

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (117) СЕНТЯБРЬ 2012



ОТ РЕДАКТОРА



Алтайскому краю

Официальные торжества по случаю 75-летнего юбилея Алтайского края, безусловно главное событие сентября. Весь текущий год проходит под знаком этого славного юбилея и многие праздничные события в общественной и культурной жизни края – не оставили равнодушными. И, даже несколько нелепые дискуссии о цвете свежеекрашенного корпуса АГУ или об уместности памятнику крестьянину – переселенцу, в крае, где основная часть жителей (и я в том числе) потомки этих самых переселенцев, приехавших на Алтай в разные времена - как- то особо и не задели. Многие сделано с любовью, с уважением, с перспективой логического развития презентуемых программ. Еще год тому назад на встрече Совета общественной палаты с Губернатором края А.Б. Карлиным я в конце встречи, когда основная повестка была завершена, спонтанно, вдруг ему вопрос: «А программа «80х80» будет?».

Теперь знаю - будет, уже почти есть. Создаваемая, при широком обсуждении, программа предусматривает строительство и реконструкцию объектов социальной сферы, определяемых жителями главными, на данном этапе, для района, города.

Можно по разному относиться к темпам и самому процессу формирования гражданского общества в России. И признаки становления его у каждого свои.

Но, однозначно, не хотелось бы, что бы реальные перемены в нашей жизни, или только их предвестники рассматривались бы только с позиций участников «маршей протестов» или представителей «вечной оппозиции».

Да, мы все хотим перемен, но осознанных, взвешенных, без истеричных и злобных выпадов. Хотим перемен и в области здравоохранения. Но перемен, которые осуществляются по инициативе и под контролем специалистов.

В сентябре 2010 года в Алтайском крае прошел V Общероссийский медицинский форум, который обсуждал проблемы модернизации здравоохранения, а накануне его прошли депутатские слушания, организованные комитетом по здравоохранению и науке АКЗС по данной же проблеме. И тогда, в моем выступлении на этом форуме (и не в первый раз!) было высказано предложение о необходимости в процессе модернизации обеспечить самоорганизацию медицинского профессионального сообщества на иных принципах: «...Особая роль в модернизации здравоохранения – роль самого медицинского сообщества. Медицинская деятельность – это, прежде всего, профессиональная деятельность, и она не ставит своей целью извлечение прибыли (но не предполагает и нищенского положения отрасли!). Значительная роль в повышении качества медицинской помощи должна отводиться профессиональным саморегулируемым организациям. Это должно стать еще одним из направлений модернизации здравоохранения и в части качества подготовки, переподготовки и даже «допуска» в профессию специалистов, и эта работа требует осмысления, дискуссий, но и практических шагов...».

Считаю, что первый шаг в этом направлении сделан - организована и официально зарегистрирована Медицинская палата Алтайского края, которая вошла в состав Общероссийской медицинской палаты. Сформированы органы управления медицинской палатой. В настоящее время идет формирование из членов медицинской палаты и вновь вступающих первичных организаций в лечебных учреждениях и в территориях. Это, по моему глубокому убеждению, очень значимое событие для развития медицинской профессии, укрепления ее престижа, для улучшения качества медицинского обслуживания населения.

Оставаться в стороне от этого процесса врачам, заинтересованным в своем профессиональном развитии, профессиональном объединении – мне кажется просто не логично! Это появление нашей гражданской позиции, как в интересах врачей – профессионалов, так и всего общества в целом. Успехов вам в созидании!



15

Всемирный день трезвости



18

Инвалидность с детства: факторы риска



26

Отбеливание зубов



35

Образ жизни пациента с сахарным диабетом. Хлебная единица. Режим приема пищи

На фото: Вера Михайловна УШАНОВА, заместитель начальника Главного управления края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Фото Евгения Налимова

О.Н. Николаева. Вместе можно добиться многого	2-6
«75-летию Алтайского края посвящается»	7-9
Мир и медицина	10
Плохой памяти не существует	11
Сахарин Сахаринovich	12
Чайная церемония дома	13
Жизнь без табака и алкоголя	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Всемирный день трезвости	15
Л.А. Елизарьева. Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству	16-17
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА О.В. Ремнева. Инвалидность с детства: факторы риска	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Реформа высшего сестринского образования: ожидания и перспективы	21-22
С.А. Функ. Беременность и вредные привычки	22-24
Мир и медицина	25
Р.Г. Тугарина. Отбеливание зубов	26-27
«75-летию Алтайского края посвящается»	28
Круги жизни	29-30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Худеем между делом	34
«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ» Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Образ жизни пациента с сахарным диабетом. Хлебная единица. Режим приема пищи	35-38
Мир и медицина	39
Кадры здравоохранения в Алтайском крае	40
Юбилею кафедры акушерства и гинекологии №1 посвящается... 55 лет служим женщине, матери и ребенку	41-44



Вместе можно добиться многого



Политика, обеспечивающая приоритет сохранения и развития здоровья школьников, по мнению авторов программы, позволит повысить уровень здоровьесберегающего потенциала, психологического комфорта и безопасности детей, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, обеспечить снижение потерь здоровья школьников и создать единое образовательное пространство по формированию культуры безопасного поведения и здорового образа жизни. На финансирование программы за пять лет планируется направить 4млн. 135 тысяч рублей.

О значении принятой программы по оздоровлению учащихся мы беседуем с заместителем начальника Главного управления края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Верой Михайловной УШАНОВОЙ**.

- Как бы вы охарактеризовали ситуацию со здоровьем школьников на сегодняшний день?

- Думаю, что состояние здоровья школьников Алтайского края мало чем отличается от здоровья

Утверждена целевая программа «Сохранение и укрепление здоровья детей школьного возраста в Алтайском крае» на 2012-2016 годы. Она направлена на снижение потерь здоровья детей школьного возраста.

учащихся в целом Российской Федерации. Об этом говорят основные показатели заболеваемости, связанные с периодом пребывания в школе. К примеру, если проследить динамику показателей состояния здоровья детей, начиная с первого класса и заканчивая одиннадцатым, то проявляется значительное ухудшение основных параметров: зрения, состояния опорно-двигательного аппарата, нервной системы. Получается, что чем старше ученик, тем выше у него уровень проявления какой-либо патологии.

Начавшаяся в школах г.Барнаула диспансеризация первоклассников уже сейчас показывает, что только каждого четвертого из них можно считать условно здоровым. У остальных есть какие-либо отклонения от нормы. Поэтому **главная наша задача - это создание в образовательном учреждении условий для сохранения здоровья школьника.** Нужна удобная мебель, нужно внимание преподавателя к поведению ребенка на уроке, чтобы не возникало статического напряжения, чтобы школьником соблюдался зрительный режим, сохранялась правильная осанка и т.д. Сам процесс обучения должен быть построен таким образом, чтобы ребенок не переутомлялся. Расписание уроков тоже необходимо строить по определенным требованиям, чтобы не перегружать ребенка. Важно все это анализировать и медицинским работникам, и администрации учебного заведения.

Доказано, что при создании благоприятных условий по всем

основным позициям можно на 30% снизить уровень заболеваемости среди учащихся. Не стоит забывать и то, что физкультура служит хорошей профилактикой гиподинамии. Не менее важным элементом сбережения здоровья является также и рациональное питание. В школах края проводится модернизация этой системы, создаются условия, которые соответствовали бы санитарным нормативам и правилам приготовления пищи. И это дает свой положительный эффект: мы отмечаем в таких школах снижение уровня заболеваемости органов пищеварения у детей примерно на 18 процентов.

Если говорить о профилактике заболеваний, то на это, в частности, направлены **диспансерные осмотры учащихся.** Они проводятся в школах с привлечением узких специалистов, помогают выявить хронические заболевания детей, предложить рекомендации по оздоровлению. При необходимости вводятся ограничения по физическим и прочим нагрузкам. Принятая программа учитывает все эти моменты и предусматривает определенные мероприятия по укреплению здоровья учащихся с привлечением к этой работе различных специалистов, включая психолога. Не секрет, что нередко у ребят, особенно в подростковом возрасте, возникает множество психологических проблем, которые нужно решать, с помощью специалиста.

Планируется открытие комнат психологической разгрузки. Мы бы хотели также отладить выезд-



Модернизация здравоохранения

ную работу непосредственно в школы специалистов психоневрологического диспансера. Специалистов, которые могли бы оказать детям конкретную психологическую помощь. Иногда ребятам сложно обратиться к своему школьному психологу, а вот человеку «со стороны» легче рассказать о том, что тревожит.

Предусмотрена **профилактика употребления психоактивных веществ** (алкоголя, табака, наркотических препаратов и т.д.).

В программе прямо не прописано, но следует, на наш взгляд, принимать во внимание, что **уже существующие в крае центры здоровья для детей тоже могут быть вовлечены в эту деятельность через выездную работу в общеобразовательных учреждениях по оздоровлению школьников.** И делать это совместно с педагогическими коллективами. А родителей можно привлекать, например, к организации режима дня и контролю за его соблюдением. Мне кажется, что его значение многими недооценивается, но если внимательно проанализировать, то нагрузка на ребенка в течение дня может быть равномерно распределена с помощью режима дня, то есть умения продуктивно организованного времени. А в сочетании с рациональным питанием (с учетом возраста человека и физиологических потребностей, покрывающих затраты энергии в течение дня) можно получить очень хорошие результаты по сохранению здоровья.

- На кого возложена ответственность за исполнение программы: на учреждения здравоохранения, образования или совместное их сотрудничество в этом направлении?

- Конечно, это должен быть результат взаимодействия обеих сторон, как общая работа лечебно-оздоровительных и образовательных учреждений. К тому же в крае уже существует такой опыт - в школах, где созданы медицинские кабинеты, медработники и ранее вели профилактическую работу. В их функциональные обязанности входит контроль за питанием и за проведением уроков физкультуры, за расписанием уроков и равномерностью распределения нагрузки на учащихся и т.п. Врач в таких кабинетах может быть прикрепленным из педиатрической

сетей, а средний медработник находится в школе постоянно и должен досконально знать обстановку. Анализ состояния здоровья детей и донесение информации до руководителей образовательных и медицинских учреждений, до педагогов и родителей учащихся - обязанность именно медицинских работников. С учетом полученных данных о состоянии здоровья детей в школе должны планироваться и проводиться мероприятия по оздоровлению нуждающихся в этом учащихся.

Замечу, что все мероприятия, заложенные в нашу программу, - это предмет совместного обсуждения и решения медиков, педагогов, родителей и самих учеников. Мы подсчитали направления деятельности, на которые следует обратить более пристальное внимание, и сделали на них акцент, заложив определенные финансовые средства на их реализацию.

- И какой получилась программа по сумме расходов?

- Безусловно, не все ценные предложения специалистов на данном этапе учтены и включены в программу, и, естественно, лимит финансирования играл в этом не последнюю роль. Но она дорога тем, что позволяет выстраивать взаимодействие всех участников обучающего процесса. И непосредственных - педагогов и учащихся, и косвенных, - медиков и родителей. Вместе можно добиться многого.

Мы находим взаимопонимание в этом вопросе с краевым Управлением по образованию и молодежной политике, поэтому действуем в унисон.

Я сама проработала в школе пять лет валеологом и ситуацию знаю изнутри. Некоторые вещи, связанные со здоровьем детей, очень сильно зависят от участия родителей в воспитательном процессе. Хотелось бы, чтобы и при реализации новой программы они повнимательнее относились ко всему, что касается здоровья их детей, построже следили за режимом дня, в том числе, сколько времени ребенок проводит, например, за компьютером. **Родители могут и должны помочь ребенку рационально выстроить чередование учебы и отдыха.** В выходные дни, например, желательно больше времени проводить с детьми в совместных делах: прогулки на свежем воздухе, культ-

Создание здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях края - это главная задача, которая стоит в настоящее время перед системами образования и здравоохранения края. Если мы сумеем приблизиться к созданию таких условий, то есть основания улучшить здоровье школьников.





В детском саду дети кушают все, что предполагает возрастное меню, и родителей ничто в этом не смущает, даже более того - устраивает. Но когда тот же «детсадовский» ребенок идет в школу, отношение к питанию и самих учащихся, и их родителей меняется.

походы или же, например, трудовые мероприятия в саду, огороде и т.п. Это важно!

- Вы сказали: чем дольше ребенок учится в школе, тем больше с каждым годом потери его здоровья. Но каково состояние на старте, когда дети приходят в первый класс, насколько они здоровы, начиная учебу в школе?

- К счастью, хронических заболеваний в таком возрасте у них немного. Как правило, это или врожденная патология, или заболевания нервной системы, связанные главным образом с перинатальным периодом. Большинство детей дошкольного возраста к первому классу имеют первую группу здоровья. Во многом это зависит от запаса здоровья, полученного от родителей, да и сами родители, пока ребенок мал, много внимания уделяют его здоровью. Но с детьми-школьниками ситуация меняется.

- Можно ли сказать, что в настоящее время родители являются вашими союзниками в сохранении здоровья школьников? Мне кажется, что некоторые из них занимают, я бы сказала, пофигистскую позицию. Например, что касается культуры питания. Некоторые дети просто не приучены к

тому, чтобы есть кашу, рыбу, суп, овощи, но признают шипучку, чипсы, китайскую лапшу и другие вредные продукты, которые уродуют поджелудочную железу и делают детей кандидатами в диабетики...

- Мы стараемся проводить с родителями разъяснительную работу по этому поводу. Хотя на сегодняшний день информации на эту тему из различных источников предостаточно. В детском саду такой проблемы, можно сказать, нет: дети кушают все, что предполагает возрастное меню, и родителей это не смущает, даже более того - устраивает. Но когда тот же «детсадовский» ребенок идет в школу, отношение к питанию и самих учащихся, и их родителей меняется. Хотя мы с первых встреч с родителями и детьми говорим о важности рационального питания: что это в интересах детей, и надо, чтобы дети употребляли пищу, приготовленную специально в школьной столовой.

- А результаты этой разъяснительной работы есть?

- Мне кажется, да, потому что процент охвата детей горячим питанием растет.

- Охват - это одно, а результат каков? Съедают дети то, что им предлагают в школьной столовой, или же бегут в ларек за чипсами?

- Контролировать, конечно, приходится, но постепенно ситуация улучшается. Все больше детей едят горячую пищу, приготовленную в столовой. То же самое ведь и в загородных лагерях происходит: в начале сезона капризничают, а потом привыкают к режиму питания, здоровой пище. Тем более, что еда-то - вкусная.

Опять сошлюсь на свой опыт школьной работы. Я часто давала ребятам задание написать свой режим дня или рацион питания в сутки. Затем мы это коллективно обсуждали и анализировали, что правильно, что нет. **Когда дети сами начинают рассказывать, что едят, - эффект бывает неожиданный.** Выясняется порой, что съел за день полкило халвы и ни одной ложки супа. И тогда дети задумываются. Взгляд со стороны помогает им оценить отношение к питанию, а в итоге - и к своему здоровью.



Модернизация здравоохранения

- Насколько значима роль родителей в формировании у ребенка здорового образа жизни?

- Считаю, что просто неопределима. В том числе и в плане личного примера. А он, к слову, не всегда бывает, если так можно сказать, позитивным. Скажем, в неумном пристрастии к пиву или сигаретам родителей! Сами родители не видят в таких нездоровых привычках ничего дурного, соответственно, и детям не объясняют вред курения или употребления алкоголя. Показательна для меня, например, заинтересованность родителей в том, чтобы их дети были здоровы, на примере участия в комплексных профилактических осмотрах. Государством были выделены на эти цели серьезные ресурсы. Управлением сформированы бригады высококвалифицированных специалистов. Составлен график осмотров, в том числе и выездов в районы края. Не скрою, мне было очень обидно узнать, что некоторые из родителей написали отказ от диспансеризации своих детей. Особенно непонятно, что отказывались от осмотра гинекологом и андрологом, хотя такие специалисты есть далеко не во всех районах края, а пропущенные в раннем детском или подростковом возрасте заболевания со временем могут привести к бесплодию. Получается, что многие родители сами просто не знают некоторых особенностей и тонкостей, влияющих на репродуктивное здоровье, например, мальчиков-подростков...

Родители должны следить за правильным физическим развитием детей, должны знать, на что обращать внимание, а в каких случаях необходима консультация медика. В школе объяснить все это родителям проще. Поэтому связка «медицинский работник - педагог - родители» лучше всего проявляет свою эффективность в образовательном учреждении. **Хотелось бы, чтобы преподаватели и родители не заикливались только на учебе ребенка. Он должен быть и физически развит.** Сохранить его здоровье в условиях образовательного пространства нам не менее важно, чем ему усвоить объем знаний по школьной программе.

- Как вы считаете, эту работу по физическому развитию детей, здоровому образу жизни школьников кому лучше прово-



дить - самим педагогам, врачам и медработникам, «приписанным» к образовательным учреждениям, или специалисту в определенной области?

- Мне кажется, в зависимости от темы разговора нужно и выбирать модератора. Хотя, считаю, в первую очередь это должен делать педагог. Он ведь в процессе освоения своей профессии еще в стенах вуза получает всю необходимую для этого информацию: изучает в том числе и специальные дисциплины, которые дают ему знания, необходимые для работы с детьми. В том числе и по формированию навыков здорового образа жизни. И личный пример тоже имеет немаловажное значение. Что такого не может сказать педагог детям по принципам здорового образа жизни в отличие от врача? Он даже больше общается с детьми, лучше их знает слабости и наклонности. А медикам, думаю, стоит освещать детской аудитории более специфические темы, например, по репродуктивному здоровью. В этом вопросе есть некоторые нюансы, которые более убедительно звучат из уст специалиста: гинеколога - для девочек и андролога - для мальчиков. А рассказать о режиме дня и о том, как его грамотно составить, - даже логичнее учителю. Он знает не хуже медика, как контролировать осанку за партой, каким должно быть освещение, через какие промежутки времени нужно делать перерыв в занятиях и т.п.

- А авторитетность источника информации влияет на ка-

Мне очень жаль, что замечательный проект по репродуктивному здоровью мальчиков, разработанный в крае андрологами, так и не был реализован - не нашлось финансовых средств. А он очень интересен. И не только тематически, но и интерактивной формой подачи информации. Проект построен в форме живого общения специалиста с каждым обратившимся. Мультяшный герой в доступной форме сообщает ему полезную информацию об особенностях полового развития, правилах гигиены и многих тонкостях развития и взросления мужского организма.



◀ **чество ее восприятия аудиторией? Ведь не секрет, что дети очень часто информацию от родителей воспринимают хуже, чем от сверстников или даже постороннего человека.**

- Согласна, такое бывает. Но надо искать варианты. Главное, чтобы цель была достигнута. Чтобы аудитория могла воспринять и усвоить информацию в максимально полном объеме. Почему бы иногда не привлечь к этому самих ребят, подготовив из их числа волонтерские группы, которые могли бы проводить тематические мероприятия? Тут простор для фантазии - безграничный: и конкурсы на самый активный класс, и дни здоровья, и спортивные соревнования, и многое другое. Главное, чтобы это было интересно самим детям. **Назидательные вещи не воспринимаются, а то, что преподносится с выдумкой, действует гораздо лучше.** Тем более, что сейчас в самой школе очень много возможностей, в том числе технических, для поиска креатива.

- **А может, у педагогов просто не хватает сил из-за объемной нагрузки на них в школе?**

- Но если поставить во главу угла интересы и здоровье ребенка, то все становится решаемым.

- **Недавно по каналу «Культура» на телевидении прошел цикл передач «Ищу учителя», участниками которой были известные педагоги-новаторы: Ямбург, Шаталов, Амонашвили, Цирюльников, Казарновский и другие. Они не без сожаления отмечали, что многие из существующих передовых технологий воспитания и обучения детей в школе так и остались невостребованными. А в области сбережения здоровья школьников существуют ли подобные технологии? Насколько успешно они реализуются?**

- Уже то, что есть понимание важности этой проблемы и делаются серьезные шаги для ее ре-

шения, - считаю, позитивный момент. Хотя, согласна, работать над этим надо больше и активнее. К сожалению, больше внимания пока уделяется непосредственно учебе, усвоению знаний. А условия, при которых протекает образовательный процесс, долгое время оставались на втором плане. Принятая программа нацелена на то, чтобы изменить сложившуюся ситуацию. И в последние годы вопросам физического развития школьников, создания здоровьесберегающей среды уделяется все больше внимания. Оснащаются спортивным инвентарем школьные спортзалы, в школах строятся стадионы, увеличено число уроков физкультуры в учебной программе.

Но при этом не снижается роль человеческого фактора. Чего стоит учителю во время урока поправить осанку первоклассника или провести физкультурминутку, или, заметив плохое настроение школьника, отвлечь его от грустных мыслей, а если нужно, то и помочь советом или делом? Когда любишь детей, то решение находится легко.

- **Достоинства программы мы отметили, но всегда есть резервы для улучшения результата. В этом случае над чем надо поработать? Чего в программе не хватает?**

- Много зависит от финансирования. Хотя на сегодня материально-техническая база большинства городских школ неплохая. И даже для профилактической, разъяснительной, оздоровительной работы есть условия в образовательных учреждениях. Надо, думаю, более внимательно посмотреть и оценить имеющиеся возможности и постараться их максимально реализовать.

- **Главные врачи ЦРБ ощущают ответственность за этот участок медицинской работы?**

- Это обязательный объем работы для учреждения, включающий в себя организацию медицинского обслуживания учащихся в образовательных учреждениях. И не только в школах, но и в до-

школьных, и средних, и даже высших учебных заведениях.

- **В идеале как бы вы видели эту службу?**

- Большую часть оздоровительной работы с детьми я бы проводила в школе, а не в поликлинике. К сожалению, для этого нужны определенные штаты, сотрудники, помещения. А еще лучше - **создать на базе школы детские центры здоровья**, где можно было бы и аппаратное обследование проводить, тут же давать и индивидуальные рекомендации по оздоровлению, и консультации устраивать, и массовые встречи со специалистами организовывать. Хотя в европейских странах в школах нет врачей. Там вообще иной подход к здоровью. С раннего возраста формируется ответственность самого человека. У нас же еще сильна инерция советского периода, когда на первое место выдвигается лечение (и по возможности - чудодейственной таблеткой), а не профилактика заболеваний и не здоровый образ жизни. Много идет от семьи. Очень мало родителей, которые самостоятельно поведут ребенка на профилактический осмотр, на прививки. Поэтому с учетом российских реалий действительно более целесообразно было бы иметь в школах такие центры.

- **В нашем журнале сложилась традиция: советы специалиста читателям. Что скажете вы?**

- Я бы обратилась к родителям, напомнив, что в первую очередь за ребенка и его здоровье отвечают они. Хотелось бы, чтобы более внимательно относились к детям, своевременно проходили медосмотры, старались замечать изменения в характере, поведении и здоровье ребенка, реагировали на это, своевременно обращались к врачу. Следили за режимом дня, за питанием, за гармоничным сочетанием интеллектуальных и физических нагрузок. Будьте другом своему ребенку и любите его таким, какой он есть. Помогайте ему быть здоровым! ☺

Ольга Николаева
Фото: Евгений Налимов



Коротко о проекте

Краевая программа «75x75» инициирована Губернатором Александром **КАРЛИНЫМ** в 2010 году. Ее основная задача - в год 75-летия Алтайского края (2012г.) построить, реконструировать или отремонтировать в регионе 75 социально значимых объектов: в каждом сельском районе и малом городе - по одному объекту, в Бийске и Рубцовске - по два, в Барнауле - три. Причем, городам и районам было предоставлено право самим выбирать объекты. В обсуждении принимали участие жители Алтайского края.

Объекты в рамках Губернаторской программы «75x75» начали сдавать уже с 2010 года. Работа на всех объектах в рамках программы завершится до конца 2012 года.

В феврале 2012 года стало известно о Губернаторской программе «80x80», в рамках которой к следующему юбилею края построят, отремонтируют и реконструируют уже 80 социально значимых объектов: школы, больницы, спортивные комплексы и т.д. Проект программы «80x80» с конкретными объектами будет разработан к ноябрю. Реализация программы «80x80» будет продолжаться в течение 2013-2017 годов.

Усть-Калманка

Проведены капитальные ремонты зданий «Усть-Калманской ЦРБ». Были отремонтированы здание поликлиники (мощностью в 500 посещений в смену), клинико-бактериологическая лаборатория (сейчас она расположена на территории ЦРБ, ее мощность - 289371 анализ в год), корпус ЦРБ (терапевтическое, детское отделения, дневной стационар, рентгенкабинет, кабинет УЗИ, кабинеты физиотерапии и кабинет функциональной диагностики). В ходе ремонта были заменены окна, двери, выровнены стены, заменены водопровод, канализация, система отопления.



Стоимость проекта: 27млн. рублей.

Юлия Шамадаева, заведующая поликлиникой, врач-фтизиатр: «Работать стало комфортнее. Приятно приходить в светлый, чистый кабинет».

Родино

Сергей Сердюк, главный врач «Родинской ЦРБ»: «Здание главного корпуса не соответствовало требованиям СанПиН в отношении микроклимата внутри помещений, а также в отношении технического состояния инженерных сетей, обеспечивающих работоспособность объекта здравоохранения. Проведен капитальный ремонт главного корпуса (мощностью 80 коек, мощность пристройки к главному корпусу - 40 коек), родильного дома и детского отделения Родинской ЦРБ, что значительно повысило качество и эффективность предоставляемых медицинских услуг населению района, улучшило условия труда медицинского персонала».



Стоимость проекта: 15млн. рублей.

Заринск

Поликлиническое отделение «Заринской ЦРБ» находилось в приспособленном здании, построенном в 1954г., и требовало капитального ремонта с реконструкцией теплоснабжения, водопровода, канализации.



В 2001 году начато строительство нового поликлинического отделения. За основу поликлиники взят типовый проект сельской амбулатории. Благодаря проекту «75x75» здание достроено и введено в эксплуатацию.



Александр Карлин, Губернатор края: «На этом фундаменте построили современную поликлинику, соответствующую всем современным требованиям, оснащенную современным медицинским диагностическим и лечебным оборудованием. Новая поликлиника рассчитана на 300 посещений в смену, в ней, кроме общего приема, организован специализированный прием для женщин и прием для детей».

Поликлиника рассчитана на 300 посещений в смену. Раньше, чтобы сдать анализы, пациентам приходилось переходить из одного здания в другое. Теперь же все находится в одном помещении, у каждого врача появился собственный кабинет.

Стоимость проекта: 66,9млн. рублей. ▶



Новоалтайск

Здание стационара «Узловой больницы на ст.Алтайская» было реконструировано под поликлинику Новоалтайской городской больницы №2. Она рассчитана на 400 посещений в смену. Пятнадцать врачебных участков обслуживают 26 тысяч человек. Всего в поликлинике работает более ста человек. Помимо терапевтов прием ведут хирург, уролог, офтальмолог, отоларинголог, стоматологи. Запись пациентов ведется в рамках электронной регистратуры. Также установлена и отдаленная регистратура для записи в краевые учреждения здравоохранения (кардио- и онкодиспансеры, Диагностический центр, краевую клиническую больницу). Для инвалидов-колясочников оборудован пандус с покрытием, исключающим скольжение.



Стоимость проекта: 44млн. рублей.

Александр Карлин, Губернатор края: «На реконструкцию здания, оснащение его современным диагностическим, лечебным, информационным оборудованием направлено в общей сложности 58млн. бюджетных средств. Жители Новоалтайска могут в пределах своих терапевтических участков получать амбулаторную помощь такого качества, какую получают сегодня жители крупных городов».



Андрей Поряков, главный врач Новоалтайской городской больницы: «В поликлинике предусмотрены: лечебно-диагностическое отделение, отделение профилактики, общие и служебно-бытовые помещения, пассажирский и грузовой лифты. Созданы все необходимые условия для коллектива».

Бийский район, с.Первомайское

По территории Бийского района проходит автодорога федерального значения «Чуйский тракт». Часть туристов, направляющихся на отдых в Горный Алтай, обращаются за медицинской помощью в Бийскую ЦРБ.



Капитальный ремонт «Бийской ЦРБ» (2011-2012гг.): поликлиническое отделение (400 посещений в смену); стационар (159 коек круглосуточного пребывания); стационар дневного пребывания (6 коек); реанимационное отделение (5 коек). *Стоимость проекта: 21млн. рублей.*



Благодарим за помощь в подготовке материала пресс-службу ГУ Алтайского края по здравоохранению

Панкрушиха

Здесь реконструировали поликлинику «Панкрушихинской ЦРБ»: выполнены замена кровли, ремонт системы отопления, водоснабжения, канализации, электроснабжения, замена окон, дверей, отделочные работы. Утеплен фасад, проведены отделка металлосайдингом и ремонт отмостки.

Стоимость проекта: 10млн рублей.

Николай Чукотов, главный врач Панкрушихинской ЦРБ: «Улучшение условий пребывания больного, современное медицинское оборудование позволят оказывать населению района медицинскую помощь на качественно ином уровне».

Михайловское



Проведена реконструкция здания «Михайловской ЦРБ». В лаборатории ремонт проведен с применением современных строительных материалов,

с соблюдением всех санитарных норм и правил пожарной безопасности. В терапевтическом отделении появилась новая столовая. В старом ее помещении капитально отремонтированы раздаточный цех и обеденная зона. Реконструкция предполагала максимум удобств для людей, что касается размещения кабинетов специалистов в ЦРБ. Мощность капитально отремонтированного здания составляет 300 посещений в смену. В детской консультации сделаны отдельный вход с улицы и фильтр для приема детей».

Стоимость проекта: 20млн. рублей.



Татьяна Михальская, заведующая поликлиникой: «Современно, красиво, комфортно - такое впечатление появляется сразу же, как только заходишь в обновленную поликлинику. Коллеги совсем с другим настроением идут на работу, принимают пациентов».

Тогул

Елена Буткеева, главный врач «Тогульской ЦРБ»: «В нашем селе построена новая поликлиника мощностью в 100 посещений в смену и площадью более 1000кв.м (*стоимость проекта: 60млн. рублей*). Мы смогли открыть три блока: женскую консультацию, детский блок и блок для взрослых. Прием в поликлинике ведут три врача общей практики. Появились современный эндоскопический кабинет, кабинет УЗИ, клиничко-диагностическая лаборатория».



Змеиногорск



Здравоохранение района включает «Змеиногорскую ЦРБ», 7 врачебных амбулаторий, 14 ФАПов, 2 хосписа. В сентябре 2010 года начато строительство здания поликлиники в г.Змеиногорске, рассчитанное на 360 посещений в смену и включающее взрослую поликлинику на 260, детскую - на 60 и женскую консультацию - на 40 посещений в смену. Проведена реконструкция лабораторно-диагностического корпуса, расположенного на территории Змеиногорской ЦРБ.

Стоимость проекта: 136,3млн. рублей.

Вера Пахомова, главный врач: «Поликлиника позволит оптимизировать работу ЦРБ, повысит качество оказываемой медицинской помощи как взрослому, так и детскому населению, сделает ее доступной в одном лечебно-профилактическом учреждении».

Шелаболиха

Андрей Ольхов, заместитель главы администрации района: «Все службы здравоохранения ранее располагались в приспособленных помещениях, не соответствующих санитарным требованиям и нормам. И строительство пристройки к главному корпусу «Шелаболихинской ЦРБ» (мощностью 60 коек) стало таким объектом, в котором нуждалось все население района».



Александр Киреев, главный врач: «Здание больницы построено согласно всем современным требованиям. Большинство палат - двух- и трехместные. Здесь находятся терапевтическое, хирургическое, гинекологическое, реанимационное отделения и операционный блок. Освободившиеся помещения стационара планируем реконструировать под поликлинические отделения».

Стоимость проекта: 72млн. рублей.

Завьялово



Здание «Завьяловской ЦРБ» построено в 1928 году, поэтому вопрос ремонта был весьма актуален. Были выполнены реконструкция кровли, ремонт отделений, расположенных на втором этаже главного корпуса, заменены оконные блоки, дверные проемы.

Стоимость капитального ремонта главного (лечебно-го) корпуса на 171 место и хозяйственного корпуса (пичеблка) «Завьяловской ЦРБ» составил 16,9млн. рублей.

Марина КОСТРОМИЦКАЯ, главный врач: «В главном корпусе больницы находятся одни из самых важных отделений больницы: хирургическое, реанимационное, терапевтическое, пункт скорой помощи, а также УЗИ, рентген и другие отделения. Хорошо, что теперь их приведут в порядок».

и фармацевтической деятельности



Угловское



Проведена реконструкция районного больничного комплекса. Здание поликлиники было изношено, практически на 50%, не соответствовало санитарным и противопожарным нормам. Были заменены все инженерные сети. Реконструкция позволила увеличить полезную площадь поликлиники до 30% за счет использования подвальных помещений. Перепланировка надземных этажей поликлиники (мощностью 157 посещений в смену) увеличила количество кабинетов врачебного приема, позволило увеличить площади помещений под размещение клиничко-диагностической и биохимической лабораторий.

Стоимость проекта: 55,9млн. рублей.



Поздравляем представителей нашего журнала, координаторов проекта «Здоровая семья - это здорово!» с присуждением им краевых наград!

Медалью «За заслуги в труде» за многолетний добросовестный труд и высокий профессионализм награждены: **Наталья Ильинична ФАДЕЕВА**, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»; **Нина Григорьевна АРСЕНЬЕВА**, главный врач КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск».

Медалью «За заслуги перед обществом» за социально значимую общественную деятельность во благо Алтайского края награждена **Лидия Матвеевна САГАЙДАЧНАЯ**, медицинская сестра КГБУЗ «Рубцовская центральная городская районная больница».

Почетной грамотой Администрации Алтайского края за многолетний добросовестный труд и высокий профессионализм награждена **Ольга Васильевна РЕМНЕВА**, заместитель главного врача по лечебной работе (по поликлинической помощи) КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края».

Благодарности Губернатора Алтайского края за многолетнюю плодотворную научно-педагогическую и лечебную работу удостоена **Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет».

Всемирный день трезвости

По неофициальной традиции, россияне, как и большинство наций, живущих в разных странах мира, 3 октября празднуют **Всемирный день трезвости.**



День трезвости - это добрая традиция, начало которой было положено еще в прошлом веке. Мало кто знает, что Россия была одной из самых малопьющих стран Европы. По среднему ежегодному душевому потреблению алкоголя в 1906-1910гг. она занимала 13-е место из 15 учитываемых стран Европы. В ней потреблялось всего 3,4л абсолютного алкоголя. Для сравнения: во Франции - 23л, Дании - 19,9л, Германии - 10л. Но даже эта сравнительно малая масса выпитого спиртного приносила большие беды. Передовая российская общественность не мирилась с этим и развивала народное трезвенное движение.

Первый день трезвости в России был проведен 28-29 сентября 1911 года в Санкт-Петербурге. Тогда группа трезвенников создала Всероссийский трудовой союз христиан-трезвенников. Их девизом стали слова: «В трезвости - счастье народа». Первые городские антиалкогольные дни проводились на деньги представителей правящего класса, с которыми дружил союз.

На следующий год праздник провели в сентябре, а в 1913 году - в апреле. На время праздника закрывались казенные винные лавки и запрещалась продажа алкогольных напитков. 29 апреля в столице повсеместно, включая императорские театры, допоздна работало около 3500 добровольных помощников, которые собирали деньги на борьбу с пьянством и предлагали жертвователям в подарок цветы, значки и листовки. Праздники трезвости устраивались более чем в 60 губерниях Российской империи.

Вкрадчивый враг

Для нашего времени проведение дней трезвости гораздо актуальнее, чем в дореволюционные годы. Ведь мы подошли к черте, когда только трезвость может остановить наш стремительный бег к неизбежной гибели! Алкоголь, по сути, является оружием массового поражения.

Алкоголь, алкогольная зависимость - одна из наибольших проблем общества. Сегодня многие из нас на фоне более отрицательных проблем не обращают внимания на пристрастие к алкоголю, а зря. «Зеленый змий», а именно так называют алкоголь, несет огромную опасность не только для тех, кто его употребляет, но и для окружающих, а также для потомков. **Алкогольная зависимость в большинстве случаев возникает по причине неумения переживать стрессы и неумения получить от жизни необходимые удовольствия и релаксацию.** Тяга к спиртному возникает в большинстве случаев, когда человек ощущает себя никчемным, несостоявшимся и никому не нужным. Есть несколько причин для злоупотребления алкоголем, и первое место среди них занимает социальная. То есть копирование опыта предков и окружающих.

Пьянству - бой!

Всемирный день трезвости призывает мировую общественность дать бой употреблению алкогольных напитков и хоть один день в году, но всей планетой, не употреблять горя-

чительные напитки. В этот день во многих странах проводятся информационные мероприятия, общественные акции и конференции, показываются фильмы, раздаются брошюры, содержащие сведения о вреде алкоголя и его разрушающем действии, которое не только губит физическое тело, но и разрушает саму личность.

Для россиян это очень молодой праздник, но вполне возможно, что в скором будущем он станет традиционным.

Трезвость - естественное состояние личности, проявляющееся через здравомыслие. Дорогие друзья! **Обращаемся к вам с призывом поддержать проведение Дня трезвости.** Пусть этот день станет ступенькой на пути к здоровому и трезвому образу жизни. Научитесь культурно и бережно относиться к своему здоровью и побуждайте к этому своих родных и друзей. Откажитесь от алкоголя и табака! Наградой вам за это будут физическое и душевное здоровье, крепкая семья, уважение близких, материальное благосостояние. **Только трезвый и здоровый российский народ сможет сделать Россию сильной и процветающей.** ☺

О.П. БАРХАТОВА,
заместитель начальника
отдела надзора
за гигиеной питания





Ожирение и метаболический синдром как угроза человечеству

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

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

По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты страдают избыточным весом. Численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается на 10 процентов каждые 10 лет.

Ожирение - это хроническое заболевание обмена веществ, которое проявляется избыточным развитием жировой ткани, прогрессирует при естественном течении, имеет определенный круг осложнений и обладает высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения.

Классификация ожирения по причинам происхождения подразделяет заболевание на первичные и вторичные формы.

Первичное ожирение, на долю которого приходится 90-95% всех случаев заболевания, в свою очередь, подразделяется на *алиментарно-конституциональную* (когда энергии, поступающей с пищей, в избытке по сравнению с энергозатратами организма - вследствие неправильного питания и/или гиподинамии, а также наследственной предрасположенности к лишнему весу) и *нейроэндокринную* (развивается на основе предшествующей патологии и характеризуется нарастанием нарушений обмена веществ, ухудшением общего состояния) *формы*.

Вторичное, или симптоматическое, ожирение включает в себя *эндокринометаболическое ожирение* (ожирение при синдроме Кушинга, при гипотиреозе, акромегалии и инсуломе) и *церебральное ожирение*, связанное с заболеваниями и поражением головного мозга. Отличительным свойством вторичных форм ожирения является уменьшение массы тела при успешном лечении основного заболевания.

По месту преимущественного накопления жира выделяют еще два типа ожирения: **андроидный и гиноидный**. Так, *андроидный* проявляется неравномерным распределением жира с избыточным отложением в верхней половине туловища, на животе и увеличением количества висцерального жира. На конечностях и ягодицах жира мало, вплоть до отсутствия. Его чаще называют абдо-

минальным или туловищным, а также центральным, верхним, «яблочным», висцеральным, висцеро-абдоминальным. Этот тип ожирения проявляется гипертрофией жировых клеток и обычно развивается у взрослых.

Гиноидный тип ожирения характеризуется относительно равномерным распределением жира с преобладанием в области ягодиц и бедер. Его называют периферическим, ягодично-бедренным, нижним, грушевидным ожирением. Развивается обычно в детстве и характеризуется гиперплазией жировых клеток.

Почему же ожирение давно перестало быть только эстетической проблемой, а официально приняло статус заболевания?

Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем от 3-5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет при выраженном ожирении. Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Для сравнения: если бы была решена проблема злокачественных опухолей, средняя продолжительность жизни увеличилась бы только на 1 год.

Считается установленным, что **с увеличением частоты ожирения связан и рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и инсулиннезависимым сахарным диабетом (2 типа)**. Можно утверждать, что **при наличии ожирения достоверно увеличивается частота развития злокачественных опухолей некоторых локализаций**: развивается рак почки, рак толстой кишки, рак легких, рак молочных желез и опухоли женской половой сферы. Механизм связи ожирения и рака остается невыясненным. Полагают, что развитию, например, рака толстой кишки при ожирении способствует жирная еда и гиподинамия, а повышение частоты рака яичника или молочной



железы увеличивается вследствие нарушения обмена половых гормонов, которое может наблюдаться при ожирении.

Ожирение существенно влияет на среднюю продолжительность жизни. Известно, что больные ожирением третьей степени живут в среднем на 15 лет меньше. На фоне ожирения у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие. Причем своевременная коррекция массы тела в ряде случаев приводит к нормализации цикла и восстановлению фертильности.

Больные ожирением больше дней проводят на больничном листе, имеют больше осложнений после наркоза и оперативных вмешательств, чаще погибают в автомобильных авариях и катастрофах.

Все сказанное выше позволяет **взглянуть на ожирение как на болезнь эволюции человека или как на болезнь современного образа жизни.** Действительно, столь высокую распространенность ожирения в популяции экономически развитых стран нельзя объяснить, не принимая в расчет некоторых особенностей современного образа жизни, существенных для развития ожирения

Отношение общества к ожирению

В обществе преобладает мнение, что ожирение есть наказанное безкультурие, наказанное обжорство, наказанная лень и что лечение тучности - личное и самостоятельное дело того, кто страдает от этого заболевания. На основании этого **отношение к больным ожирением на бытовом уровне очень часто имеет оттенок порицания или иронии.** Люди, страдающие ожирением, встречаются с большими трудностями при попытках устроиться на работу или же при попытках устроить свою личную жизнь. Во многих странах стоимость медицинской страховки дифференцируется в зависимости от наличия и степени выраженности избытка веса у человека. Это обосновано с той точки зрения, что вероятность наступления страховых случаев у тучных действительно значимо выше, чем у людей с нормальным весом, но с точки зрения общественной морали - это не обоснованно. Обще-

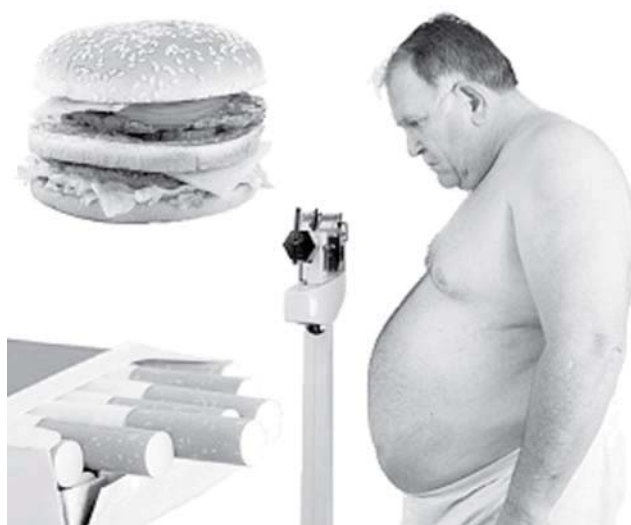
ственное сознание еще очень далеко от представлений, что полные люди - это больные люди и причина их заболевания скорее всего не в безудержном пристрастии к еде, а в сложных метаболических нарушениях, ведущих к избыточному накоплению жира в жировой ткани. Соответственно, общество еще далеко и от осознания необходимости построения и реализации программ, направленных на профилактику ожирения.

Отношение пациентов к ожирению

Ожирение нельзя вылечить без ведома больного. **Его нельзя вылечить без активного сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом.** А если так, то для достижения хорошего эффекта просто необходимо, чтобы наши пациенты правильно понимали нас.

А как проблему избыточного веса понимают сами пациенты? Похудеть мешает отсутствие силы воли. Во всяком случае, *силы воли, как полагают сами больные, недостаточно, чтобы сдерживать аппетит и есть только то и только в то время, когда это предписывает диета.* Отсюда поиск средств, направленных на снижение аппетита. Сверхценностью чрезмерного аппетита в развитии ожирения определяется и высокая популярность «кодирования» и подобных ему методов, направляемых на уменьшение желания кушать.

Ожирение есть нарушение обмена веществ, следствие «зашлакованности организма». Отсюда поиск конкретных лекарств от «нарушения обмена веществ» и препаратов, на которых написано, что они «очищают



организм от шлаков». Многие пациенты полагают, что ожирение передавалось им по наследству от их тучных родителей и в силу этого является по сути неизбежным. Отсюда, как они полагают, любое лечение бессмысленно. Ошибочность данной точки зрения очевидна. **По наследству передается не само ожирение, а лишь склонность к полноте,** то есть более высокая, чем в среднем, способность набирать лишние килограммы.

У большинства пациентов очень сильна установка на самолечение. В представлениях многих пациентов снижено значение такого традиционного, и по сути единственного самодостаточного, метода лечения, как **диета.** Представления о ней у большинства пациентов носят характер неизбежного самоистязания. Их часто пугает даже сам термин «диета»! Пациенты очень охотно соглашаются с тем, что диеты бесполезны и что даже если в результате самоограничений и удастся сбросить несколько килограммов, то потом они неизбежно вернуться. Поскольку неверные представления снижают доверие к рекомендациям врача и мешают пациенту правильно и адекватно взглянуть на ситуацию (что несомненно отразится на качестве лечения), необходимо эти представления выявлять и исправлять. ☺

Продолжение следует.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

На правах рекламы





Ольга Васильевна РЕМНЕВА,
заместитель главного
врача КГБУЗ
«Перинатальный центр
(клинический) Алтайского
края», кандидат
медицинских наук, доцент
кафедры акушерства и
гинекологии №1 АГМУ,
врач акушер-гинеколог
высшей
квалификационной
категории

В условиях стремительного нарастания проблем социального развития, уменьшения количества населения активного работоспособного и детского возраста, на фоне ухудшения общего состояния здоровья детей, увеличения хронических заболеваний тема детской инвалидности становится все более актуальной и важной современной медико-социальной проблемой.

Инвалидность с детства: факторы риска

До 1979 года юридически термин «ребенок-инвалид» не существовал, социальная помощь детям-инвалидам практически не осуществлялась, даже статистического учета таких детей не производилось. Статус ребенка-инвалида был впервые введен Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства» №469 от 23 мая 1979 года.

В Российской Федерации, по данным профессора Ю.И. Барашнева (2001), **инвалиды с детства составляют 2,5% от всей детской популяции** (800 тысяч детского населения). **Ежегодно рождаются 3000 детей-инвалидов**, и средняя продолжительность их жизни - около 35 лет. А почти у 25% инвалидов в возрасте до 50 лет инвалидизация обусловлена заболеваниями, перенесенными в детстве.

По данным крайстатуправления, в 2005 году в Алтайском крае были признаны инвалидами в абсолютном числе 1717, а в 2009 году - 1054 детей в возрасте до 18 лет. Уменьшение уровня инвалидизации составило 40,8% (показатель - 19,7 при среднероссийском - 26,8 на 10000 детского населения).

Среди детей, впервые признанных инвалидами, **в Алтайском крае преобладает возрастная группа до трех лет**. Причем, мальчикам категория «ребенок-инвалид» устанавливается в 1,2 раза чаще, чем девочкам. В структуре первичной инвалидности детей Алтайского края **лидирует патология центральной нервной системы:** психопатии, болезни нервной системы и органов чувств.

Почему проблема детской инвалидности волнует акушеров-гинекологов? Потому что мы первыми видим плачевные результаты стараний семьи и врачей обмануть природу, игнорировать основной закон жизни - «естественный отбор». Например, резкое снижение перинатальной смертности за последние 10 лет за счет увеличения

частоты оперативного родоразрешения и повышения качества выхаживания недоношенных и исходно больных новорожденных привело к существенным изменениям структуры заболеваемости детей, которая за последние 15 лет в Российской Федерации выросла в 4-5 раз! Нарушения физического и нервно-психического развития отмечаются более чем у четверти детей первого года жизни, не менее 5% новорожденных имеют врожденные или наследственные заболевания.

Наибольшую тревогу в плане инвалидизации с детства вызывают так называемые «аппаратные» дети - родившиеся в состоянии тяжелой асфиксии и требующие проведения реанимационных мероприятий. Среди причин неблагоприятного исхода родов у них ведущую роль играет хроническая плацентарная недостаточность, преимущественно на фоне вирусного или смешанного внутриутробного инфицирования. **А источник инфекции - исходно больная мать!**

В возникновении детской инвалидности определенная роль отводится и нарушениям нормального течения беременности на различных ее сроках, что нередко приводит к преждевременным родам.

По данным отечественных и зарубежных авторов, до 40% всех выживших детей с массой тела менее 2000 граммов, страдают гидроцефалией, умственной отсталостью, судорожным состоянием, нарушением поведения, поражением органов слуха и зрения, детским церебральным параличом.

Анализ литературных данных о факторах возникновения детского церебрального паралича показывает, что их также достаточно много. Тем не менее, до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие патогенные агенты и при каких условиях приводят к его развитию. Часто отмечается сочетанное действие



Школа ответственного родительства

нескольких неблагоприятных факторов в период беременности и в родах. В 80% случаев поражение мозга, вызывающее ДЦП, происходит в периоде внутриутробного развития плода, а при осложненном течении родов - в последующем эта патология может усугубляться. В каждом третьем случае причину установить так и не удается. **Частота возникновения ДЦП в Российской Федерации достигает 0,1-0,2% у доношенных и 1% - у недоношенных младенцев.** Но эти статистические данные не отражают всей трагедии, постигающей семью больного ребенка.

Все мировые исследования показывают **четкую зависимость физического здоровья потомства от репродуктивного (полового) поведения женщин.** Раннее начало сексуальной жизни, множество половых партнеров - резкое изменение нормального биоценоза влагалища женщины, рост инфекционных заболеваний (не всегда протекающих с яркой клинической картиной), отсутствие полноценной контрацепции, следствием которой являются незапланированная беременность и аборт перед родами, - вот значимые факторы для формирования исходно неполноценного плодного яйца и плаценты, осложненного течения беременности, преждевременных родов, рождения маловесного, большого ребенка. Причем, число доношенных маловесных детей сегодня превышает число недоношенных. Кроме репродуктивного поведения, на формирование задержки роста и развития плода (внутриутробной гипотрофии) оказывает большое влияние серьезный социальный фактор. Это **стойкая никотинозависимость матери.** А количество курящих женщин, потенциальных будущих матерей, к сожалению, не уменьшается! Причем курят как до, так и во время беременности, а потом хотят иметь здоровых детей. Врачи, увы, здесь бессильны! Длительное ухудшение условий внутриутробного развития плода (гипоксия, отравление никотином и алкоголем) вызывает нарушения генетической программы, приводя к морфологическим повреждениям плода, что снижает потенциал внеутробной жизни ребенка.



Можно ли сегодня не только своевременно диагностировать, но и предупредить инвалидность с детства? Безусловно! И есть доказательства эффективности антенатальной охраны плода на разных этапах.

Первый этап - прегравидарная (предстартовая) подготовка. Женщине и членам ее семьи очень важно знать, что сегодня, когда беременность и роды являются чаще эксклюзивным моментом в жизни семьи, к ней надо готовиться. И эта подготовка дает наиболее значимый эффект для профилактики заболевания новорожденных. **Необходимо уже за 6 месяцев до планирования беременности, по возможности, исключить все вредные производственные и социальные факторы.** Как матери, так и отцу с помощью медицинских работников привести в полный порядок свое здоровье, потому что только у здоровых родителей может родиться здоровое потомство. Специалисты-медики, в свою очередь, с учетом социально-биологических и медицинских факторов: при проблемной репродукции, тяжелой соматической патологии, высоком индексе инфицирования и социальном риске, разработают для конкретной супружеской пары индивидуальный план оздоровления и подготовки к зачатию и беременности.

Второй этап: беременность наступила - не ждите, быстрее идите к акушеру-гинекологу! Закладка всех органов и систем нового человека, а также формирование плаценты - основ-

Медицина с каждым годом внедряет в практику все больше новых технологий, усовершенствует методы оказания медицинской помощи женщинам, врачи помогают вопреки всем законам биологии и иногда, несмотря на серьезные риски, исполняя желание женщины стать матерью. А ведь при родах не прощает насилия!



Школа ответственного родительства

ного органа взаиморегуляции между матерью и плодом происходит в первые три месяца беременности - до 12 недель. **В 12-13 недель проводится первый, и основной, пренатальный скрининг на врожденные / наследственные аномалии и заболевания плода, в том числе и на синдром Дауна.** В скрининг входят: УЗИ плодного яйца и анализ крови на биохимические маркеры, такие, как PAPP-A и ХГЧ. Скрининг даст достоверную информацию только в случае, если будет проведен строго в 11-14 недель беременности.

Дополнительный пренатальный скрининг, если не проведен первый или есть другие показания, **проводится во втором триместре беременности, также в определенные сроки, - кровь на АФП и ХГЧ - в 16-18 недель** при высоком хромосомном риске; **УЗИ с целью выявления пороков развития плода - в 20-21 неделю гестации и в этот же срок ЭХОКГ плода (УЗИ сердца плода)**, так как среди врожденных аномалий пороки сердца занимают лидирующее место.

Основная цель наблюдения беременной в женской консультации до срока родов - профилактика возможных осложнений беременности (невынашивание, гестоз, плацентарная недостаточность - гипоксия и задержка развития плода), своевременная диагностика и адекватная коррекция выявленных отклонений в течении беременности, выбор срока, способа и места родоразрешения, наиболее приемлемых для конкретной женщины и ее ребенка.

Третий этап - роды. От того, как они пройдут, зависит многое! И только врач-акушер - сам или в содружестве с узкими профильными специалистами (при наличии у женщины экстрагенитальной патологии или проблем у плода) - могут грамотно оценить акушерские и перинатальные риски для конкретной пары «мать-плод» и рекомендовать оптимальный для вас уровень родовспомогательного учреждения (роддом при ЦРБ, городской родильный дом или Перинатальный центр), срок и способ родов. Доверьтесь специалистам - и вы не пожалеете! Немаловажное значение для благоприятного исхода ро-



дов имеют и самоподготовка, психологический настрой самой беременной на роды, ее адекватное поведение в родах - тоже залог здоровья новорожденного.

Четвертый этап - период новорожденности. Если все-таки ребенок родился с осложнениями (из-за длительного страдания в период внутриутробной жизни или в результате осложненных родов), необходимо грамотное интенсивное наблюдение и лечение новорожденного с первых суток жизни. Новорожденный несовершенен и очень пластичен, его нервная система еще не закончила свое развитие, она будет интенсивно развиваться первый год жизни, более пассивно - до 5 лет. Чем раньше малыш стал получать специализированную медицинскую помощь, тем лучше будет результат! Поэтому не упустите свой шанс!

Но даже если судьба преподнесла вам страшный удар, ваш ребенок - инвалид, не стоит отчаиваться и замыкаться со своей бедой в рамках семьи - **сегодня у нас в Алтайском крае активно работает множество реабилитационных центров.** Их двери всегда открыты для вас и вашего ребенка. Квалифицированные, специально подготовленные (по профилю патологии) врачи, психологи, педагоги помогут вам не только улучшить здоровье ребенка, но и адаптировать его к социальной среде, найти друзей, жить полной жизнью. **Более подробно о таких центрах мы расскажем в следующем номере журнала.** ☺

Раннее начало сексуальной жизни, множество половых партнеров - резкое изменение нормального биоценоза влагалища женщины, рост инфекционных заболеваний (не всегда протекающих с яркой клинической картиной), отсутствие полноценной контрацепции, следствием которой являются незапланированная беременность и аборт перед родами, - вот значимые факторы для формирования исходно неполноценного плодного яйца и плаценты, осложненного течения беременности, преждевременных родов, рождения маловесного, больного ребенка.



Реформа высшего сестринского образования: ожидания и перспективы

В Москве 4-6 апреля 2012г. состоялось долгожданное событие - обсуждение вопросов развития сестринского образования на уровне высшей школы. ФГОС по направлению подготовки 060500 «Сестринское дело» (бакалавриат) был утвержден еще в начале 2010 года, однако детально шаги по его внедрению до настоящего времени не обсуждались.

Ассоциация медицинских сестер России не раз настаивала на том, что содержание высшего образования необходимо пересматривать. Повышение качества работы сестринского персонала не может происходить только за счет совершенствования механизмов управления. **Сестры должны получать более глубокую подготовку по клиническим дисциплинам**, становиться специалистами своего дела, быть способными проводить исследования, пополнять багаж науки, заниматься внедрением доказательной медицины.

Преподавателями сестринского дела также должны быть только медицинские сестры. С точки зрения Ассоциации, суть

реформы должна быть в том, чтобы высшее сестринское образование стало более доступным, чтобы подготовка велась с целью не только сформировать эшелоны будущих главных сестер, но и усилить и профессионально укрепить клиническую сестринскую практику и образование.

К настоящему времени **факультетами высшего сестринского образования уже начата работа по формированию учебно-методического обеспечения направления подготовки 060500 «Сестринское дело» (бакалавриат)**. Разработаны примерный учебный план, проекты примерных образовательных программ профессиональных дисциплин.

Совещание обратилось в адрес МЗСР с предложением **о введении статистического учета уровня образования руководителей сестринских служб**, что позволит делать более обоснованные выводы о востребованности таких специалистов на практике. Кроме того, участники совещания занесли в резолюцию требование об отражении текущих потребностей практического здравоохранения в использовании вариативной части образовательных программ, а также о включении в образовательные программы вопросов научно-исследовательской работы сестринского персонала.

Совещание обратилось в адрес МЗСР с предложением **о включении в государственное задание цифр приема студентов на образовательные программы по специальности «Сестринское дело»**, то есть появилась надежда на восстановление бюджетных мест для получения ВСО теперь уже по новому ФГОС. Министерству также предстоит провести работу с нормативными документами для включения новой специальности в действующие отраслевые приказы от 7 июля 2009 года №415н и от 23 июля 2010 года №541н. Ректорам вузов поручено осуществлять подготовку по данному направлению в рамках институтов сестринского образования (колледжей), созданных на базе университетов. Таким образом, многие предложения РАМС были услышаны и уже начали воплощаться в жизнь. 



Тем не менее не обошлось на заседании и без обсуждения «острых» тем. Открывая совещание, министр здравоохранения и социального развития **Т.А. ГОЛИКОВА** сообщила о глобальной нехватке сестринских кадров, достигающей, по данным ведомства, 800 тысяч человек. В ответ на кадровый дефицит Министрством был издан приказ, разрешающий студентам медицинских вузов работу в сестринских должностях. Аудитория участников совещания встретила это нововведение активной поддержкой. Однако президент РАМС **В.А. САРКИСОВА** в своем выступлении выразила несогласие Ассоциации с этим решением. Медицинская сестра для получения допуска к работе заканчивает профильное образование, сдает государственный экзамен, проходит соответствующую практику, поступив на работу в течение нескольких месяцев, работает в паре с опытным наставником; студенты такой всесторонней подготовки будут лишены, следовательно, их массовый приход в ЛПУ будет нести серьезные риски здоровью пациентов. В ближайшее время Ассоциация планирует изучить этот вопрос более досконально и представить в адрес Министерства развернутые аргументы. Организация убеждена, что с **дефицитом сестер справиться можно только за счет комплексных программ поддержки сестринских кадров и повышения престижа сестринской профессии.** ☺

Журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России», №2/6 2012 год

Беременность и вредные привычки

На основе статистических данных разных стран можно сделать вывод, что до 60% мужчин и 20% женщин Земли систематически курят, иначе говоря, 40% взрослого населения нашей планеты сегодня являются курильщиками.

Почему же молодые люди начинают курить? Для 25% одной из основных причин начала курения является любопытство. Другая причина - подражание взрослым. В некурящих семьях курящими становятся не более 25% детей, в курящих же семьях число курящих детей превышает 50 процентов.

В распространении курения среди девушек немалую роль играет мода. Часто девушки начинают курить в компаниях. Видя, что курящие девушки обращают на себя большее внимание мужской части компании, они тоже тянутся за сигаретой.



Светлана Алексеевна ФУНК,

медицинская сестра наркологического кабинета, КГБУЗ «Калманская ЦРБ», член Ассоциации с октября 2007 года

Влияние табачного дыма и алкоголя на половую систему

Алкоголь и яды табачной отравы разносятся кровью по всему организму, производя свою разрушительную работу. Попадая в половые железы, они приводят к необратимым дегенеративным изменениям в них, что ведет к импотенции в молодом возрасте у мужчин и наступлению раннего климакса у женщин, старение организма наступает на 10-15 лет раньше. Но самое страшное воздействие эти яды оказывают на потомство. **Женщине все яйцеклетки даны от рождения, новой после не образуется ни одной, и когда, будучи еще совсем юной, она пробует алкоголь или сигареты, то, сама не ведая того, уничтожает здоровье своих будущих детей,** «пожирает» их разум, ведь из части оболочки яйцеклетки закладывается центральная нервная система плода. И вот потом, даже через длительное время, может родиться нездоровый ребенок, так как он начал свое развитие из «испорченной» клетки. И самое страшное, что свою неполноценность эти дети будут передавать своим детям далее по наследству.

Влияние табака, оказываемое на плод

Из наиболее изученных веществ, входящих в состав табачного дыма, первым следует назвать, конечно, **никотин** - нервнопаралитический яд, один из наиболее ядовитых алкалоидов. Он беспрепятственно проникает через плаценту и действует непосредственно на нервную систему развивающегося организма. И если даже в результате этого воздействия не наступает смерть плода и не возникает явного анатомического нарушения, то отставание ребенка в умственном развитии (пониженная способность ре-



Советы медицинской сестры

бенка к обучению, повышенная возбудимость, плохой сон и нервозность) - практически неизбежно.

Одновременно с никотином к плоду проникает бензидин, тоже нервнопаралитический яд, накапливающийся в нервной ткани, сердце, почках, миндалинах. Оба соединения почти не задерживаются фильтрами, которые применяются в сигаретах. К тому же этот небольшой «выигрыш» многократно перекрывается значительным возрастанием угарного газа в дыме.

Еще одно вещество, которое проходит через все фильтры, - радиоактивный изотоп полония, **полоний-210**. Поскольку радиоактивные изотопы способны поражать формирующиеся у плода половые клетки (особенно женские), то из этого однозначно следует, что курящая беременная женщина наносит вред не только своему будущему ребенку, но даже и своим внукам.

Женщины наиболее подвержены курению в возрасте от 20 до 35 лет, то есть именно в период активного деторождения. У курящих женщин примерно на треть увеличивается риск бесплодия, причем степень поражения яйцеклеток находится в прямой зависимости от концентрации никотина в организме, иначе говоря - от количества выкуренных сигарет.

Многие женщины лишены счастья материнства по одной-единственной причине: из-за курения. Однако через 1,5-2 года после освобождения от этой пагубной привычки способность к деторождению обычно восстанавливается.

Курение беременной женщины вызывает: спазм маточных сосудов с замедлением маточно-плацентарного кровотока, который продолжается 20-30 минут после одной выкуренной сигареты; подавление дыхательных движений плода; появление в крови плода никотина и других токсических веществ, что приводит к задержке роста, массы тела и рождению ребенка с ее дефицитом; отмечается развитие легочной патологии, как у новорожденного, так и у детей более старшего возраста; увеличивается риск перинатальной смер-



тности и синдрома внезапной смерти в неонатальном периоде (довольно загадочного явления, когда ребенок в возрасте до года вдруг, без видимых причин, умирает).

По статистике, у женщин, даже курящих, так сказать, умеренно (от 1 до 9 сигарет в день), смерть новорожденных наблюдается на 20,8% выше, чем у женщин, которые не курят. **Весьма часто у курящих матерей наблюдается внутриутробная гибель плода на разных стадиях развития или рождение мертвых детей.** Ранние выкидыши у курящих встречаются в 1,7 раза чаще, чем у некурящих. Никотин выделяется с молоком матери, поэтому кормящая курящая женщина отравляет своего ребенка, который растет слабым, более подверженным различным заболеваниям. Также у него возможна задержка психомоторного развития и энцефалопатия.

Уже в начале 70-х годов медики обратили внимание на то, что некоторые черепно-лицевые аномалии встречаются несколько чаще у детей, родившихся у женщин, куривших во время беременности. Более точные статистические наблюдения подтвердили достоверность этого предположения: действительно, «волчья пасть» (расщепление твердого нёба) и «заячья губа» (расщепление верхней губы) встречаются чаще у новорожденных, матери которых курили в период беременности.

Женщине все яйцеклетки даны от рождения, новой после не образуется ни одной, и когда, будучи еще совсем юной, она пробует алкоголь или сигареты, то, сама не ведая того, уничтожает здоровье своих будущих детей, «пожирает» их разум, ведь из части оболочки яйцеклетки закладывается центральная нервная система плода. И вот потом, даже через длительное время, может родиться нездоровый ребенок, так как он начал свое развитие из «испорченной» клетки.



Советы медицинской сестры

Молчаливые жертвы пассивного курения - дети!

У детей, находящихся в одном помещении с курящими родителями, вдвое чаще регистрируются респираторные заболевания по сравнению с детьми, родители которых курят в отдельном помещении, или с детьми, родители которых не курят. У таких детей, особенно в первый год жизни, чаще регистрируются бронхиты, ночные кашли, воспаления легких. Проведенные в Германии исследования показывают взаимосвязь между пассивным курением и детской астмой. Воздействием на респираторную систему ребенка пассивного курения не исчерпывается его сиюминутное токсическое влияние на организм: даже позже остается разница в показателях умственного и физического развития в группах детей из семей курильщиков и некурящих.

Если ребенок живет в квартире, где один из членов семьи выкуривает 1-2 пачки сигарет, то у него обнаруживается в моче количество никотина, соответствующее 2-3 сигаретам!

Если вы решили бросить курить

Если вас побуждает к курению обстановка на работе, то для отказа от него выбирайте нерабочие дни: воскресенье, праздник, отпуск.

Если у вас возникло желание закурить, не доставайте

сигарету из пачки, не берите ее в руки по крайней мере в течение 3 минут.

Не носите с собой сигареты, спрячьте их, отдайте кому-нибудь.

Уберите из комнаты пепельницы, зажигалки и вообще все предметы, связанные с табаком.

Старайтесь не курить, когда смотрите телевизор.



Постарайтесь заменить сигарету легкими упражнениями, короткими энергичными прогулками, например, до и после работы.

Не заменяйте сигарету едой; особенно высококалорийной, жирной, сладкой, мучной.

Чаще находите в местах, где курить запрещено (театры, музеи, выставки).

Если вам предлагают закурить, ответьте, что в данный момент вам просто не хочется.

Найдите себе партнера, с которым вы вместе бросите курить.

Если вы не покупаете пачку сигарет, откладывайте эти деньги и в конце недели подсчитайте, сколько вы сэкономили.

Исследуйте причину своего желания курить. Если это связано с психологическими проблемами, тогда обратитесь к специалисту и возьмитесь за их решение. ☺



На заметку

Сигареты убьют один миллиард человек

Масштабное исследование в области потребления табака показало, что сегодня в мире более половины мужчин являются заядлыми курильщиками, с подавляющим большинством курильщиков в общей структуре населения развивающихся стран с малым и средним уровнем дохода в расчете на душу населения.

Эксперты прогнозируют, что в XXI столетии эта вредная привычка прямо или косвенно унесет жизни 1 млрд. человек.

Двухлетнее исследование специалистов ВОЗ продемонстрировало, что в 14 развивающихся странах 49% мужчин и 11% женщин с большей или меньшей степенью регулярности потребляли табачную продукцию.

Негативный показатель был самым высоким в России, где 60% мужчин и 22% женщин употребляют табачную продукцию. Также крупнейшим потребителем табака в мире является Китай, где 53% мужчин и 2% женщин относятся к числу курильщиков, на Украине этот показатель соответствует 50% мужчин и 11%, а в Турции - 48% мужчин и 15% женщин. Популярность табака в значительной степени возросла на Ближнем Востоке в результате так называемой «арабской весны».

Наиболее успешной страной в плане борьбы с курением является США: только 19% взрослого населения страны курит сигареты, хотя еще в 1964 году эта цифра равнялась 44%. Вместе с тем в США, по оценкам Министерства Здравоохранения, эта вредная привычка до сих пор уносит жизни 440 тысяч человек в год.

За минувшее десятилетие ситуация с курением улучшилась лишь в нескольких странах - в их числе Великобритания, Ирландия, Новая Зеландия и Уругвай.

Эксперты призывают страны принимать антитабачные законы, полностью запрещающие курение в общественных местах: на сегодня такой закон уже принят в 21 стране мира. По подсчетам экспертов ВОЗ, там не только наблюдается сокращение количества курильщиков, но и примерно в 5 раз сократилось число людей, поневоле вынужденных подвергаться пассивному курению.



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



Отбеливание зубов



Рита Гельмутовна ТУГАРИНА,
зубной врач, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул»

Отбеливание зубов - это одна из наиболее популярных косметических стоматологических процедур. Она, конечно, значительно улучшает внешний вид ваших зубов. Но все же: отбеливать или нет?

Существует множество способов отбеливания, начиная с профессионального в стоматологическом кабинете и заканчивая народными средствами, которые вы можете использовать самостоятельно. Но насколько эти средства безопасны и эффективны? **Предлагаем вам рассмотреть несколько «но», прежде чем вы решите сделать свои зубы безукоризненно по-голливудски белыми.**

Один из самых частых побочных эффектов, который возникает при отбеливании зубов, - это **повышенная чувствительность к холодному и горячему**. У одних она проходит в течение суток после процедуры, а у других уязвимость остается надолго. Возможно также возникновение болезненности в области десен.

Другой распространенный побочный эффект - это **частое раздражение тканей ротовой полости**. Такое обычно случается, когда отбеливающий состав попадает на них.

Третье «но»: **возможность аллергической реакции на сам состав отбеливающего средства**. Если не уверены, что у вас нет на него аллергии, лучше не рисковать.

Для людей с чувствительными зубами и деснами отбеливание зубов также может быть неприятно, так как приведет к разрушению эмали и еще большим проблемам. Сюда же относятся те люди, у кого есть какие-либо заболевания зубов, пародонта и десен, установлены имплантаты или коронки, брекететы.

И еще одно «но», которое, правда, касается не всех. Отбеливание зубов **противопоказано беременным и кормящим женщинам, а также детям до 18 лет** (так как детская эмаль постоянных зубов не является созревшей до конца).

Для тех, кто все же решился на эту процедуру: помните, что **если вы отбелите зубы, вам придется соблюдать определенные правила питания и изменить свой образ жизни**. Чтобы эффект продолжался как можно дольше, **вам придется:**

- ◆ регулярно, два раза в день, чистить зубы;
- ◆ полностью отказаться от курения;
- ◆ отказаться от кофе, чая и многих напитков, ягод и соусов, способных окрашивать эмаль.

Особенно это важно соблюдать в первые две недели после отбеливания.

Отбеливание - это процесс длительный, то есть не разовая процедура. И не удивляйтесь, если с первого раза не удастся добиться желаемого результата и

врач назначит вам еще одну процедуру. Результаты отбеливания держатся обычно около 1-2 лет. Изначально стоит понять, что зубы с природной темной эмалью просто невозможно отбелить до белоснежного цвета. Это - особенность каждого организма, зависящая от веса, места рождения и генетики в общем. Так что **если вас не устроил первоначальный результат, то не нужно проводить процедуру отбеливания снова и снова** - это может привести к полному разрушению эмали (так как происходит вымывание фтора) и, соответственно, потере зубов.

Самостоятельное применение агрессивных отбеливающих составов может дать краткосрочный эффект, однако в дальнейшем приведет лишь к усугублению ситуации. Также специалисты не рекомендуют пользоваться самостоятельно препаратами для домашнего отбеливания зубов: процесс должен проходить под контролем врача-стоматолога во избежание причинения вреда здоровью.

При использовании мягких абразивов - мелких частичек пемзы, соды, зубных паст с отбеливающим эффектом, соли - **эмаль травмируется незаметно, но регулярно**: на ней образуются микроцарапины и потертости.

Многие пациенты предполагают, что чистка зубов в кресле стоматолога - это и есть процедура отбеливания. В действительности чистка ультразвуком позволяет снять зубной камень и мягкий налет, поэтому максимальный эффект, которого она позволяет добиться, - это незначительное осветление на полтона. Однако сама по себе эта процедура отбеливанием не является.

Для того чтобы приступить к отбеливанию зубов, **необходимо сначала укрепить эмаль зубов**. Для этого включите в свой рацион питания натуральное (не вос-





становленное из порошка) коровье или козье молоко, творог и кисломолочные продукты (кефир, ряженка). Это основные источники природного кальция, которые будут особенно полезны как вашим зубам, так и для всей костной системы. К таблетированным препаратам, которые можно использовать для укрепления зубов, относятся «Кальция глицерофосфат», «Кальций-Д3 Никомед». Также полезно полоскать перед сном полость рта теплой водой с добавлением масла чайного дерева (три капли масла на стакан воды). Масло чайного дерева убивает бактерии в полости рта, помогает при воспалении десен, является хорошим средством профилактики кариеса и пародонтоза.

Кроме этого, **все зубы должны быть вылечены** (то есть полость рта санирована). Перед тем как заняться отбеливанием, необходимо навести во рту полный порядок: залечить все имеющиеся дырки, снять налет и зубной камень, обработать межзубные промежутки и отполировать зубы. Стоматологи советуют также нанести на них фторсодержащий препарат, который укрепит зубную эмаль.

И помните, здоровье важнее ваших представлений о красоте и моде! ☺



Ребриха

Реконструирован главный корпус «Ребрихинской ЦРБ», рассчитанный на 75 коек. Современное медицинское оборудование, поступившее в стационар, условия работы, соответствующие всем стандартам, несомненно, повышают качество оказания медицинской помощи.

Людмила Шлаузер, заместитель главы администрации района: «Эта реконструкция - работа в духе времени. В больнице стало удобно всем: и больным, и медперсоналу. Пациенты находятся в комфортных условиях, у них появилась возможность получать квалифицированную помощь, в том числе и с помощью нового современного оборудования. Естественно, и врачи станут теперь работать эффективнее, а в целом повысится качество медицинских услуг».





Топчиха

Здание «Топчихинской ЦРБ» отремонтировано по последнему слову архитектуры и строительства: капитально отремонтирован фасад здания, крыша отделана современными материалами, изменил свой вид центральный вход, приобретено необходимое оборудование. Отремонтированы инфекционное отделение и отделение реанимации. В поликлинике и больнице капитально отремонтированы водопровод, канализация и система энергоснабжения.

Стоимость проекта: 20 млн. рублей.

Татьяна Альшанская, глава района, главный врач «Топчихинской ЦРБ»: «Наконец-то наши люди чувствуют на себе, какими должны быть современные лечебные учреждения, как можно лечиться в комфортных условиях, где все сделано для человека».



Ирина Пенчева, заведующая поликлиникой «Топчихинской ЦРБ»:

«С момента открытия нашей поликлиники, а было это в 1986 году, капитального ремонта не проводилось ни разу. Поэтому с огромной радостью мы встретили информацию о том, что он у нас будет, причем капитальный. Поликлиника преобразилась полностью, в ней комфортно и медицинским работникам, и жителям нашего района».

Издательство «ВН - Добрый День» -
официальный представитель компании «Полиграфичъ» в Алтайском крае



■ ПЕЧАТИ И ШТАМПЫ ИЗ РЕЗИНЫ ЗА ЧАС

ВНИМАНИЕ!
ПЕЧАТИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

■ ГЕРБОВЫЕ ПЕЧАТИ ПО ГОСТ 51511-2001

ДОСТАВКА В ОФИС

■ ПЛОМБИРЫ И ПЛОМБИРАТОРЫ

■ ШИРОКИЙ АССОРТИМЕНТ ШТЕМПЕЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ



По вопросам изготовления печатей и штампов обращаться в офисы по адресу:

Барнаул,
пр-т Строителей, 7
тел. (8-385-2) **320-600**
e-mail: pbarnaul@mail.ru

Новоалтайск,
ул. Обская, 3
тел./факс: (8-385-32)
2-11-19, 8-903-911-2115
e-mail: izdat-vn@mail.ru

На правах рекламы



Алейск

До конца 2012 года будет построена первая очередь лечебно-диагностического корпуса «Алейской ЦРБ». Здесь будут располагаться 25 коек инфекционного отделения, туберкулезный кабинет - 50 посещений в смену, на 700 исследований в день - клинико-диагностическая лаборатория.



Александр МЕРЗЛИКИН, глава администрации г.Алейска: «Этот корпус построен за два года и отвечает всем современным требованиям».

Геннадий САЛОВ, заместитель главного врача: «Новое инфекционное отделение отличается современным уровнем. Для лабораторных исследований есть современная аппаратура, но не хватает площадей. И благодаря новому корпусу эта проблема ушла в прошлое».

Усть-Пристань

Владимир Деркач, глава района: «Построен очень важный социальный объект - пристройка (мощность - 29 коек) с поликлиникой (мощностью в 80 посещений в смену) к стационару ЦРБ. Потрачено на это много сил и времени. Но теперь мы уверены, что в районе есть отвечающая требованиям времени больница с современным оборудованием».

Стоимость проекта: 153,3млн. рублей.

Калманка

В первом блоке поликлиники «Калманская ЦРБ» (мощностью в 178 посещений в смену) завершены все строительные работы, подключены внутренние коммуникации, произведена наружная отделка этой части здания. Все помещения первого блока подготовлены



к установке медицинского оборудования и мебельного инвентаря. Проведены строительно-монтажные работы на центральной части и во втором блоке здания, возведены наружные

стены и внутренние перегородки, проведены монтаж крыши, кровельного покрытия и наружная отделка здания керамогранитом. В центральной части здания установлены грузовой и пассажирский лифты.

Стоимость проекта: 60млн. рублей.

Сергей ТАХТАРОВ, глава администрации района: «Появление новой поликлиники жизненно необходимо для жителей Калманского района. А после ее ввода в эксплуатацию в здание старой поликлиники будет переведено хирургическое отделение, в котором сейчас недостаточно площадей даже при сокращении числа коек».

Залесово

В рамках капитального ремонта «Залесовской ЦРБ» - мощностью на 80 коек - был проведен капитальный ремонт главного корпуса, в котором размещены хирургическое, терапевтическое, гинекологическое, родильное отделения, палата интенсивной терапии и реанимации, рентгенкабинет, пищеблок.

Стоимость проекта: 33млн. рублей.

Николай ЧЕРНЫШ, глава Залесовского района: «С начала эксплуатации главного корпуса районной больницы не было капитального ремонта. А он необходим. Самое главное - чтобы нашим гражданам было комфортно и удобно в больнице».

Евгений ЛЕПИХОВ, главный врач: «Благодаря ремонту в рамках Губернаторской программы «75x75» удалось полностью обновить как внешний, так и внутренний вид больницы. Наши врачи получили новые кабинеты, и я уверен, что их работа станет от этого еще эффективнее».

Староалейское, Третьяковский район

Владимир Жолнеров, глава Третьяковского района: «Больница в с.Староалейском построена в 1970 году. Капитальный ремонт



(стоимость проекта: 24млн. рублей) позволил улучшить качество медицинских услуг. Применение современных материалов дало положительные результаты по энергосберегающим мероприятиям. Капитальный ремонт охватил терапевтический, хирургический кабинеты, поликлинику, лабораторию».

Шипуново

Строительство пристройки к главному корпусу «Шипуновской ЦРБ» родильного отделения на 15 коек и женской консультации на 100 посещений в смену начато в 2011 году.

Стоимость проекта: 60млн. рублей.

Иван Бергин, глава района: «Материально-техническая база службы родовспоможения, при необходимости способная взять функции межрайонного родильного отделения, приведена в соответствие с современными требованиями. Освобождаемые площади, занятые ранее родильным отделением, будут использованы для улучшения условий функционирования других подразделений ЦРБ: стационарные и амбулаторно-поликлинические, в том числе женской и детской консультаций, расширение коек дневного пребывания, открытие неврологического отделения и т.д.».

Александр Добрыгин, главный врач: «Медицинское учреждение оснащено современным оборудованием, укомплектовано квалифицированными кадрами. Это позволяет вести более тщательное наблюдение за беременными женщинами и роженицами, выявлять и лечить заболевания у будущих мам и малышей на ранних стадиях».



Образ жизни пациента с сахарным диабетом. Хлебная единица. Режим приема пищи

ЗАНЯТИЕ 3

Вы уже поняли, что в вашем организме не хватает инсулина, поскольку клетки, которые отвечали за его производство, погибли и больше не выполняют свои функции. Теперь вы вводите инсулин при помощи шприца. Можно ли при этом питаться так, как и все остальные люди? Вполне можно, но для этого вы должны знать ряд правил.

Что входит в образ жизни пациента с сахарным диабетом?

Для того чтобы понять эти правила, давайте еще раз вспомним, как работает поджелудочная железа у человека без сахарного диабета. Каждый раз, когда уровень сахара в крови повышается (после еды), поджелудочная железа увеличивает количество инсулина, поступающего в кровь. Как только уровень сахара в крови понижается, - выброс инсулина в кровь замедляется.

Поэтому у человека без сахарного диабета уровень сахара в крови не повышается выше 7,8 ммоль/л. Этот механизм мы назвали «автопилотом» поджелудочной железы. Но у вас этот «автопилот» отказал - то есть инсулин в кровь не поступает.

Если в крови нет инсулина, то снижения уровня сахара в крови после еды не происходит, уровень сахара не только выходит за границу нормального уровня, но превышает и почечный порог, поэтому сахар начинает попадать в мочу.

Когда отказывает «автопилот», надо взять в руки «штурвал». Для этого нам надо научиться предсказывать повышение сахара в крови после еды. **Пищевые продукты содержат три основные группы питательных веществ: белки, жиры, углеводы.** В пище содержатся также витамины, минеральные соли и вода. Все продукты делятся на три группы в зависимости от основных питательных веществ, преимущественно в них содержащихся:

◆ **углеводсодержащие** (например, сахар, хлеб, крупы, картофель, фрукты);

◆ **белоксодержащие** (например, мясо, рыба, яйца);

◆ **жиродержащие** (например, жирные сорта мяса и рыбы, сало, сливочное и растительное масло).

Самый для вас главный компонент из всех перечисленных - это углеводы. Только они непосредственно после приема пищи повышают уровень сахара в крови. Все остальные компоненты не влияют на уровень сахара после еды.

Существует такое понятие, как **калорийность**. **Калория - это количество энергии, которое образуется в клетке организма при «сгорании» в ней того или иного вещества.** Важно помнить, что все пищевые вещества дают организму неодинаковое количество энергии:

1 грамм белка - 4 калории;

1 грамм жира - 9 калорий;

1 грамм углеводов - 4 калории.

Существует много формул для подсчета необходимого калоража пищи. Но помните: **никакой прямой связи между калорийностью пищи и повышением уровня сахара в крови нет.** Уровень сахара в крови повышают только те продукты, которые содержат углеводы. Значит, учитывать в рационе мы будем только эти продукты.

Принципы правильного питания подразумевают, что **в суточном рационе белки должны составлять 15-20%, жиры - менее 30%, углеводы - 50-55 процентов.** Большинство же людей, ограничивая углеводы, съедают очень много жиров (как правило, они занимают более 40% суточного количества калорий).

Несмотря на то, что жиры не повышают уровень сахара крови, их



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,

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



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог,
высшая
квалификационная
категория

- КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»



«Школы здоровья - школы профилактики.»

▶ большое количество приводит к прибавке массы тела, повышает уровень жиров в крови и снижает чувствительность тканей к инсулину. Результатом этого будет увеличение потребности в инсулине за счет ухудшения действия инсулина. У человека с сахарным диабетом, как ни у кого другого, рацион должен отвечать принципам правильного питания. **Это - не диета, это - сбалансированное питание.**

Как подсчитать углеводы, поступающие в организм с пищей?

Итак, существуют два вида углеводов: усвояемые и неусвояемые.

Что значит неусвояемые?

Это значит, что мы не можем есть кору деревьев или питаться одной травой, как лошади или коровы. В наших органах пищеварения такие углеводы не перевариваются. Потому что организм человека не вырабатывает ферменты, необходимые для их расщепления. К таким неперевариваемым углеводам относятся бумага, стол в вашей комнате... Все эти вещества несъедобны, хотя и являются углеводами по химическому строению. Если вы проглотили косточку от вишни, то уровень сахара у вас не повысится. Вот от мякоти ягоды вишни - другое дело, поскольку она содержит усвояемые углеводы.

Если неусвояемые углеводы не повышают уровень сахара в кро-



ви, значит ли это, что их не следует употреблять в пищу? Нет. **Неусвояемые углеводы, в свою очередь, делятся на растворимые и нерастворимые.**

С нерастворимыми (кора деревьев или бумага) углеводами в пищеварительном тракте ничего не происходит, а вот растворимые играют не последнюю роль в процессе пищеварения.

Растворимые неусвояемые углеводы обладают, как минимум, тремя полезными свойствами. Во-первых, они разбухают при попадании в желудок. А наполненный желудок создает чувство сытости. Это свойство растворимых углеводов великолепно демонстрирует капуста: капустный салат быстро утолит ваш голод, а повышение сахара в крови не произойдет. Это важно в ситуации, когда уровень сахара в крови высокий, а вы голодны. В этом случае, прежде чем принимать пищу, надо дождаться, пока уровень са-

хара в крови снизится. Вот и утоляйте голод салатом из капусты, а полноценный обед отложите на полчаса.

Во-вторых, клетчатка способствует нормальной работе кишечника, что важно для людей с запорами.

В-третьих, на разбухшей в кишечнике массе клетчатки, как на губке, оседают основные вещества, содержащиеся в пище, при этом замедляется скорость их всасывания из кишечника в кровь.

Неусвояемые нерастворимые углеводы задерживают и всасывание жиров - что важно для поддержания нормальной массы тела, а также для профилактики атеросклероза.

Теперь мы поговорим об **усвояемых углеводах**. Все эти углеводы повышают уровень сахара в крови, но по-разному, поскольку тоже делятся на две группы: **быстроусвояемые и медленноусвояемые**. Чем они различаются? Те продукты, которые содержат быстроусвояемые углеводы, обычно сладкие на вкус, а продукты, содержащие медленноусвояемые углеводы, на вкус не сладкие. Но уровень сахара в крови все равно повышают. Это происходит потому, что разные углеводы имеют разное строение и по-разному расщепляются в кишечнике. Теперь, когда мы разобрали основные виды углеводов, мы можем поговорить о том, как они учитываются. **Учитывать мы будем все усвояемые углеводы.**

УГЛЕВОДЫ

1. Неусвояемые (клетчатка) - не расщепляются и не всасываются в кишечнике (кроме бобовых), не влияют на вес, замедляют всасывание жира, создают чувство сытости: овощи, зелень, фрукты, ягоды, крупы, мука грубого помола.

2. Усвояемые углеводы:

а) **быстроусвояемые** - сахароза, глюкоза, лактоза, мальтоза (простые сахара) - всасываются в кровь через 5-10 минут после еды: сахар, мед, кондитерские изделия, варенье, соки, конфеты, шоколад, сладкие напитки, фрукты и ягоды (но есть клетчатка!), жидкие молочные продукты;

б) **медленноусвояемые** - крахмал (сложный углевод, полимер глюкозы) - всасываются в кровь медленнее (30 минут после еды): изделия из злаков (мука, хлеб, макаронные изделия, крупы, кукуруза), картофель.

Отдавайте предпочтение неусвояемым и медленноусвояемым углеводам; каждый прием пищи лучше начинать с овощного салата (без заправки). Замените некоторое количество животных белков на растительные, а из животных отдавайте предпочтение морепродуктам.

Что такое хлебная единица?

Для удобства подсчета усвояемых углеводов пользуются таким понятием, как «хлебная единица» (ХЕ). У нас принято считать, что **на одну ХЕ приходится 10-12г усваиваемых углеводов**. ХЕ служит для удобства подсчета углеводов, употребленных в пищу. Что в конечном итоге позволяет подбирать адекватную дозу инсулина. Зная систему ХЕ, пациент может легко оценить ко-



Жизнь с сахарным диабетом»

личество углеводов в тех продуктах питания, которые он хочет съесть. Следовательно, он может легко рассчитать необходимую дозу инсулина короткого действия.

Режим приема пищи

Для человека с сахарным диабетом режим состоит из **трех основных приемов пищи** (завтрак, обед, ужин) и **трех дополнительных** (второй завтрак, полдник, поздний ужин). Основные приемы пищи составляют по 25% суточного калоража (обед - 30%), дополнительные приемы пищи - 10%, или 1-2 ХЕ. **ХЕ должны быть распределены равномерно. Коррекцию дозы инсулина проводят исходя из расчета 1ед. инсулина на каждую съеденную ХЕ. Потребность инсулина на 1 ХЕ меняется в зависимости от времени суток:** как правило, утром потребность в инсулине больше, чем вечером.

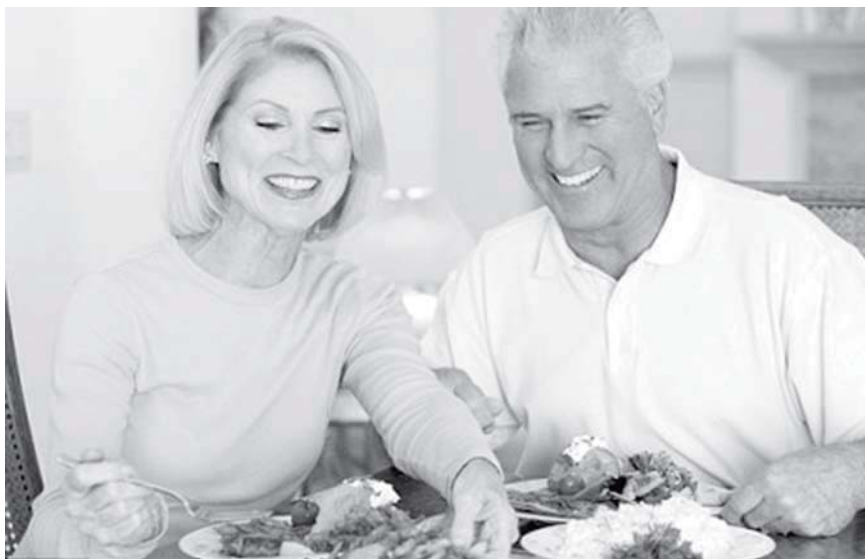
Одна некомпенсированная инсулином ХЕ повышает уровень сахара крови на 1,9-2,2 ммоль/л (а иногда и выше). Зная количество ХЕ, которые вы съедите, можно определить, насколько повысится уровень сахара в крови, а значит, возможно будет правильно дозировать инсулин.

Приведем примеры основных продуктов питания, содержащих усвояемые углеводы.

Мучные продукты. *Один кусок хлеба = 1 ХЕ* - и черного, и белого (только не сдобного). Высушим его. В полученном сухаре будет тоже одна ХЕ - испарилась только вода, а все углеводы остались на месте. Если измолоть этот сухарик, то получим *панировочные сухари: 1ст.л. = 1 ХЕ.*

1ст.л. муки и крахмала = 1 ХЕ.

Зст.л. макарон = 2 ХЕ. Кстати, какие макароны лучше - наши или импортные? В наших макаронах содержится больше клетчатки, а мы уже говорили, что усвояемые углеводы весьма полезны для организма.



2ст.л. любой вареной крупы = 1 ХЕ.

Зст.л. макарон повысят уровень сахара в крови так же, как 4ст.л. риса или гречки, и точно так же, как два куска хлеба, поскольку во всех этих трех случаях вы съедите ХЕ.

Горох, фасоль и чечевицу по ХЕ можно практически не учитывать, поскольку *одна ХЕ содержится в 7ст.л. этих продуктов.*

Молочные продукты. Прежде всего надо понять, где именно в них находятся углеводы. Молоко представляет собой смесь жиров, белков и углеводов и воды. Жиры мы обычно снимаем сверху в виде *масла, сметаны или жирных сливок.* В этих продуктах нет ХЕ, поскольку нет углеводов. Белки - это *творог;* в нем тоже нет ХЕ. А вот оставшаяся *сыворотка* содержит углеводы. *Один стакан молока = 1 ХЕ.* Молоко надо учитывать в тех случаях, когда вы добавляете его в тесто или в кашу. Конечно, сливки из магазина будут содержать ХЕ, но масло и сметану считать не нужно, если, конечно, вы не добавляли в сметану сахар.

1ст.л. сахарного песка = 1 ХЕ. Три-четыре кусочка сахара-рафинада = 1 ХЕ.

Одна порция **мороженого** = 1,5-2 ХЕ (в 100г). Причем, лучше мороженое сливочное. В нем содержится больше жиров, ко-

«ПОЛЕЗНЫЕ ПРОДУКТЫ»

Продукты, содержащие много воды, - наполняют желудок, но не прибавляют вес:

- минеральная вода,
- кофе и чай (без сахара),
- все виды зелени и овощей (кроме картофеля и бобовых).

«ПРИГОДНЫЕ ПРОДУКТЫ»

1) Продукты, содержащие мало жира и много белка:

- нежирная рыба,
- нежирное мясо,
- нежирная вареная колбаса,
- молоко, творог, кефир (лучше обезжиренные),
- нежирные сорта сыра.

2) Продукты, богатые крахмалом и клетчаткой:

- картофель,
- все сорта хлеба,
- каши,
- макаронные изделия,
- бобовые,
- фрукты и ягоды (кроме сухофруктов и оливок).

«ВРЕДНЫЕ ПРОДУКТЫ»

1) Содержащие много жира или легкоусвояемые углеводы:

- растительное и сливочное масло, маргарин, майонез,
- орехи, семечки, оливки,
- жирные рыба, мясо и колбаса, птица,
- копчености, консервы (особенно в масле),
- сливки, сметана,
- жирные сорта сыра (>30% жира - голландский, эментальский),
- сахар и сахаросодержащие сладости,
- «диабетические» конфеты, шоколад, торты и джемы.

2) Алкогольные напитки.



Жизнь с сахарным диабетом»

которые замедляют всасывание углеводов, и уровень сахара в крови повышается медленнее. А фруктовое мороженое - это просто замороженная вода, которая быстро растает в желудке и моментально всосется, быстро повысив уровень сахара в крови.

Мясные и рыбные продукты не содержат углеводов, поэтому их не нужно учитывать по ХЕ. Учет необходим только при особых способах приготовления. Например, при приготовлении котлет в фарш добавляется хлеб, размоченный в молоке, перед жаркой котлеты обваливают в панировочных сухарях, а рыбу - в муке или жарят в кляре. В этих случаях нужно считать количество ХЕ в исходном продукте.

В учете по ХЕ нуждается **картофель**. *Одна средней величины картофелина = 1 ХЕ*. В зависимости от способа приготовления изменяется только скорость всасывания углеводов в желудке. Быстрее всего повысит уровень сахара в крови пюре на воде варенная целиком картошка - медленнее, а жареная - еще медленнее. Но не забывайте учитывать молоко, если пюре готовится на нем!

Остальные **корнеплоды** можно не учитывать, если вы употребляете их в количествах, не превышающих одну ХЕ: *три крупных моркови = 1 ХЕ, одна крупная свекла = 1 ХЕ*.

Фрукты и ягоды. *Виноград* содержит очень большое количество углеводов, поэтому *3-4 крупных виноградины = 1 ХЕ*. Эти ягоды лучше есть при гипогликемии. *Половина грейпфрута, банана или початка кукурузы = 1 ХЕ. Яблоко, персик, апельсин, груша, хурма, кусочки дыни или арбуза = 1 ХЕ. Три-четыре средней величины мандарина, абрикоса или сливы = 1 ХЕ*. Более мелкие плоды мы будем считать одним чайным блюдцем без горки: *клубника, вишня, черешня = 1 ХЕ. Одна чашка самых мелких ягод: малина, земляника, черника, голубика, смородина, брусника, ежевика и т.д. = 1 ХЕ*.

1 ХЕ = или 1/3ст. **виноградного сока**, или в 1/2ст. **яблочного**

сока, или в 1ст. **кваса** или **пива**.

Минеральная вода и «диет-пепси» не содержат ХЕ. А вот **сладкую газированную воду, лимонад** и т.д. надо учитывать. **Спиртные напитки по ХЕ не учитываются**.

Также можно определить количество ХЕ в продукте, купленном в магазине. Например, на обертке от шоколада указано, сколько белков, жиров и углеводов содержит этот продукт в 100 граммах. Допустим, написано, что в 100г шоколада содержится 60г углеводов. Это значит, что 100г этого шоколада содержат 5-6 ХЕ. Обычно шоколадки разделены полосками на 5-6 долек. Значит, одна долька будет содержать одну ХЕ.

Помните, что **некоторые продукты могут оказаться диетическими и не содержать сахара**. Такие продукты содержат меньшее количество ХЕ.

Одна ХЕ требует на свое усвоение приблизительно 2 ЕД инсулина. Ваша потребность в инсулине на ХЕ может быть установлена только при помощи дневника самоконтроля. Учтите, что количество инсулина, необходимого для усвоения одной ХЕ, не постоянно даже для одного человека. С утра инсулина требуется больше, а к вечеру - меньше. Все очень индивидуально. Из вышесказанного следует, что **«углевод» - это другое название сахара**.

Голодание противопоказано для больных сахарным диабетом.

Вы хотите питаться разнообразно? Для этого лучше всего пользоваться системой замены углеводов. Заметим, что эту систему придумали для облегчения выполнения диабетической диеты. По системе замены можно заменять одни продукты другими, но замена должна быть эквивалентной по химическому составу и энергетической ценности. Замена должна проводиться в пределах одной и той же группы продуктов равной пищевой ценности. Так, например, замена из хлебобулочных изделий: один кусок хлеба содержит 10-12г углеводов - это шесть крекеров (они весят 20г и тоже содержат 10-12г углеводов). Примеры из группы фруктов: одно яблоко можно заменить половиной банана, или грейпфрута, или же ломтиком дыни. Из группы молочных продуктов: 1ст. молока содержит 10-12г углеводов: его можно заменить на 1ст. кефира, простокваши, сливок. 100г мяса можно заменить 130г творога, 100г рыбы, 75г сыра или одним яйцом. Замена картофеля по углеводам возможна различными крупами; морковью, свеклой, хлебом и т.д.

Вкусная, полезная, умеренная еда создает жизнерадостное, бодрое настроение. Приятного аппетита! ☺



Волчиха

Завершен капитальный ремонт поликлиники КГБУЗ «Волчихинская ЦРБ» мощностью 400-450 посещений в смену. *Стоимость проекта: 18,5млн. рублей.*

Виктор КОЧНЕВ, главный врач: «В ходе ремонта сделаны устройство кровли, усиление фундамента, поставлены новые окна, двери, перестелен пол, отреставрированы внутренние помещения, заменены сантехническое и электрооборудование. В женской консультации - новые кабинеты, отремонтирована детская поликлиника, разделка переместилась в отдельный кабинет, расширена регистратура, в ней установлено новое электронное оборудование».





55 лет служим женщине, матери и ребенку

Алтайский государственный медицинский институт был открыт в 1954 году. Через три года пришла пора изучения новой специальности акушерства. Первым заведующим кафедрой и ее создателем стал приглашенный из Горьковского мединститута доктор меди-



цинских наук **Михаил Львович ЦЫРУЛЬНИКОВ** (1896-1966). В 1966 году, будучи студентом 4-го курса, помню его читающим лекцию про анатомические узкие тазы,

когда он, уже будучи тяжелобольным человеком, на протяжении всей двухчасовой лекции не позволил себе присесть на кем-то заботливо поставленный стул. Одна-единственная лекция, но она стоит у меня перед глазами до сих пор, как будто это было вчера.

Первыми ассистентами кафедры стали практические врачи: **Наталья Николаевна ПАХМУРНАЯ** - жизнерадостная, веселая, умеющая с юмором и задором преподнести такую серьезную науку, как акушерство; главный врач роддома №2 (построенный в 1937 году и ставший первой основной учебной базой для студентов) **Фрида Моисеевна ГАРТ** (1925-1978), которая проработала на кафедре до 1971 года; **Елена Архиповна ДОЦЕНКО** (1920-1988), заведующая гинекологическим отделением онкодиспансера, и наш первый ветеран **Ада Алексеевна ГАЛОЧКИНА**, проработавшая на кафедре 38 лет. С 1959 по 1965гг. доцентом кафедры был кандидат медицинских наук **Алексей Семенович СЛЕПЫХ**



(1924-1984) - эрудированная личность, известный хирург-гинеколог: в 1965г., защитив докторскую диссертацию, он был избран заведующим кафедрой акушерства и гинекологии Ленинградского санитарно-гигиенического института, куда ехали большие со всего Союза.

В этом же году начал совмещать работу на кафедре главный акушер-гинеколог Алтайского краевого отдела здравоохранения **Арам Амазаспович ТРДАТЯН** (1919-1985), который в 1961г. был избран на должность доцента, а до 1970г. заведовал кафедрой. Это удивительной души человек, прекрасный врач и хирург, о котором даже много лет



спустя женщины, его бывшие пациентки, вспоминали с восторгом. Очевидцы рассказывают, что иногда его привозили из дома прямо в нижнем белье в лечебное учреждение для оказания экстренной помощи беременным или гинекологическим больным.

За 1959-1968гг. значительно расширился коллектив кафедры. Так, в 1959г. пришли наши дорогие ветераны: **Ида Борисовна ПЧЕЛКИНА**, проработавшая на кафедре ровно 40 лет, до самого выхода на пенсию была бессменным консультантом в роддоме №2 и МСЧ КХВ; **Зинаида Петровна ХОРЕВА**, **Виктор Васильевич ШТЕЙНГАУЭР**, **Бронислава Алексеевна АГРАНОВСКАЯ**, **Нина Николаевна ЗУБКОВА**, **Виктор Иванович БОРОВ**, **Фаина Михайловна КУЗНЕЦОВА**, **Галина Леонидовна СЕМЕННИКОВА**, **Нина Трофимовна ФОРНЕЛЬ** и другие. Все эти люди были прекрасными преподавателями, в первую очередь потому, что они были высококвалифицированными врачами.



Иван Григорьевич БРУСЕНЦОВ,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, член кафедры с 1970 года

Пятьдесят пять лет - пенсионный возраст, но не для клинической кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, которая находится в расцвете своих сил и возможностей и в ожидании большого будущего.



История медицины Алтай

Для эффективного обучения студентов специальности кафедре понадобились дополнительные базы, которыми стали роддомы №3 и №4, гинекологическое отделение городской больницы. После открытия в 1965г. роддом №1 МСЧ ХБК, где были и гинекологические койки, стал второй основной базой кафедры. И тогда мы смогли отказаться от мелких баз. В 1973г. открылся родильный дом МСЧ АМЗ, который стал учебной базой для студентов педиатрического факультета.

В 1970г. заведующим кафедрой был избран **Соломон Натанович ХЕЙФЕЦ**, выпускник Ленинградской военно-медицинской академии им.С.М. Кирова, ученик члена-корреспондента АМН



СССР, профессора К.М. Фигурнова, подполковник в отставке, доктор медицинских наук. Опытный клиницист и ученый,

Соломон Натанович внес большой вклад в развитие отечественной гинекологической эндокринологии.

В крае остро не хватало врачей разных специальностей. В том числе и акушеров-гинекологов (ведь жизнь течет по спирали!). И в период с 1971 по 1996гг. на 6-м курсе проводилась специализированная субординатура, которая позволяла ежегодно пополнять ряды врачей этой специализации на 25-30 человек, - они ехали работать в медицинские учреждения во все уголки Алтайского края. Это потребовало расширения преподавательского состава. Так в коллектив кафедры влились свежие силы: **А.М. БАТРАКОВ, Н.Д. НИКОЛАЕВА, В.Н. САВИНЫХ, Э.И. ЧАБАШВИЛИ, Л.В. АККЕР** и **И.Г. БРУСЕНЦОВ**, аспирант второго набора, работающий ассистентом с 1974г. по сегодняшний день.

Параллельно с основной учебной нагрузкой и врачебной дея-



Весна 1964г.

тельностью сотрудники кафедры занимались и научной работой. В 1970г. на кафедре открылась аспирантура, которую закончили и успешно защитили кандидатские диссертации **Г.Н. ПЕРФИЛЬЕВА, Т.И. СЕМКЕ, М.А. СУВорова, И.Г. БРУСЕНЦОВ, Н.П. ЗЕНКИНА, М.Б. ИГИТОВА, Л.А. ХОРЕВА**; ассистенты кафедры: **А.М. БАТРАКОВ, Н.Т. ФОРНЕЛЬ, Л.В. АККЕР, Э.И. ЧАБАШВИЛИ, Н.И. ФАДЕЕВА, В.К. БУРЧИК, Н.С. РУЦКАЯ**. Многие из них в последующее работали и продолжают сейчас работать на кафедре.

Проработав 21 год заведующим кафедрой, Соломон Натанович сформировал научные направления кафедры, заложил традиции и подготовил достойную смену. В 1991 году он передал кафедру в руки своей ученицы Натальи Ильиничны Фадеевой.

90-е годы - тяжелое время для страны, тяжело было выживать и кафедре, но дружным сплоченным коллективом все вместе достойно справились с лихолетьем и последние 20 лет по всем показателям держимся в первой тройке по институту. Если в 70-80-х годах гордостью кафедры был фонд диапозитивов, насчитывающий более 1200 наименований, то в настоящее время в процесс обучения студентов вошел компьютер - и для контроля теоретических знаний студентов, и при чтении лекций. Однако ос-

новное внимание по прежнему уделяется самостоятельной работе студентов у постели больных, в родзале, смотровой, операционной, развитию у них клинического мышления.

Стоит упомянуть и о студенческом научном кружке, который многое сделал в подготовке как научных (все сотрудники кафедры, начиная с д.м.н. Н.И. Фадеевой и заканчивая самым молодым членом кафедры к.м.н. **О.А. БЕЛЬНИЦКОЙ**, - бывшие кружковцы), так и врачебных кадров, которые уже осознанно входили в нашу трудную специальность - акушерство, где приходится отвечать сразу за два непредсказуемых, в смысле конечного исхода здоровья, создания: матери и ребенка. О высоком уровне работы кружка говорит тот факт, что в 2011 году на Всероссийской олимпиаде в г.Новосибирске наши кружковцы, ведомые ассистентом к.м.н. **Еленой Станиславовной КРАВЦОВОЙ**, заняли второе место.

Эстафету научного поиска, начатую С.Н. Хейфцем, активно продолжает Н.И. Фадеева: под ее руководством уже защищены 25 кандидатских диссертаций. И поток научных исследований не иссякает: на очереди - еще несколько претендентов на ученую степень кандидата и доктора медицинских наук. Среди многих научных проблем, которыми занимались сотрудники кафедры,



История медицины Алтай

можно выделить основные: репродуктивное здоровье девочек и женщин, вопросы гинекологической эндокринологии, бесплодного брака, исследования значений нарушений гемостаза в формировании гинекологических заболеваний и акушерской патологии, влияние экологических и производственных факторов на женский организм.

Наука делается не ради науки, а все выводы, сделанные после разработки проблемы, сразу направлены в практическое здравоохранение. Сотрудники кафедры постоянно внедряют новые методы профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний, осложнений беременности и родов, ежегодно принимают участие в краевых и городских научно-практических конференциях врачей и среднего медицинского персонала. Для их проведения, оказания лечебной, консультативной и организационно-методической помощи, а также с целью изучения состояния лечебно-профилактической работы на местах, сотрудники иногда выезжают в районы края. В советские времена, в период зимних каникул, мы проводили массовые профилактические осмотры в районных участковых больницах и помогали больным госпитализироваться в краевые лечебные учреждения. Сейчас эта работа почти угасла, но, замечу, в последние годы она вновь возрождается. С 1982г. профессор, доценты и ассистенты кафедры проводят большую



Нам 25 лет, 1982г.

консультативную работу для населения края: в консультативно-диагностических поликлиниках, открытых на базе краевой больницы и МСЧ треста «Стройгаз», Диагностического центра Алтайского края, а в последние 8 лет - в диагностическом центре АГМУ.

Большой вклад наша кафедра вносит в повышение квалификации практических врачей. Ежегодно на кафедре обучаются 4-5 клинических ординаторов и 5-10 интернов, которые под контролем опытных преподавателей работают с гинекологическими больными, беременными женщинами, роженицами и родильницами на клинических базах кафедры. Профессор кафедры и доценты проводят ежедневную

консультативную работу, а ассистенты ведут лечебную работу в палатах. В течение последних 35 лет на клинической базе кафедры - гинекологическом отделении ОКБ станции Барнаул - работает центр по гинекологической эндокринологии и бесплодному браку, организованный профессором С.Н. Хейфецем. Многие внесли в разработку лечения трубного бесплодия микрохирургическим методом Н.Т. Форнель. Благодаря стараниям доцента **Е.А. МАРКОВОЙ** и ассистента **Т.А. КУЗНЕЦОВОЙ** на этой же базе создан и успешно работает первый в Сибири центр оперативной лапароскопии. Ассистент **В.К. БУРЧИК** помог организовать и обучить врачей этой технологии в гинекологических отделениях МСЧ «Трансмаш», МСЧ КХВ, родильного дома №2, в котором успешно трудится до сих пор.

Многие ученики Н.И. Фадеевой успешно работают в практическом здравоохранении. Например, **И.В. МОЛЧАНОВА** является главным акушером-гинекологом Алтайского края; **В.В. ВОСТРИКОВ** возглавляет Сибирский институт репродукции и генетики человека, помогая многим семейным парам стать полноценной ячейкой общества; доцент кафедры **О.В. РЕМНЕВА** со-



Нам 50 лет, 2007г.



История медицины Алтая

вмещает работу на кафедре и пост заместителя главного врача Краевого перинатального центра; **И.П. МАМОНОВА** возглавляет гинекологическое отделение городской больницы №1 г.Барнаула; **Е.В. ПОЖЕНКО** - начмед клинического родильного дома №2 г.Барнаула, **Т.А. МАКСИМЕНКО** много лет заведует гинекологическим отделом онкодиспансера. Все они, не считаясь ни со временем, ни со своими житейскими проблемами, полностью отдают себя нуждающимся в них женщинам, найдя в этой работе настоящее призвание и уважение пациентов.

Все сотрудники нашей кафедры имеют высшую врачебную категорию, а Н.И. Фадеева - Заслуженный врач РФ. Трое из сотрудников успешно представляли советскую медицину за рубежом:



Встреча с ветеранами, октябрь 2011г.

И.Г. Брусенцов - в Алжире, Г.Н. Перфильева - в Эфиопии, М.А. Суворова - в Гвинее.

Много сделано членами кафедры за прошедшие 55 лет, но жизнь продолжается, новая молодая смена ученых приходит в клинику, и именно ей творить будущее нашей любимой кафедры акушерства и гинекологии №1. Верю, что воспитанные в трудолюбии, творческом поиске, хороших традициях, молодые подхватят все лучшее, что наработано предыдущими поколениями и достойно продолжат начатое. Остается только пожелать им самых добрых, лучших, успешных деяний! ☺

Чарышское



Сергей Петров, глава администрации района: «Ранее расстояние от существующей поликлиники до ЦРБ было более 2км, что создавало серьезные трудности для больных. Новая современная поликлиника (мощностью 250 посещений в смену) позволяет получать жителям отдаленного от краевого центра района современную и своевременную медицинскую помощь». *Стоимость: 135,3млн. рублей.*



КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ
ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

№07 (117) сентябрь 2012г.

Свидетельство о регистрации СМИ №ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министрства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Подписано в печать 24.09.2012г.
Дата выхода 28.09.2012
Печать офсетная. Тираж - 10000экз.
Цена свободная.

Главный редактор -
Ирина Валентиновна
Козлова
Тел. 8-960-939-6899

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн и верстка -
Ольга Жабина
Оксана Ибель

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации.

Ответственность за достоверность рекламной информации несут рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Выпуск издания (рубрика «Школа ответственного родительства») осуществляется при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям

Учредитель - Издатель
ООО «Издательство
«ВН - Добрый день»
г. Новоалтайск,
ул.Обская, 3.
Тел. 8(38-532) 2-11-19.
656038 г.Барнаул,
пр.Ленина, 56

Адрес работы с общественными представителями: пр.Ленина, 56,
тел. 8-902-998-27-84,
E-mail: nebolen@mail.ru

Отпечатано в типографии
ООО «Алфавит»:
г.Барнаул, ул.Чкалова, 228.
Тел. (3852) 38-33-59

Подписной индекс -
31039



Государственной санитарно-эпидемиологической службе России



90 лет

Глубокоуважаемые коллеги!

Примите искренние поздравления по случаю 90-летнего юбилея государственной санитарно-эпидемиологической службы России!

Вами, вашими предшественниками сделано много на непростом и очень ответственном поприще – охраны здоровья населения, а в последние годы и в защите прав потребителей граждан.

Чистая вода, воздух, безопасность продуктов питания и жилища, условия труда и предупредительные мероприятия по профилактике распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний. Организация питания школьников и оздоровительная летняя компания детей и многие – многие другие вопросы находятся в сфере вашего постоянного профессионального внимания и контроля. Вы занимаете активную гражданскую позицию в вопросах профилактики распространения табакокурения и алкоголизации и других, вредных для здоровья населения факторов. Мы благодарны вам за поддержку нашего журнала и целого ряда социальных акций, им инициированных, таких как «Здоровая семья – это здорово!», «Брось сигарету! Начни с себя», «Школы здоровья – школы профилактики» и других.

Ваш личный вклад в развитие Алтайского края – неоценим!

Доброго вам здоровья, успехов в вашей важной для общества и страны службе, уважения коллег и населения! Благополучия вам и вашим близким.

