатом Алтайского краевого Законодательного собрания. Чем работа в ранге главного врача отличается от деятельности законодателя?**

В одном, как вы говорите, ранге нормы создаются, а в другом безоговорочно исполняются. Деятельность депутата предполагает непосредственное участие в разработке и принятии законов, по которым будут жить жители края. Это огромная ответственность, и в то же время - возможность что-то изменить, отстоять точку зрения свою, людей, которые на



тебя надеются. Профессия медицинская, социальная, и эта социальная направленность сопровождает меня всю жизнь. Не могу равнодушно смотреть на несправедливость, запустение села, закрытие библиотек, ФАПа, на беду конкретного человека. Помочь адресно хотелось бы всем, но, к сожалению, это невозможно. Выход - участвовать в разработке более правильной экономической и социальной политики развития края.

**- Ваша жена - тоже врач, вы дома обсуждаете работу?**

Раньше обсуждали, и вечер, как правило, превращался в сплошное профсоюзное собрание. Потом решили, что так быть не должно: дома нужно уметь отдыхать, а все проблемы и нерешенные задачи оставлять за порогом. Сейчас стараемся придерживаться этого правила.

**- Что в жизни для вас самое главное?**

Как и для любого человека, семья: моя мама, жена, дети, внуки. Кстати, пока сам не стал дедом, не понимал людей, которые утверждали, что внуки кардинально меняют жизнь. Теперь могу сказать, что это действительно так. В молодости любовь к близким несколько эгоистична - хочется строить карьеру, отдыхать, развлекаться. Чем старше становишься, тем больше начинаешь ценить теплоту отношений. Семья - мой крепкий тыл и счастье. ☺

**За помощь в подготовке материала благодарим Е.В. Кравчинскую.**

**Советы читателям журнала «Здоровье алтайской семьи» от Владимира Алексеича Лещенко:**

*- Главный лейтмотив модернизации здравоохранения - это повышение качества и доступности медицинской помощи населению. К сожалению, любое преобразование в процессе становления проходит через перегибы и недостатки, этого не избежать. Однако не нужно бояться, стесняться отстаивать права, гарантированные вам государством и полисом обязательного медицинского страхования. Заботьтесь о себе, своих близких, о душевном и физическом здоровье - это самое главное.*







# Как сберечь свои глаза

**Анна Михайловна ТОМИШИНА,**  
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории,  
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Одной из распространенных форм хламидийной инфекции является урогенитальный хламидиоз. Однако следует отметить увеличение заболеваемости экстрагенитальными формами хламидиоза, такими, как: фарингиты, бронхиты, пневмонии, воспаление придаточных пазух носа, проктиты, болезнь Рейтера и офтальмохламидиоз.

**В последние годы наблюдается неуклонный рост хламидийной инфекции среди населения, что позволяет назвать ее серьезной проблемой здравоохранения.**

Хламидийное поражение превосходит по частоте другие заболевания, уступая лишь респираторным. По данным зарубежных авторов, хламидийной инфекцией во всем мире заболевает **90млн. человек**, причем в странах Восточной Европы и Центральной Азии этой инфекцией поражается **более пяти миллионов человек ежегодно**. По Российской Федерации в год регистрируются сотни тысяч новых случаев заболевания, в то же время некоторые случаи остаются нераспознанными из-за неполноценной диагностики.

Одной из распространенных форм хламидийной инфекции является **урогенитальный хламидиоз**. Однако следует отметить увеличение заболеваемости экстрагенитальными формами хламидиоза, такими, как: фарингиты, бронхиты, пневмонии, воспаление придаточных пазух носа, проктиты, болезнь Рейтера и офтальмохламидиоз.

**Возбудители хламидиоза - Chlamydia trachomatis** - это облигатные внутриклеточные грамотрицательные бактерии. Они не могут существовать самостоятельно от клеток макроорганизма, так как не способны синтезировать собственные жизненно важные вещества и использовать для этого биоэнергетические системы клеток макроорганизма. Нередко хламидиоз сочетается с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем.

Хламидиям свойственен уникальный двустадийный (бифазный) цикл развития. При благоприятных условиях репродуктивный цикл завершается в течение двух-трех суток, далее развивается воспалительный процесс, вследствие чего больные становятся контагиозными, то есть заразными.

При наличии не благоприятных для хламидий факторов (неспецифическое лечение) могут меняться биологические свойства возбудителя,

что сопровождается переходом в хроническую инфекцию (носительство).

**Есть несколько путей заражения глаз:**

- ◆ **антенатальный**, родовой - при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери,

- ◆ **контактно-бытовой** - через инфицированную воду бассейна, загрязненные руки и предметы личной гигиены,

- ◆ **гемато- и лимфогенный пути.**

Клетками-мишенями для офтальмохламидий являются **клетки переходного эпителия конъюнктивы**, где обнаруживаются полиморфноядерные нейтрофилы. Именно они преобладают в воспалительном экссудате при клинико-морфологической диагностике.

**Различают следующие основные клинические формы хламидийного поражения органа зрения:** трахома (чаще хроническое заболевание, характеризующееся диффузной инфильтрацией конъюнктивы и развитием в ней фолликулов с последующим исходом в рубцевание), паратрахома взрослых (хламидийный конъюнктивит), паратрахома новорожденных, эпидемический хламидийный конъюнктивит (бассейновый), конъюнктивит при болезни Рейтера, хламидийный увеит (воспаление сосудистой оболочки глаза), эписклерит (воспаление эписклеры - соединительной ткани между конъюнктивой и склерой).

По течению различают острое и хроническое хламидийное воспаление глаз, а также манифестную и субклиническую форму, локализованный хламидиоз (поражается только глаз) и генерализованный хламидиоз с поражением других органов и систем.

**В настоящее время трахома диагностируется только в некоторых африканских странах.** Во всем мире эта грозная инфекция глаз, характер-



ризирующаяся воспалением конъюнктивы и приводящая впоследствии к слепоте, ликвидирована благодаря титаническим усилиям врачей-окулистов в 60-е годы прошлого века.

**Хламидийный конъюнктивит** (паратрахома) - **преобладающий вид глазной патологии**, наиболее часто встречающийся на амбулаторном приеме врача-офтальмолога.

Длительность заболевания при несвоевременной диагностике может достигать **2-6 месяцев**, что ведет к значительной потере трудоспособности. По данным разных авторов, **паратрахома выявляется в 10-14% случаев** от всех конъюнктивитов. Чаще всего она встречается у молодых людей от 15 до 30 лет, которые ведут активную сексуальную жизнь. У женщин заболевание встречается чаще в 2-3 раза, чем у мужчин.

Урогенитальная хламидийная инфекция может протекать бессимптомно.

К тому же в связи с малой информированностью практических врачей **хламидийный конъюнктивит диагностируется очень поздно**: после двух-трех месяцев бесполезного, а иногда и непоказанного лечения. Все это в конечном итоге только затрудняет последующую диагностику. Необходимо как можно раньше правильно поставить диагноз заболевания и провести эффективное этиопатогенетическое лечение.

**При паратрахоме, как правило, поражается один глаз, двухсторонний процесс встречается в трети случаев.** Инкубационный период составляет **5-14 дней**. Более чем в половине случаев выявляется сопутствующая урогенитальная инфекция. Полное излечение хламидийного конъюнктивита у взрослых достигается в течение **30-35 дней** при активном лечении.

Клиническая картина острого хламидийного конъюнктивита характеризуется выраженным отеком век, обильным слизистым гнойным отделяемым, как и в слу-



чае конъюнктивитов другой этиологии.

И лишь характерным признаком хламидийного конъюнктивита является **инфильтрация и наличие фолликулов**, расположенных на конъюнктиве верхнего и нижнего века в переходной складке, различного размера и количества в зависимости от тяжести процесса.

**Существуют другие, более тяжелые, формы хламидийного поражения глаз: эписклерит, передний увеит** (иридоциклит, воспаление радужки и/или цилиарного тела), **задний увеит** (хориоидит, воспаление собственно сосудистой оболочки), **панувеит** (помутнение в стекловидном теле, поражаются все три отдела сосудистого тракта), увеиты с поражением сетчатки, зрительного нерва и роговицы (**кератоувеиты**).

Диагностика хламидийного конъюнктивита основывается как на визуальном выделении признаков изменений в слизистой глаза врачом-окулистом, так и на специальных лабораторных методах исследования.

**Выделяют следующие группы методов лабораторной диагностики офтальмохламидиоза:**

◆ **цитологический метод** - непосредственное определение возбудителя в соскобе,

◆ **серологический метод**,  
◆ **иммуноферментный анализ (ИФА)**,

◆ **молекулярно-биологический метод (ПЦР)**,

◆ «золотой стандарт» - **выделение хламидий в культуре клеток**, используется среда McCoу. Культуральный метод для определения хламидиоза глаз в настоящее время считается эталоном,

◆ **исследование крови** на антитела к хламидиям - Ig M, A, G.

Диагностика хламидийной инфекции основывается на совместных данных лабораторных иммунологических методов, сопоставлении анамнестических сведений и клинических проявлений.

Хочу отметить, что **диагностику хламидийного поражения глаз необходимо проводить у членов всей семьи, а также врачами других специальностей** (урологом, гинекологом). Назначение лечения проводится только врачом-окулистом после обследования и установления диагноза. Точная диагностика хламидиоза глаз важна для назначения правильного и целевого лечения, направленного именно против хламидий. Правильное лечение предотвращает переход инфекции в скрытую форму, а также рецидивы, осложнения заболевания и дальнейшее распространение хламидийной инфекции в организме.

**Самостоятельно заниматься лечением хламидиоза не рекомендуется**, так как процесс может перейти в хроническую стадию, дальнейшая диагностика лечения будет затруднена, и исход в выздоровлении долговременен и малоутешителен.

За консультацией врача-офтальмолога и диагностическими исследованиями на хламидиоз глаз вы можете обратиться в Диагностический центр Алтайского края. ☺

## КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

На правах рекламы





# Мифы и факты о мигрени



**Екатерина Васильевна ПАРХОМЕНКО,**  
доцент кафедры нервных  
болезней АГМУ

**Мигрень до настоящего времени остается притягательной загадкой, к разрешению которой медицина прикладывает немало усилий. До сих пор врачи с большой осторожностью решаются остановиться на диагнозе «мигрень».**

**О мигрени ходит самое большое количество мифов. Причем многие из них можно назвать в буквальном смысле опасными. Эти мифы поддерживаются СМИ, Интернетом. К сожалению, многие устаревшие факты о мигрени распространены среди врачей. Считается, что победить мигрень нельзя, можно только сдаться и терпеть, заглушая головную боль таблетками. Что есть правда, а что - вымысел?**

У каждого из нас существует свое сложившееся представление о мигрени. Для кого-то это - литературный образ молодой богатой аристократки прошлых веков, отказывающей в приеме надоедливый кавалерам из-за очередной мигрени. Кто-то вспомнит яркие описания гемикрании у римского прокуратора Понтия Пилата в романе Михаила Булгакова «Мастер и Маргарита» или рассказ «Ионыч» Антона Чехова. Для другого это - коллега, которая вынуждена уйти с работы из-за сильной головной боли, не дающей пошевелить головой и сопровождающейся рвотой. Поначалу это вызывает сочувствие окружающих, но когда коллеги видят «страдалицу» совершенно «здоровой» между приступами, возникает непонимание и даже раздражение. Не случайно появилось высказывание на эту тему: «Мигрень - опять работать лень».

**МИФ: Успокойтесь - нет ничего серьезного, у вас просто мигрень: доброкачественное и безопасное заболевание.**

**ФАКТ:** Мигрень - это не просто головная боль, а **серьезное неврологическое заболевание, требующее консультации невролога и выбора правильной стратегии поведения и лечения.** Заболевание не может быть доброкачественным, если оно имеет такие осложнения, как хроническая мигрень, мигренозный статус, мигрень-индуцированный инсульт, эпилептический припадок, вызванный мигренью.

Приступы мигрени существенно влияют на трудоспособность и качество жизни пациентов. Научно доказано, что если приступы мигрени воз-

никают лишь два раза в месяц, то больной теряет в творчески активном возрасте (между 15 и 45 годами) как минимум два года жизни. Когда провели сравнительную оценку качества жизни у больных мигренью, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и диабетом, оказалось, что хуже всех дело обстоит у больных мигренью. В ряде исследований было показано, что у пациентов с мигренью имеется повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний: в два раза больше шанс получить инфаркт миокарда и в три раза - нарушение мозгового кровообращения. Поэтому необходимо тщательное обследование пациентов с мигренью для выявления и устранения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**МИФ: Боль при мигрени всегда односторонняя, пульсирующая.**

**ФАКТ:** Мигрень поражает своей многоликостью, что и затрудняет диагностику. **В большинстве случаев во время приступа боль сосредоточена в одной половине головы (гемикрания), может иметь «излюбленную» сторону и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза; чаще пульсирующего характера.** Но около 40% больных сообщают о двусторонней локализации боли, о смене стороны боли. У 40% больных атака мигрени начинается с боли в шее, затылочной области и распространяется кпереди, в область лба. У половины больных отмечается неппульсирующий характер боли, а в ряде случаев головная боль носит ломящий, распирающий характер. **Обязательной для мигрени является смена сторон, когда приступы в правой и левой половине головы чередуются.** При этом даже сторона головной боли определяет некоторые особенности мигрени. Правосторонние мигрени - более длительные, чаще сопровождаются паническими атаками и возникают в любое время суток. Ночные приступы мигрени - чаще с левой локализацией боли.

**МИФ: А нужно ли лечить приступ мигрени, если он рано или поздно закончится сам, а прием препаратов купирует**



**лишь один приступ, никаким образом не влияя на возникновение последующего?**

**ФАКТ:** Действительно, приступ мигрени является лишь одним из обязательных этапов, завершающих сложную последовательность постепенно накапливающихся изменений в головном мозге, которые проходят на биохимическом уровне и обусловлены особенностями деятельности мозговых систем человека. Поэтому необходимо обязательно купировать каждый приступ. Кроме того, недооценивается тот факт, что **проблема больших с редкими приступами мигрени заключается в высокой вероятности трансформации мигрени в хроническую форму, которая трудно поддается терапии и имеет плохой прогноз.** Поэтому роль профилактики состоит не столько в борьбе с острой болью и другими симптомами мигрени, сколько в предотвращении прогрессирования заболевания.

**МИФ: Приступы мигрени не могут возникать часто.**

**ФАКТ:** По статистике, у 25% пациентов приступы возникают каждую неделю. **При частых и тяжелых приступах мигрени обязательно назначается профилактическое лечение.** Подбирают препараты индивидуально, учитывая их побочные действия и сопутствующие заболевания пациента. Применяют бета-блокаторы, антиконвульсанты, антидепрессанты. Но профилактика мигрени - это не только лекарства. Это **изменение образа жизни, соблюдение режима сна, позитивный эмоциональный настрой, выявление и, по возможности, устранение провоцирующих факторов мигрени.**

**МИФ: Если приступ мигрени нельзя купировать специфическим противомигренозным препаратом - триптаном, то это не мигрень.**

**ФАКТ:** Базовыми средствами для купирования тяжелых и умеренных по интенсивности приступов мигрени в настоящее время являются **триптаны** - препараты, имеющие уровень доказательности А, воздействующие на патологические процессы, происходящие в головном мозге при мигренозной атаке. Но даже современные противомигренозные препараты из группы триптанов эффективны у 60-70% пациентов. **На сегодняшний день в арсенале врачей - три триптана: суматрип-**



**тан, элетриптан, золмитриптан.** При отсутствии эффекта от применения одного триптана не следует отказываться в следующий раз от использования другого триптана. Это связано не только с фармакокинетическими и фармакодинамическими параметрами различных триптанов, но и с индивидуальной чувствительностью пациентов.

**МИФ: Мигрень не лечится, если установлен диагноз «мигрень», следует просто принять этот факт и научиться жить с ним.**

**ФАКТ:** Так как в происхождении мигрени важную роль играют наследственные факторы, ее действительно нельзя вылечить. Но это не означает, что пациентам невозможно помочь. Сегодня существует огромное количество лекарственных и нелекарственных методов лечения, позволяющих снизить частоту, продолжительность и интенсивность головной боли и, что важно, уменьшить ее последствия. Кроме того, **у многих людей с возрастом бывают спонтанные ремиссии, то есть исчезновение приступов мигрени.**

**Мигрень сегодня - это заболевание, которое нужно и можно контролировать.** Сегодня есть высокоэффективные средства, купирующие даже самый тяжелый приступ мигрени, а **индивидуально подобранное профилактическое лечение способствует урежению и уменьшению интенсивности приступов.** Но вот от пациента требуется гораздо большее - пересмотреть и изменить свой образ жизни. Только тогда люди, страдающие мигренью, смогут вести полноценную жизнь, не теряя драгоценного времени на повторяющиеся мучительные приступы головной боли. ☺

**МИФ: Мигрень - это только головная боль.**

**ФАКТ:**

Головная боль - самый яркий симптом мигрени и возникает вследствие избыточного расширения сосудов мозга и нейрогенного воспаления в твердой мозговой оболочке.

**Но мигрень - это, как правило, - головная боль плюс сопровождающие симптомы.** У большинства людей, страдающих мигренью, во время приступа отмечаются **тошнота и рвота.**

Именно тошнота - одна из самых мучительных особенностей приступа.

В приступе мигрени возникает **повышенная чувствительность и непереносимость яркого света (фотофобия), звуков (фонофобия), запахов (осмофобия).**

И единственное желание в этот момент - уединиться в темном, тихом, прохладном месте и постараться уснуть.





# Проблема приверженности больного лечению



**Галина Александровна ЧУМАКОВА,**

доктор медицинских наук, профессор, председатель Алтайского краевого научного общества кардиологов

*...О! насчет врачеванья мы с Христианом Ивановичем взяли свои меры: чем ближе к натуре, тем лучше, - лекарств дорогих мы не употребляем. Человек простой: если умрет, то и так умрет; если выздоровеет, то и так выздоровеет...  
Артемий Филиппович Земляника, попечитель богоугодных заведений*

**Н.В. Гоголь  
«Ревизор»**

Однажды, будучи на одном из Европейских медицинских конгрессов, я встретила свою коллегу-врача, которая достаточно давно уехала работать в Америку. И среди обычных в таких случаях разговоров («Ты помнишь?.. А ты?..») я спросила: «По твоему мнению, почему в Америке лечение многих заболеваний гораздо эффективнее, чем в России? Ведь в наше время российские знания и умения в диагностике и лечении, например, сердечно-сосудистых заболеваний, мало отличаются от таковых в Америке. Мы живем в одном информационном поле, имеем те же лекарственные препараты. Но итог - разный. Почему?». Ее ответ читайте в конце статьи...

Действительно: **почему лечение, назначенное врачом, далеко не всегда достаточно эффективно?** Если спросить наших пациентов, то, к сожалению, некоторые из них ответят, что у нас - неграмотные врачи, которые назначают плохое лечение, а иногда - и слишком дорогое. А главная же причина высокой заболеваемости и смертности - это нездоровый, разрушающий образ жизни в стране вообще и каждого пациента в отдельности.

**Попробуем разобраться: почему же лечение конкретного больного может быть неэффективным?**

Оказывается, **роль самого пациента в неэффективности лечения чрезвычайно высока.** Именно он - пациент - по разным причинам часто не выполняет рекомендации врачей. В медицине даже появился термин, отражающий ситуацию, когда пациент точно выполняет все рекомендации врача - **«комплаентность»**, приверженность лечению. Невыполнение врачебных рекомендаций нередко является главной причиной неэффективного лечения.

Проблема неприверженности лечению является одним из серьезнейших препятствий на пути воплощения в жизнь даже самых эффективных лечебных стратегий врача.

Итак, **приверженность лечению - это степень точности соблюдения пациентом рекомендаций, полученных от врача** в отношении: изменения образа жизни, приема лекарственных препаратов и соблюдения графика визитов к врачу.

## Проблема №1: образ жизни

Рекомендации врачей по изменению образа жизни наши пациенты очень часто «встречают в штыхки». Например, пациент с гипертонией, а также с явным избыточным весом, курящий, не знающий, что такое регулярные физические тренировки, любитель пива и воблы, возмущается: «Сколько можно говорить об образе жизни? Вы, доктор, мне таблетки назначьте, чтобы я вылечился». И не желает понимать такой пациент, что нездоровый образ жизни - это как бактерии для любого воспаления: является причиной сердечно-сосудистых заболеваний. А если не ликвидировать причину, - болезнь вылечить невозможно никакими таблетками. Более того, изменение образа жизни может радикально повлиять и на течение заболевания.

*Посмотрите на таблицу, в которой приведены результаты серьезных научных исследований, и убедитесь в эффективности мероприятий по изменению образа жизни. При этом обратите внимание: оздоровление образа жизни расценивается как метод лечения!*

**Таблица 1. Эффективность немедикаментозных методов лечения**

Метод лечения	Снижение АД ммрт.ст.
Отказ от курения	до 20
Снижение массы тела	до 20
Низкокалорийная диета	до 15
Ограничение поваренной соли	до 10
Аэробные физические нагрузки	до 10
Ограничение употребления алкоголя	до 5
ВСЕ:	до 25-30



## Сердечный разговор с кардиологом

Итак, изменение образа жизни - основа основ как профилактики, так и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

### Проблема №2:

#### медикаментозное лечение

Это очень важная часть лечения больных с любыми, в том числе сердечно-сосудистыми, заболеваниями. Казалось бы, здесь все зависит от врача, его квалификации, опыта. **Но и здесь есть проблема под названием «лекарства не действуют у больных, которые их не принимают».**

Действительно, далеко не все пациенты принимают лекарства в соответствии с назначением врача. **До 10-15% больных даже не начинают принимать назначенное лечение. Из тех, кто лечится, практически 50% лечатся нерегулярно,** то есть принимают препараты только тогда, когда повысится артериальное давление, заболит голова, появятся боли в груди и т.д.

А ведь при многих хронических заболеваниях требуется ежедневный постоянный прием лекарственных препаратов. Так лечится и гипертония, и атеросклероз, и сердечная недостаточность, и многие другие хронические заболевания. Странно, но **пациенты часто боятся получить осложнения от лекарственных препаратов, но при этом не боятся осложнений от самих заболеваний.** Опасаются гастрита, но не боятся инфаркта, инсульта и внезапной смерти!

Обычно лечатся нерегулярно те пациенты, у которых заболевание протекает бессимптомно. Так, при артериальной гипертонии у некоторых людей даже очень высокое давление не проявляется головной болью, головокружением или другими характерными симптомами. И хотя риск развития инсульта, инфаркта в этом случае очень большой, пациенты не считают нужным принимать лекарства.

Есть и другая проблема лекарственной терапии - ее стоимость. Нередко пациенты обвиняют врачей в назначении необоснованно дорогой терапии. Удивительно, но более дорогое, по их мнению, лечение предпочитают самостоятельно заменять самыми дешевыми «аналогами» препаратов. Очень жаль, что пациенты не понимают, что действие оригинального, детально изученного в клинических исследованиях препарата стоимостью, например, 300 рублей, и его «аналога» стоимостью 30-40 рублей не может быть одинаковым. Они обычно отличаются по составу наполнителя таблетки, наличию примесей, а иногда даже по формуле самого препарата. Врач никогда не стремится сознательно и необоснованно завязать стоимость лечения. И это - повод поговорить еще об одной проблеме.

### Проблема №3: отношения врача и пациента

Это, возможно, главная проблема. **Пациент не верит врачу и не выполняет его рекомендации.** Причины здесь разные - и их много. Одна из главных проблем, на мой взгляд, - навязывание средствами



массовой информации с молчаливого (?) безразличия государства негативного образа врача. Поток информации об ошибках врачей и наравне с ними - редкие, «тихие» публикации об их ежедневном тяжелейшем труде на благо здоровья людей.

Представьте. Раздраженный пациент встречается с «затюканным» врачом, да еще в режиме дефицита времени... Как трудно иногда им понять друг друга! А понять и услышать нужно! **В любом настроении, с любой зарплатой, на фоне любых жизненных проблем врач ВСЕГДА стремится поставить правильный диагноз и назначить пациенту максимально эффективное лечение. Иногда это очень трудно на первом приеме.** Если врач приглашает пациента на повторный прием для дополнительного обследования или коррекции лечения, надо обязательно прийти.

Нужно понимать, что **врач и пациент должны дружно, вместе - как партнеры - объединить свои усилия против болезни.** И каждому при этом сделать свою работу. Врач может и должен назначить грамотное, индивидуально подобранное лечение, а пациент должен выполнить четко рекомендации врача и быть им максимально приверженным. Недаром еще 500 лет до н.э. великий Гиппократ сказал, что *«в лечебном процессе всегда три участника: врач, пациент и болезнь. Кого будет двое, тот и победит третьего».* А врач вместе с пациентом всегда сможет победить болезнь.

**P.S.** *Моя зарубежная коллега, с воспоминаний о встрече с которой мы начали наш разговор, на мой вопрос ответила: «Наши американские пациенты очень привержены рекомендациям врачей, так как они абсолютно им доверяют. Хотя таких душевных, чутких врачей, как в России, я нигде больше не встречала». Мне было очень горько и обидно... Ведь приверженность лечению - это не только эмоциональная характеристика. ☺*

#### Что дает повышение приверженности лечению:

- ...пациенту: лучшие результаты лечения, снижение риска осложнений и смерти от них, лучшее качество жизни;
- ...врачу: более здоровые пациенты, более лояльные пациенты;
- ...государству: снижение расходов на медицинское обеспечение, снижение расходов на социальные нужды.





# Предгравидарная подготовка женщин с нарушениями эндокринной системы

**Как говорят изысканные французы: «Чего хочет женщина, - того хочет Бог!». Безусловно, желание быть мамой - это одна из самых важных, естественных потребностей женщины. И как только в голове зарождается такое осознанное желание, женщина становится похожей на храм, замерший в ожидании чуда. Но мы, цивилизованные люди, должны четко осознавать, что какова будет «почва», таков и будет наш «росток». Поэтому перед планируемой беременностью женщине необходимо сначала уточнить состояние своего здоровья, а в ряде случаев и улучшить его, чтобы «росток» лег в благодатную «почву».**

Во время беременности все системы и органы женского организма испытывают перегрузку. Одна из первых, в повышенном режиме, начинает работать эндокринная система. Беременность - это гормональная буря из-за большого уровня гормонов матери, плода и плаценты.

**Перед беременностью рекомендуется обратить внимание на вес тела, структуру и функцию щитовидной железы, углеводный (сахарный) обмен.**

Для уточнения нормы веса используется ИМТ (индекс массы тела), вычисляется по формуле:

$$ИМТ = кг / м^2$$

**(вес в килограммах, поделенный на рост в метрах, возведенный в квадрат).**

**Норма:** ИМТ = 18-25.

**Дефицит массы тела:** ИМТ = менее 18.

**Избыточная масса тела:** ИМТ = 25-29,9.

**Ожирение:** ИМТ = более 30.

Если у вас выявился дефицит массы тела, то **перед беременностью необходимо набрать норму путем частого дробного питания с повышенным содержанием белка** (мясо, рыба, творог, сыр). При недостатке массы тела часто нарушается менструальный цикл, возникают проблемы с зачатием (вспомним историю: в древние времена, когда миниатюрные тайки выхо-

дили замуж, свекрови помещали их в особые комнаты, где давали много еды и ограждали от работы, дабы иметь полноценное потомство). Кроме того, при дефиците массы тела формируется выраженный дефицит кальция, основного микроэлемента, идущего на построение скелета плода, поэтому таким женщинам до беременности и во время беременности необходимо дополнительно принимать препараты кальция и витамина D.

Если у вас избыточная масса тела или ожирение, то **перед беременностью необходимо снизить вес путем ограничения приема жирной пищи** (свинина, масла, майонез, сыр, сало, орехи, семечки), сладкой пищи, увеличением физической активности.

К сожалению, кусочки складываются в килограммы... Так, один 30-граммовый кусочек жирной рыбы калорийностью 55 за год поможет вам «накопить» лишних 2,5кг; такой же кусочек постной рыбы (20ккал) «прибавит» за год 0,9кг; 30-граммовый ломтик сыра (105ккал) добавит 5кг веса; 1ст.л. майонеза (100ккал) «дает» лишние 4,8кг; 1ст.л. сахара калорийностью 45 за год «обернется» в 2кг дополнительного веса; а бутылка пива (даже не 0,5л, а 0,33л, имеющая 140ккал) - 6,6кг веса в год.

**Как легко эти калории набрать! И как трудно потом от них избавиться...**



**Инна Александровна ВЕЙЦМАН,**

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

**Беременность на фоне нарушенного углеводного обмена, сахарного диабета требует очень много сил, терпения как от самой женщины, так и от врачей (эндокринолога и акушера-гинеколога). Беременность у женщин с такими отягощениями всегда должна быть тщательно спланирована совместно с врачом!**



Сколько надо съесть / выпить	...что сделать, чтобы это не отразилось на весе
Одну карамельку, 20ккал	Делать гимнастику 20 минут
Порцию зеленого горошка, 60ккал	Печатать на компьютере 20 минут
Стакан пива, 95ккал	Прыгать со скакалкой 6 минут
Порцию взбитых сливок, 150ккал	Заниматься аэробикой 65 минут
Бутерброд с сыром без масла, 150ккал	Делать физзарядку 1 час
200г вареного картофеля без масла, 170ккал	Танцевать 40 минут
Бутерброд с ветчиной, 205ккал	Быстро идти с рюкзаком 80 минут
0,5л 3%-ного молока, 290ккал	Ехать на велосипеде 1 час
Кусок торта, 290ккал	Убирать квартиру 90 минут
Порция жареного картофеля, 330ккал	Играть в футбол 40 минут
Гуляш с макаронами, 570ккал	Заниматься дзюдо 1 час
Шницель с картофелем, 725ккал	Пройти 20км 4 часа
Два бутерброда с маслом + 2 чашки сладкого кофе с молоком, 900ккал	Кататься на коньках 2,5 часа

К сожалению, избыточный вес - это не просто косметический дефект, это патологическое состояние, которое приводит к повышению сахара крови, артериального давления, а также снижает шансы женщины на беременность и рождение здорового потомства.

Отсюда следует вывод: *если вы поставили перед собой цель стать мамой, то вы обязательно должны найти в себе силы для снижения собственного веса.*

Нередко для подготовки женщины с повышенной массой тела к беременности врачом назначаются препараты метформина.

Следующий момент, на который нужно обратить внимание, готовясь к беременности, - это **структура и функция щитовидной железы.**

Алтайский край признан йод-дефицит-

ным регионом. А известно, что недостаток йода в продуктах питания, воде, ведет к нехватке его и в организме, что проявляется формированием различных структурных изменений в щитовидной железе (кисты, узловые образования, диффузное увеличение - зоб). Кроме того, **йод во время беременности играет очень важную роль в формировании интеллекта плода.** Соответственно, если мама во время беременности недополучает йода, то, как говорится, «Эйнштейн из этого малыша вряд ли получится». Поэтому **за 6 месяцев до планируемой беременности, во время беременности и при лактации рекомендуется применять препарат калия йодид 200мкг в сутки утром после еды** (при условии, если у вас до этого не был выявлен диффузный токсический зоб).

**До беременности рекомендуется сдать анализ на гормоны щитовидной железы** (это показатели функции щитовидной железы) - **ТТГ и Т4 свободный** (они сдаются независимо от дня менструального цикла), **а также провести УЗИ щитовидной железы.** При наличии отклонений в гормональном статусе или по УЗИ рекомендуется посетить эндокринолога для решения вопроса о возможности вынашивания беременности, ее сроках и необходимости лечения.

Если до беременности у вас уже были диагностированы заболевания щитовидной железы с нарушением функции, такие, как гипотиреоз (снижение функции) или тиреотоксикоз (повышение функции), то **посетить эндокринолога до беременности необходимо в обязательном порядке.** Некоторые препараты, которые используются для лечения дисфункции щитовидной железы, обладают тератогенными свойствами: их прием непосредственно перед и во время беременности приводит к формированию пороков развития плода! Поэтому цель визита - **уточнение сроков наступления беременности, выбор корректирующей терапии и ее дозы.** Затем весь период беременности вы также должны наблюдаться у эндокринолога с контролем уровня гормонов щитовидной железы.

И третий фактор, требующий внимания в процессе предгравидарной подготовки, - это **углеводный (сахарный) обмен.**





Одним из обязательных лабораторных параметров, которые необходимо определить перед беременностью, - **сахар крови натощак**, а если вам больше 30 лет, у вас повышен вес и повышается артериальное давление, имеются случаи диабета в семье, то вам необходимо обратиться к терапевту **для определения гликозилированного гемоглобина и выполнения теста с 75г сухой глюкозой**.

Надо сразу сказать, что беременность на фоне нарушенного углеводного обмена, сахарного диабета требует очень много сил, терпения как от самой женщины, так и от врачей (эндокринолога и акушера-гинеколога). **Беременность у женщин с такими отягощениями ВСЕГДА ДОЛЖНА БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО СПЛАНИРОВАНА совместно с врачом!** Если будущая мама перед беременностью и в ранние ее сроки была не компенсирована (то есть имела повышенный сахар крови), то **кислород-дефицитное состояние, которое развивается в организме женщины, может блокировать овуляцию** (то есть женщина становится бесплодной), **привести к недостаточности желтого тела с поражением тканей желточного мешка** (вследствие чего формируются пороки развития у плода) **или самопроизвольному аборт, формированию неполноценной плаценты** (приводит к осложненному течению беременности).

Пороки развития - одна из самых частых причин потери беременности у женщин, которые страдают сахарным диабетом. Чаще всего у плода поражаются центральная нервная система, сердце, кости, желудочно-кишечный тракт и мочевые пути.

Во второй половине беременности (после 20 недель) возможно развитие задержки внутриутробного роста плода или, наоборот, макросомии, внутриутробной гипоксии плода с поражением его центральной нервной системы, вплоть до развития асфиксии и гибели плода.

**У новорожденных от матерей с некомпенсированным во время беременности сахарным диабетом часто развивается диабетическая фетопатия, которая характеризуется:**

- ◆ увеличением размеров плода (его вес более 4000г), не соответствующих сроку беременности (макросомия);



- ◆ диспропорцией размеров плода;
- ◆ отечностью тканей и подкожной жировой клетчатки;
- ◆ увеличением печени и селезенки.

Отсюда вывод, что **поддержание нормального сахара крови до и во время беременности является залогом успеха, как для здоровья матери, так и для здоровья плода**. Рекомендуемые уровни гликированного гемоглобина, отражающего средний уровень сахара крови за последние три месяца, перед беременностью не должен превышать 6,5%, а также не должен быть выявлен ацетон в моче. Нередко таких строгих параметров сахара крови на традиционной инсулинотерапии шприцами или шприц-ручками достигнуть не удастся. Тогда на помощь приходит помповая инсулинотерапия (аналог «искусственной поджелудочной железы»). *Опыт и возможность установления пробных помп имеются на базе эндокринологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница».*

**Если до беременности у женщины был диагностирован второй тип сахарного диабета и она получала таблетированные сахароснижающие препараты, то при подготовке к беременности и во время нее она переводится на временную инсулинотерапию. Прием сахароснижающих препаратов в таблетках при беременности недопустим, в связи с их тератогенным действием, токсическим влиянием на плод.** ☹

**Планирование беременности сегодня - обязательный этап в зарождении новой жизни! Ведь за здоровье ребенка ответственность несут прежде всего родители! Удачи вам и вашему будущему малышу!**



# Объединение медицинского сообщества необходимо

**В Москве 18-19 мая 2012 года состоялся Всероссийский общественный форум медицинских работников. В нем приняло участие около 2500 представителей медицинских организаций, ассоциаций и палат медицинских работников всех субъектов РФ, федеральных и региональных органов исполнительной и законодательной власти.**

В составе делегации от Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» приняли участие в работе Форума **Т.В. ЦАРЕВА** и **С.А. АНАНИНА**.

Мероприятие транслировалось на сайте НП «Национальная Медицинская Палата» в реальном времени, где к просмотру Форума присоединилось около 1500 человек. Также прошло интерактивное голосование по актуальным вопросам развития здравоохранения.

Организаторами Форума выступили Национальная медицинская палата (НМП), комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального собрания РФ, комиссия по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной Палаты РФ, профсоюз работников здравоохранения РФ.

Главная цель Форума заключалась в консолидации медицинского сообщества для решения проблем российского здравоохранения, совершенствования законодательства и развития профессионального саморегулирования.

Приветственные обращения к участникам форума были получены от Президента РФ **В.В. Путина**, Председателя Совета Федерации Федерального собрания РФ **В.М. Матвиенко**, Председателя Государственной Думы Федерального собрания РФ **С.Е. Нарышкина**, первого заместителя председателя Государственной Думы Федерального собрания РФ **О.В. Морозова**, первого заместителя Председателя Совета Федерации Федерального собрания РФ **А.П. Торшина**. В телеграмме Президента РФ, в частности, говорилось: «Вам предстоит обсудить целый ряд вопросов, связанных с повышением социального статуса медицинских работников, совершенствованием

системы подготовки квалифицированных кадров, обеспечением доступности медицинской помощи. Большое внимание будет также уделено улучшению демографической ситуации и продвижению ценностей здорового образа жизни. Рассчитываю, что решения, выработанные в ходе встречи, будут востребованы на практике, помогут реализации программ, направленных на модернизацию отечественного здравоохранения».

Была предоставлена возможность высказать свою точку зрения всем без исключения представителям медицинских ассоциаций и общественности. Обсуждения шли до последнего выступающего.

Как считают участники мероприятия, **главные проблемы заключаются в недостаточном уровне финансирования здравоохранения, остром дефиците медицинских кадров, что обусловлено низким уровнем оплаты труда, несоответствием качества системы повышения квалификации медицинских кадров потребностям современного практического здравоохранения и международным стандартам.**

В выступлении заместителя министра здравоохранения и соцразвития РФ **В.И. СКВОРЦОВОЙ** (с 21.05.2012 года она министр здравоохранения РФ, - прим. редакции) была отмечена «индивидуальная мудрость каждого из выступающих», говорилось о кадровой проблеме, путях ее решения. В основном ее выступление было посвящено аккредитации и готовности специалистов к осуществлению медицинской деятельности по каждой специальности. **Аккредитация с 2013 года станет обязательной процедурой.** В связи с чем Министерство здравоохранения РФ планирует обновить учебные программы для студентов-медиков, возобновить распределение молодых специалистов



**Татьяна Васильевна ЦАРЕВА,**

член Профессионального комитета Правления АРОО «ПАСМР», главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»,



**Светлана Анатольевна АНАНИНА,**

главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №12, г.Барнаул»





◀ с отработкой не менее трех лет после окончания и провести оценку уровня знаний преподавателей образовательных учреждений.

В свою очередь, президент НМП **Л.М. РОШАЛЬ** заявил, что «Министерство здравоохранения в структуре нового правительства в первую очередь должно решать вопрос квалификации медицинских работников, нужно решать вопросы социальные, вопросы стандартов и протоколов лечения, нужно разбираться с лекарственным обеспечением, с ОМС. Иногда создается впечатление, что мы только сейчас начинаем строить здравоохранение». Наряду с другими проблемами в здравоохранении Леонид Михайлович особо выделил вопросы социальной несправедливости и отсутствие социальных стандартов для медицинских работников: «Не может быть, чтобы за одну и ту же работу в одной стране, несмотря на наше устройство, платили разные зарплаты: врач «Скорой помощи» в одном регионе получает 13-15 тысяч рублей, а в другом регионе - до 80 тысяч. Так невозможно. Вопрос уже стоит в повестке руководства страны. Жизнь для медиков должна быть достойной, как и условия для работы тоже должны быть достойными».

Вице-президент «Национальной медицинской палаты», заместитель председателя комитета по охране здоровья граждан Государственной Думы **С.Б. ДОРОФЕВ** обратил внимание на решение проблем системы льготного лекарственного обеспечения, а также на необходимость разработки программ, направленных на повышение ответственности каждого человека за состояние своего здоровья. Очевидно, что нужны поправки в основополагающие законы, прежде всего - в закон «Об обязательном медицинском страховании», а также «необходимо исключить практику принятия закона без подзаконных актов, где указано, как эти законы исполнять».

Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ **М.М. КУЗЬМЕНКО** отметил обеспеченность кадровыми ресурсами в РФ: врачей, по штатным расписаниям, должно быть 520028, а фактически - 367222, то есть 71 процент укомплектованности. По среднему персоналу: по штатам - 1560084, фактически - 759795, укомплектованность - 49 процентов. Михаил Михайлович остро поставил вопросы о необходимости изменения МРОТ для медицинских работников и порядка начисления льготных пенсий.

Вице-президент РАМН, бывший министр МЗ СССР **В.И. СТАРОДУБОВ** провел анализ сложившейся ситуации в области стандартизации, вопросами которой он занимается более 20 лет, и отметил необходимость срочного устранения противоречий в законодательной базе: «Законодательство не призвано оценивать качество медицинской помощи, через призму стандартов, необходимо создать усредненные показатели соблюдения стандартов. Очень опасно внедрять одноуровневые стандарты, которые разрабатывают академики. Стандарты - это ориентировочная основа действий».

Председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству **Г.Э. УЛУМБЕКОВА** впервые презентовала комплексную систему непрерывного дистанционного образования специалистов первичного звена.

**Н.Л. АКСЕНОВА**, председатель Смоленской регио-

нальной общественной организации «Врачебная палата», член Президиума «Национальная Медицинская палата» отметила: «Медицина - высокоспециализированная отрасль. Поэтому самое главное в таком судебном разбирательстве - обеспечить профессионализм и объективность в рассмотрении дела. Третейский суд позволяет это сделать. Врачебная палата одна из первых среди медицинских общественных организаций начала создавать систему правовой защиты и юридической поддержки медицинских работников».

Академик РАМН **М.И. ПЕРЕЛЬМАН** высказал феноменальное противоречие: «В XXI веке мы имеем расшифрованный геном человека: все люди разные - как можно их стандартизировать?». Также отметил необходимость стандартов в медицине - без них невозможно планирование, но в работе они должны носить рекомендательный характер, то есть «стандарты необходимо персонифицировать».

По мнению участников Форума, также необходимо создание единой всероссийской медицинской профессиональной ассоциации, которая в состоянии выразить консолидированную точку зрения всего медицинского сообщества и взять на себя решение профессиональных вопросов здравоохранения. Одной из важнейших задач организации станет также общественный контроль за реализацией реформ в здравоохранении. Президент «Национальной медицинской палаты» Л.Рошаль подчеркнул, что «необходимо перестать «бодаться» и нужно начинать работать. Яркий пример такого объединения - общественный форум. В здравоохранении слишком много проблем, и обсуждение на Форуме острых тем даст старт их глубокой проработки».

Участники Форума приняли резолюцию с обращением в Государственную Думу РФ, Правительству РФ, органам государственной власти субъектов РФ, Общественной национальной медицинской палате, в которой отмечается необходимость увеличения уровня бюджетного финансирования здравоохранения до 6% ВВП в течение трех лет, установить единые размеры базовых окладов по профессионально квалификационным группам работников здравоохранения, а также разработка и принятие до июня 2013г. федеральных законов о саморегулировании в здравоохранении РФ и страховании профессиональной ответственности в сфере охраны здоровья, упрощения механизма проведения торгов, разработать концепцию и программу развития здравоохранения до 2020г., включая вопросы развития кадровой политики.

Организация Форума была качественной. Присутствовало огромное количество заинтересованных специалистов, которые желают перемен и готовы к действию. Мы еще раз убедились, что участие в работе общественных профессиональных объединений необходимо каждому медицинскому работнику. Нельзя ждать, пока за нас решит кто-то наши проблемы. Необходимо участвовать в обсуждении и решении задач, стоящих перед здравоохранением, каждому специалисту, будь то врач или медсестра. Поэтому в очередной раз мы обращаемся к своим коллегам, специалистам сестринского дела Алтайского края с призывом к объединению в рядах нашей профессиональной Ассоциации средних медицинских работников. ☺



# Как ухаживать за больным ребенком дома

**Хороший и качественный уход за больным ребенком, особенно за маленьким, - основа успешного лечения.**

**В доме всегда должны быть небольшой запас медикаментов и необходимые средства для ухода за больным. Безусловно, хранить домашнюю аптечку нужно в недоступном для детей месте!**

Как только у детей первых лет жизни появляются первые симптомы заболевания, нужно незамедлительно вызывать врача.

Наиболее частые проявления болезни - это кашель, насморк, повышение температуры, понос, болевой синдром.

Если родители заметили, что ребенок занемог, в первую очередь необходимо сразу же измерить температуру его тела.

Если первым признаком заболевания явилось учащение стула, **следует проследить за его частотой, обратить внимание на цвет, консистенцию, запах**, чтобы точно информировать врача.

Если заболевание начинается с рвоты, ребенка надо перевести **в сидячее положение с наклонным и вперед туловищем и головой**, после рвоты дать кипяченой воды, чтобы прополоскать рот.

При высокой температуре тела, особенно если она сопровождается головной болью, резким учащением пульса, можно до прихода врача **положить на лоб салфетку, смоченную холодной водой**, только как можно чаще ее меняйте. Руки, ноги и тело больного желательно поочередно обтереть разбавленным и наполовину водой спиртом или водкой.

Если заболевание началось с насморка, затрудняющего носовое дыхание, целесообразно **закапать в нос**, как можно раньше, **лейкоцитарный интерферон**, который продается в аптеках. Закапывают его каждый час по 2 капли в каждую ноздрю. Если его нет, можно использовать для этой цели **0,25-0,5%-ную оксолиновую мазь**. Старшим детям при обильном насморке закапывают «Нафтизин» или «Санорин».

При появившемся кашле малыша лучше взять на руки. Первые жалобы заболевшего ребенка иногда связаны с болью в ушах. Маленькие дети в таких случаях морщатся при глотании, порой совсем отказываются от еды, ночью плохо спят, внезапно просыпаются с громким плачем, старшие дети указывают на стреляющий характер боли в ухе. До прихода врача или консультации у отоларинголога облегчить его состояние можно путем **наложения на больное ухо согревающего компресса**.

**Ни в коем случае не давайте больному ребенку каких-либо лекарств, не рекомендованных врачом, в первую очередь это правило касается антибиотиков.** Капли - это тоже лекарственные средства, и закапывать их ребенку в глаза, ухо или нос можно лишь по назначению врача.

Давать лекарства детям раннего, а иногда и дошкольного, возраста довольно трудно, так как большинство из них имеют неприятный вкус, бывают горькими, кислыми или даже солеными. Поэтому малышам первых лет жизни предпочтительнее давать **медикаментозные средства в жидком виде в форме подслащенных микстур, отваров, настоев**. Если лекарство отпускается аптекой только в виде таблеток или драже, их необходимо растереть до порошкообразного состояния и растворить в воде или подслащенном чае (например, анальгин, амидопирин, таблетки от кашля). Лекарство желательно давать точно в указанное врачом время, четко соблюдая число приемов его в сутки.

**Антибиотики, сульфаниламиды, аспирин нельзя запивать кислыми соками, кефиром, так как при этом снижается их терапевтический эффект.** Эти препараты лучше запивать подогретой щелочной минеральной водой. Не рекомендуется также запивать лекарства фруктовыми или овощными соками, компотами. Нужно иметь в виду, что недопустимо смешивание горьких лекарств с пищей. Это может надолго вызвать у ребенка отвращение к блюдам.



**Галина Евгеньевна БАНДУРИНА,**

старшая медицинская сестра, первая квалификационная категория, педиатрическое отделение, КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул», член Ассоциации с 2000 года

**Уборка комнаты, в которой находится больной ребенок, должна проводиться более основательно и всегда влажным способом. Особое внимание нужно уделять свежести воздуха. Комнату необходимо как можно чаще проветривать.**







# Порок развития плода: ошибка природы или наказание?



**Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ,**  
врач акушер-гинеколог,  
высшая квалификационная  
категория, кандидат  
медицинских наук,  
ассистент кафедры  
акушерства и гинекологии  
№1 АГМУ



**Елена Станиславовна КРАВЦОВА,**  
ассистент кафедры  
акушерства и гинекологии  
№1 АГМУ, кандидат  
медицинских наук,  
врач высшей категории

**Одним из частых опасений мам и пап новорожденных детей является наличие у малыша пороков развития и различных аномалий. К сожалению, от рождения ребенка с пороками развития не застрахован никто. Ребенок с врожденными пороками может появиться на свет в любой семье - молодой, здоровой, без вредных привычек - и даже при отсутствии осложнений в течение беременности.**

В России ежегодно примерно четыре тысячи беременностей прерывается из-за различных хромосомных аномалий и пороков развития плода.

**Врожденные пороки развития плода можно разделить на две группы: наследственные (передающиеся от родителей) и врожденные (приобретенные в ходе внутриутробного развития ребенка).**

**Наследственные пороки развития плода переданы от родителей с дефектными генами и хромосомами.** Если родители или ближайшие родственники имели врожденные пороки развития, то риск родить ребенка со сходными дефектами увеличивается (врожденные пороки сердца, незаращение верхней губы и нёба, врожденный вывих и дисплазия тазобедренных суставов и др.). Часто бывают **поломки в половых хромосомах**, тогда пороки могут проявиться или у девочек, или у мальчиков. Все будет зависеть от того, какая хромосома повреждена - X-женская или Y-мужская. Кроме того, могут быть **повреждения в хромосомах всех остальных клеток** - соматических, тогда патология проявится у всех малышей, имеющих данные дефекты, независимо от пола, например, таких, как синдром Дауна.

**Врожденные пороки развития плода обусловлены внешними влияниями на органы плода, особенно на ранних сроках беременности.** В результате происходит нарушение нормального течения внутриутробного периода: ребенок рождается с наличием какого-либо внешнего или внутреннего дефекта. **Факторы, вызывающие**

**пороки развития у плода, называют тератогенными** (это могут быть - ионизирующее излучение, инфекции, лекарственные препараты, злоупотребление алкоголем, курение, токсические химические вещества). Характер и степень повреждений плода различны и зависят от того, в какой срок беременности произойдет повреждение. **Различают патологию эмбриона** (эмбриопатию), когда плод поражается в первой трети беременности, и **патологию плода** (фетопатию), когда плод поражается во второй и последней трети беременности. При поражении в сроки до 12 недель беременности (эмбриональный период) плод обычно рождается мертвым и часто преждевременно, с резко выраженными пороками развития и уродствами. **Плод может родиться живым, но нежизнеспособным:** болезненные явления быстро нарастают, развиваются вторичные патологические процессы (главным образом пневмонии), от которых дети погибают. **При поражении во второй и последней трети беременности наблюдаются не столько разрушения, сколько задержка и аномалии развития той или иной системы** (врожденные пороки сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, глухота, незаращение верхней губы, твердого нёба и т.д.). Эта патология может выявиться как сразу же после рождения, так и в раннем детском и даже в юношеском возрасте. Эти дети, как правило, отстают в физическом, а некоторые - и в умственном развитии.

**В некоторых случаях пороки развития могут возникать одновременно из-за наследственных факторов и из-**



## Школа ответственного родительства

**за неблагоприятного внешнего воздействия.** Обычно это множественные тяжелые пороки, часто не совместимые с жизнью или тяжело инвалидизирующие. К счастью, они встречаются крайне редко. Но разобраться в причинах их появления не всегда просто.

Если в семье изначально существует высокий риск развития детей с генетическими аномалиями и пороками, **необходимо на этапе планирования беременности обязательно пройти консультирование у врача-генетика.** Врач составит ваши генетические карты и порекомендует наиболее оптимальные методы подготовки к беременности и наблюдение за малышом.

Главным фактором в развитии полноценного плода является **здоровый образ жизни, причем не только во время беременности, но и до ее наступления.** Отказ от вредных привычек, сбалансированное питание, исключение всех вредных факторов как минимум за 6 месяцев до наступления планируемой беременности, своевременное лечение имеющихся заболеваний у матери. При наступлении беременности рекомендуются пищевой режим, систематическое наблюдение и контроль за внутриутробным развитием плода, своевременная постановка на учет в женской консультации.

**Задача врачей - это выявление врожденных заболеваний плода, установление перспектив его развития.** Современные методы диагностики подразделяются на инвазивные, то есть требующие внутриматочного вмешательства, и неинвазивные.

**Неинвазивные методы обследования используются для скринингового (массового) обследования беременных.** На 11-13-й неделе беременности рекомендуется пройти *ультразвуковое исследование и сдать кровь на PAPP-A белок и хорионический гонадотропин человека* для выявления признаков хромосомной патологии у плода (например, болезни Дауна). На 15-18-й неделе беременности следует сдать *кровь на альфа-фетопrotein и хорионический гонадотропин*, уровень которых изменяется при многих тяжелых пороках развития плода. В 20-22 недели проводится *углубленное ультразвуковое обследование плода*, необходимое для диагностики десятков разновидностей врожденных пороков

развития (головного и спинного мозга, лицевых структур, сердца, почек, печени, кишечника, конечностей и др.). Учитывая, что особенностью нашего региона является высокая частота врожденных пороков развития сердца у новорожденных, в сроке 22-23 недели необходимо провести *УЗИ сердца плода (ЭХО-КГ).*

При обнаружении пороков, не совместимых с жизнью ребенка или же тяжело инвалидизирующих его, на ранних сроках беременности **врачи могут предложить прерывание беременности. Однако никто не имеет права запретить вам продолжить беременность.** За ребенком продолжают активное наблюдение и будут планировать его дальнейшее лечение и реабилитацию после рождения. В современных условиях имеется возможность проведения родов в специализированном стационаре, чтобы обследовать и прооперировать ребенка сразу после рождения. Большинство пороков развития на современном этапе детские хирурги умеют исправлять, и можно добиться таких результатов, при которых жизнь особенного малыша станет наиболее комфортной, он сможет адаптироваться в социальной среде и полноценно жить.

**Если у вас родился ребенок с врожденным пороком развития, лучшее средство справиться с психологическим шоком - это постараться получить максимальную информацию о характере пороков развития.** Проследите, чтобы ребенок был проконсультирован врачом-генетиком. Желательно, чтобы новорожденному произвели цитогенетическое исследование (анализ на кариотип - совокупность признаков хромосом). Чем больше информации будет получено, тем эффективнее окажется лечение и тем точнее удастся установить прогноз на будущее.

**Пороки развития и различные аномалии не всегда приводят к тяжелым последствиям, а современная медицина может помочь многим малышам, на сегодня разработаны методы коррекции большинства ранее неизлечимых патологий. И не отчаивайтесь! Для большинства семей последующие беременности бывают, как правило, успешными.** ☺

**При подозрении на врожденную и хромосомную патологию плода врач-генетик предложит проведение инвазивного метода обследования (биопсия хориона или плаценты, кордоцентез - пункция вены пуповины). В ходе этого обследования получают клетки плаценты или кровь плода для определения набора его хромосом. Эти методы позволяют с высокой вероятностью (до 99%) исключить хромосомные заболевания у будущего ребенка.**





# Деонтология в медицине



**Ирина Владимировна ДЕМКИНА,**

врач-стоматолог, высшая квалификационная категория, заведующая стоматологическим отделением, КГБУЗ «Детская поликлиника №9, г.Барнаул»

**В последнее время большую популярность среди врачей приобрел термин «деонтология». Это слово происходит от греческого *deon* - долг (учение о долге, наука о должном). Так или иначе, несомненно одно: в профессиональном мышлении медиков любых специальностей понятие долга или должного является исключительно важным. А основным принципом деонтологии выступает сознательное подчинение личных интересов интересам общества.**

**Медицинская деонтология и медицинская этика (от лат. - изучение нравственности, морали) - это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.**

Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трем основным направлениям: «*медицинский работник - больной*»; «*медицинский работник - родственник больного*»; «*медицинский работник - медицинский работник*».

Любому работнику медицинской сферы должны быть присущи такие качества, как сострадание, доброта, чуткость, отзывчивость, заботливость, внимательное отношение к больному.

Большое значение имеет слово, что подразумевает не только культуру речи, но и чувство такта, умение поднять больному настроение, не ранить его неосторожными высказываниями. **Особое значение в медицинской профессии приобретают такие общечеловеческие нормы общения**, как умение уважать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного, правильное и доступное построение речи.

Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики. Неправильные диагностика, лечение, поведение врача, представителей среднего и младшего медицинского персонала могут привести к физическим и нравственным страданиям пациентов.

**Недопустимы такие действия медицинского работника, как разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, нарушение неприкосновенности частной жизни и другое.**

Немаловажен и **внешний опрятный вид медицинского персонала:**

чистый халат и шапочка. Аккуратная сменная обувь, ухоженные руки с коротко остриженными ногтями. В медицинских текстах Древней Индии есть такие строки, принадлежащие врачу, который говорил своим ученикам-последователям: «*Ты теперь оставь свои страсти, гнев, корыстолюбие, безумство, тщеславие, гордость, зависть, грубость, шутовство, фальшивость, леность и всякое порочное поведение. Отныне ты будешь носить твои волосы и твои ногти коротко остриженными, одеваться в красную одежду, вести чистую жизнь*». Необходимо всегда помнить, что медику недопустимо без меры использовать парфюмерные и косметические средства. Сильные и резкие запахи могут вызвать нежелательные реакции: от нервного раздражения до аллергической реакции (в том числе и бронхиальная астма).

Высказывание **«Не навреди!»** является главным этическим принципом в медицине.

Особенности деонтологии в педиатрии обусловлены своеобразием детской психики в зависимости от возраста ребенка. В процессе лечения детей медицинским работникам приходится иметь дело не только с детьми, но и с их родственниками, что усложняет деонтологические задачи. Дети, особенно больные, нуждаются в любви, ласке, внимании и сочувствии - это общеизвестная истина. И она должна быть положена в основу работы детского медицинского учреждения.

**Психологический подход в практическом плане можно представить в виде следующих рекомендаций:**

◆ контакт устанавливают в первую очередь с ребенком, ибо как только родители отмечают, что ребенок не сопротивляется медицинскому работнику, они относятся к нему с доверием;

◆ доверие к медицинской сестре вызывается ее поведением, личным примером, человеческими качества-



ми. Спокойная, внимательная, оптимистичная, аккуратная медицинская сестра, имеющая здоровый цвет лица, правильную осанку, не курящая внушает доверие ребенку и его родителям;

◆ подавление страха у ребенка и у его родителей - одна из главных деонтологических задач.

Непреклонность в самой доброжелательной и мягкой форме в сочетании с уважением и известной дистанцией облегчает выполнение деонтологических задач. Спокойные интонации, слова, произносимые твердо, но с полным уважением к ребенку, вне зависимости от возраста, и его родителям, дают успех.

Внушение ребенку и его близким родственникам мысли о том, что они сами горячо заинтересованы и нуждаются в выполнении врачебных предписаний, снимает многие деонтологические трудности.

**Долг каждого врача - это проявление заботы об авторитете среднего и младшего медицинского персонала, помня, что они являются ближайшими его помощниками.** Взаимоотношение врача и среднего медицинского персонала должны строиться с учетом того, что они заинтересованы в результате одного дела: в успешном лечении пациента.

У врачей всех специальностей, в том числе стоматологов, прямое отношение к исполнению профессионального долга имеют их общемедицинская подготовка, владение современными методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, психотерапевтическое искусство, строгое соблюдение правил внутренней (отношение к труду, дисциплине, дружелюбие и чувство коллегиальности) и внешней (приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид, то есть внешняя опрятность) культуры поведения.

Эти слагаемые составляют медицинский этикет и касаются всех членов медицинского коллектива. А что касается правил внутренней культуры, то они формируются в семье и школе.

**Врачу вверяется самое драгоценное - жизнь и здоровье людей! Он несет ответственность не только перед отдельным пациентом, его родными, но и перед обществом в целом. Поэтому врач не имеет права быть безответственным!** ☺



## На Алтае открыт Центр развития добровольчества

**К 2015 году государственной молодежной политикой в движение добровольчества планируется вовлечь 18% молодых людей.**



18 мая в рамках проведения I краевого Фестиваля «Вместе мы - добровольцы Алтая!» открылся Алтайский центр развития добровольчества. Фестиваль объединил более 300 организаторов, лидеров в области добровольческой деятельности из 25 муниципальных образований края. Участники видели необходимость объединить усилия, совершенствовать взаимодействие государственных образовательных и негосударственных учреждений в области добровольческой деятельности.

На Фестивале работали прикладные мастерские, где эксперты делились технологиями, которые могут быть полезны добровольцам в их деятельности, также прошли образовательные мастер-классы по социальному проектированию, мотивации добровольцев, социальной рекламе, развитию идей здорового образа жизни.

**Участники Фестиваля в своем обращении к молодежи Алтайского края призвали расширить возможности полноценного участия граждан в общественной жизни страны, проявить свою гражданскую позицию, быть внимательными, чуткими, человечными, включиться в решение проблем качества жизни людей, экологии, развития свобод и инициатив граждан нашей страны.** На открытии Алтайского центра развития добровольчества звучали идеи сотрудничества в области добровольчества, предложения объединять усилия в области решения проблем в социально значимых сферах жизни общества: образовании, здравоохранении, спорте, культуре, помощи нуждающимся пожилым людям, детям, инвалидам - всем, кому нужна помощь добровольца!

Создание Алтайского центра развития добровольчества позволит консолидировать положительный практический опыт поддержки и развития добровольчества, который накоплен в ряде регионов России и может быть полезен для молодежи Алтая. ☺

**Информация предоставлена Управлением Алтайского края по образованию и делам молодежи**

**На фото:** клуб добровольных пожарных спасателей и волонтеров ПУ-16 г.Барнаула, отряд «Savanto»





# Как подготовить ребенка к посещению детского сада

**Адаптация к детскому саду является для малыша сложным процессом. Ведь это означает приспособление, привыкание не только к новым социальным условиям, но и новым отношениям, видам деятельности, режиму дня.**

**Анализ поведения детей в первые дни пребывания в детском учреждении показывает, что адаптация к этому новому не всегда и не у всех детей проходит легко и быстро. Как сделать этот период менее стрессовым для ребенка, и чтобы в детский сад он ходил с желанием?**

Чтобы малыш был уверенным, радостным, общительным, родителям необходимо его позитивно настраивать, рассказывать заранее, что такое детский сад, кто и что его там ждет. Содержание беседы может быть таким: *«Детский сад - это красивый дом, куда мамы и папы приводят своих детей. Там много игрушек, детки там играют, кушают, гуляют, отдыхают. Утром я отведу тебя туда, а вечером заберу домой. Ты мне расскажешь, что было у тебя интересного в детском саду, а я расскажу тебе, что у меня было интересного на работе».*

Для того чтобы ребенку было легче адаптироваться к детскому саду,

необходимо сформировать у него навыки самообслуживания:

- умения пользоваться ложкой, пить из кружки, есть пищу с хлебом;
- сидеть спокойно за столом во время приема пищи;
- не забывать мыть руки перед едой и после улицы;
- уметь самостоятельно пользоваться горшком (не пользоваться памперсами).

Проговорите с ребенком о возможных трудностях, объясните, к кому можно обратиться за помощью и как это можно сделать. Например: *«Если ты захочешь пить, подойди к воспитателю и скажи: «Я хочу пить» - и тебе нальют воды».*

**Но не создавайте у ребенка иллюзий, что все будет так, как он захочет.** Объясните, что в группе много детей, поэтому, например, «воспитатель не сможет одеть сразу всех и тебе придется немного подождать».

**Сформированные коммуникативные навыки помогут ребенку легче общаться со сверстниками:** знакомиться с другими детьми, обращаться к детям по имени, просить, а не отнимать игрушки, предлагать свои игрушки взамен.

По возможности **расширяйте круг общения ребенка:** знакомьте его с другими детьми, оставляйте с другими родственниками, то есть развивайте у ребенка адаптационные навыки.

Заранее сообщите воспитателю о привычках и склонностях своего ребенка.

**В период адаптации старайтесь не посещать людные места с ребенком,**



**Вера Александровна ПЕТРОВА,**

педагог-психолог  
МБДОУ «Детский сад №173», г.Барнаул

**Для того чтобы ребенку было легче адаптироваться к детскому саду, необходимо сформировать у него навыки самообслуживания:**

- умения пользоваться ложкой, пить из кружки, есть пищу с хлебом;
- сидеть спокойно за столом во время приема пищи;
- не забывать мыть руки перед едой и после улицы;
- уметь самостоятельно пользоваться горшком (не пользоваться памперсами).



◀ принимать шумные компании дома. Старайтесь соблюдать режим, приближенный к детскому саду (дневной сон, дневную и вечернюю прогулки).

Если в первые дни привыкания к детскому саду ребенок отказывается от приема пищи, кормите его дома.

**Развивайте элементарные игровые навыки:** куклу надо уложить спать, покормить ее, вывести ее на прогулку, покажите, как возить на машине кубики на стройку и как собирать пирамидки из нескольких колец...

Совместно с ребенком **выберите ритуалы прощания:** обнять и поцеловать, помахать в окно, послать воздушный поцелуй...

**Чтобы облегчить процесс расставания с ребенком,** лучше приводить ребенка в детский сад тому взрослому, с кем ребенок легче расстается. Возьмите из дома любимую игрушку, чтобы ребенок не чувствовал себя одиноким.

В целях сохранения здоровья ребенка **не торопите, не убыстряйте адаптационный период, рассчитывайте свои силы на постепенное привыкание.** Первые дни пребывания в детском саду должны быть по 2-3 часа, затем постепенно увеличивайте часы пребывания. Процесс адаптации может длиться от одного месяца - при позитивной адаптации, и до шести месяцев - при тяжелой степени адаптации.

### **Степени адаптации**

#### ***Легкая степень адаптации.***

Успешно проходит привыкание ребенка к новым условиям в течение 20-30 дней. Нормализуются сон, аппетит, стабильное позитивное эмоциональное состояние. Не болеет в течение первого месяца.

Ребенок спокойно входит в группу, внимательно осматривается. Смотрит в глаза незнакомому взрослому, когда тот к нему обращается. Вступает в контакт по своей инициативе, может попросить о помощи. Умеет занять себя сам, использует в игре предметы-заменители, настроение бодрое или спокойное. Ребенок придерживается установленных правил поведения, адекватно реагирует на замечание и одобрение. Он умеет играть рядом с другими детьми, доброжелателен к ним.



#### ***Средняя степень адаптации.***

Наблюдается пассивное настроение в течение первого месяца. Заболевает через 10 дней. Сложно засыпает, плачет в основном по утрам, но его можно отвлечь, успокоить. Контактует с детьми и взрослыми.

В эту группу попадают дети, которые лишь начав ходить в детский сад, начинают часто болеть. В общении напряженность первых минут постепенно спадает, ребенок может вступать в контакт по своей инициативе, может развернуть игровые действия. На замечания и поощрения реагирует адекватно. При этом типе адаптации ребенок в среднем адаптируется около месяца. Причем, как правило, болезнь протекает без каких-то осложнений.

#### ***Тяжелая степень адаптации.***

Нестабильное эмоциональное состояние, плачет, его сложно отвлечь, успокоить. Характерны частые заболевания. Возможно снижение массы тела. Процесс привыкания может длиться от 3 до 6 месяцев.

Сложно идет на контакт со сверстниками и взрослыми, предпочитает оставаться один. Контакт с ним удается установить только через родителей. Малыш переходит от одной игрушки к другой, ни на чем не задерживаясь, не может развернуть игровых действий. Замечание или похвала воспитателя оставляют его либо безучастным, либо он пугается и ищет поддержку у родителей. Постепенно все может уладиться, и это во многом зависит от обстановки дома. ☺

**В целях сохранения здоровья ребенка не торопите, не убыстряйте адаптационный период, рассчитывайте свои силы на постепенное привыкание. Первые дни пребывания в детском саду должны быть по 2-3 часа, затем постепенно увеличивайте часы пребывания. Процесс адаптации может длиться от одного месяца - при позитивной адаптации, и до шести месяцев - при тяжелой степени адаптации.**

