



С заботой о Вас!

МЕДИКЕР

№4 (27) декабрь 2016

- КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНА В ПЕРИОД НЕЗАВИСИМОСТИ
- «МЕДИКЕР» ГОТОВИТСЯ К ЭКСПО-2017!
- БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
- «КАЗАХСТАНСКИЙ СЛЕД» В РОССИЙСКОЙ ПЕДИАТРИИ
- ЛИКБЕЗ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ



24



16



46



72

МЕДИКЕР



СОДЕРЖАНИЕ

4 **НОВОСТИ**

МЕДИКЕР

- 8 «Медикер» готовится к ЭКСПО-2017!
- 12 «Медикер»: 16 лет на страже здоровья
- 20 Передача в доверительное управление расширит сеть «Медикер»
- 24 Возможности испанской медицины для казахстанцев

АКТУАЛЬНО

- 16 Доверительное управление как новый этап сотрудничества
- 22 Ассоциация страховщиков предложила внести правки в систему ОМС
- 26 Казахстанская медицина в период независимости
- 32 Благословение на жизнь
- 36 Безопасность здания медицинской организации: от теории к практике по стандартам аккредитации
- 44 Сотрудничество во имя жизни
- 46 Просто о сложном: педиатр настоящего и будущего – кто он?
- 58 Пневмококковая инфекция: международный и казахстанский опыт

ЛИЧНОСТЬ

- 52 «Казахстанский след» в российской педиатрии

ДЕТИ

- 62 Ликбез для родителей при лихорадке у детей

ОБРАЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

- 68 Йододефицитные заболевания
- 72 Менопауза и здоровье
- 76 Не лечить – опасно

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- 78 Медицина – древнее искусство. Часть 2

ЭТО ИНТЕРЕСНО

- 84 Лечение с увлечением

ПСИХОЛОГИЯ

- 86 Психологические особенности песочной терапии в экзистенциальном подходе онкопсихологической службы

КРАСОТА

- 90 Куда делась моя шевелюра?

СПОРТ

- 92 На льду без риска

РЕКЛАМА

- 94 Реборнист – воплощение детских мечтаний

ПИТАНИЕ

- 96 Кофе. Все что нужно знать!

86



92



Казахстанские врачи потребовали признать электронные сигареты смертельно опасными

По мнению казахстанских медиков, электронные сигареты не менее опасны для жизни, чем обычные табачные изделия, и способны вызвать онкологические заболевания. В США электронные сигареты по уровню вреда для здоровья давно приравнивали к табачным. В соседней России данный вопрос уже вынесли на рассмотрение депутаты. В Казахстане же рынок подобной продукции пока никак не регулируется. Весной этого года казахстанский общественный фонд провел социологическое исследование среди курильщиков и продавцов табачной продукции. Выяснилось, что треть опрошенных считает пары электронных сигарет менее вредными, чем пары обычных сигарет. Однако специалисты уверяют: рынок электронных сигарет пестрит подделками, о чем продавцы стараются умалчивать. Многие клиенты даже не подозревают, насколько опасную смесь они курят. «Дело в том, что как табачное изделие оно все равно содержит никотин. Суть в том, что никотин доносится в мозг посредством пара. И поэтому даже микродозы оказывают

токсический эффект на головной мозг. Очень много сейчас зафиксировано случаев, когда пациенты-вейперы, курившие электронные сигареты, попадают с токсическим отравлением головного мозга, которое проявляется интенсивными головными болями, головокружениями, тошнотой и профузным поносом», – говорит врач-психотерапевт Дияна Бакиева. Кроме того, помимо никотина, в курительных смесях содержатся пропиленгликоль, альдегиды и формальдегиды. По мнению американских исследователей, все эти составляющие могут вызывать рак. Ведь эти же вещества входят в состав антифриза. Последнее время все чаще стали появляться сообщения о том, что электронные сигареты еще и взрываются. Переходя на электронные сигареты, курильщики надеются вовсе отказаться от пагубной привычки. Но, как правило, желание покурить не проходит. Медики уверены: человек, серьезно решивший бросить курить, сделает это без каких-либо заменителей.

По материалам КТК



Японские ученые вырастили живых мышей из бесформенной клеточной массы



Японские ученые из Университета Кюсю в Фукуоке добились формирования яйцеклеток (ооцитов) мышей из культуры стволовых клеток. Из полученных оплодотворенных ооцитов развились полноценные животные. Биологи представили результаты исследования в статье, опубликованной в научном журнале Nature. Ооциты относятся к клеткам, которые обладают тотипотентностью – способностью делиться и превращаться в клетки всех других видов. Они развиваются из женских первичных половых клеток – гоноцитов, которые претерпевают ряд изменений. Цель ученых заключалась в том, чтобы воспроизвести процесс формирования яйцеклетки. Для этого они использовали стволовые клетки с плюрипотентностью, то есть способностью превращаться во все клетки, кроме тех, что принадлежат плаценте и желточному мешку. Культура была образована эмбриональными стволовыми и индуцированными (полученными из обычных тканей) плюрипотентными стволовыми клетками. Образовавшиеся ооциты подвергались экстракорпоральному оплодотворению. Эмбрионы затем переносились в тело суррогатных самок, где развивались в здоровых детенышей.

Источник: Lenta.ru

В Казахстане для больных диабетом запускают единый центр

В Центре диабета, действующем на базе Казахского национального медицинского университета имени Асфендиярова, планируется создать полный замкнутый круг обслуживания пациентов. «Мы впервые создаем в Центре диабета полный замкнутый круг. Мы хотим наладить работу по принципу Центров обслуживания населения. То есть диабетические пациенты будут приходить со своими проблемами, и не важно, что у них, мы постараемся помочь», – сообщил директор университетской клиники внутренних болезней Жанай Аканов. В ближайшее время в Центре будет запущено сосудистое отделение, где врачи смогут проводить уникальные операции для лечения синдрома диабетической стопы. Одним из традиционных способов спасения пациента при данном диагнозе является ампутация пораженной конечности. По некоторым оценкам, казахстанские врачи проводят до 3000 ампутаций различных частей ног в год. В создаваемом отделении сосудистые хирурги смогут проводить сложные операции, которые позволят спасти ногу и избежать ампутации.

По материалам Tengrinews.kz



Найден способ исцелить паралич



Международная группа ученых преуспела в лечении паралича посредством электростимуляции и особого комплекса физических упражнений. Эксперимент проводился на парализованных макаках, говорится в статье, опубликованной в научном журнале Nature. Ученые создали специальный чип, способный считывать сигналы из мозга и передавать их в изолированную вследствие повреждения часть тела. На этот раз ученые применили свои разработки для исцеления макак, парализованных вследствие травмы позвоночника. Разработанный исследователями чип позволяет произвести «перезапуск» цепочек нейронов, которые управляют движением тела. Использование данного метода позволяет исцелять паралич без применения стволовых клеток или вмешательства хирургического характера. Выяснилось, что применение чипа вкупе со специальным экзоскелетом позволяет вернуть подвижность в течение недели.

Источник: Lenta.ru

Казахстан вернет педиатрические факультеты в медицинские вузы



Премьер-министр Казахстана Бакытжан Сагинтаев поручил восстановить педиатрические факультеты во всех медицинских учебных заведениях. «Правильный вопрос поднимался касательно подготовки детских врачей – педиатров. Мы все понимаем, насколько велика цена врачебной ошибки, особенно если это касается детских врачей. Поэтому я полностью поддерживаю предложение, которое сейчас было высказано, и даю поручение министрам Дюй-

сеновой (министр здравоохранения и социального развития) и Сагадиеву (министр образования и науки) – восстановить педиатрические факультеты во всех учебных медицинских заведениях. Подготовку студентов необходимо начать немедленно, уже с первого сентября следующего года», – сказал Бакытжан Сагинтаев на заседании Правительства.

«В этих вопросах нам нельзя экспериментировать. Здесь есть твердо устоявшиеся механизмы», – заключил он. Вице-премьер Имангали Тасмагамбетов также затронул проблему обучения педиатров в вузах: «Факультет Педиатрии был включен в общемедицинское направление. Теперь, чтобы стать детским врачом, надо окончить резидентуру, поэтому в настоящее время выпускники не заинтересованы получить узкую

специализацию педиатра». По его словам, выпуск педиатров из стен вузов ежегодно сокращается. К примеру, в 2012 году – 742 педиатра, а в 2013-м – 423. «Как следствие, уже сегодня сложился дефицит врачей, специализирующихся на детском здоровье. Если в 2012 году на десять тысяч населения приходилось четыре педиатра, то в прошлом году только три. А в Атырауской, Западно-Казахстанской областях в 2015 году на десять тысяч человек сельского населения приходится по одному педиатру. Закономерно, что в обществе нарастает озабоченность по данному вопросу», – отметил он. Напомним, что концепция «О ликвидации факультета педиатрии» была принята в Казахстане в 2006 году. Казахстанцы отрицательно отреагировали на нововведения.

По материалам Tengrinews.kz

Новое устройство поможет незрячим читать обычные книги

Для того, чтобы прочитать напечатанный текст, многие люди с нарушениями зрения пользуются специальными приложениями, которые озвучивают сфотографированный пользователем текст. Однако владелец не может быть абсолютно уверен в том, что сфотографировал весь текст, а также эти приложения могут работать некорректно в тех случаях, когда на странице присутствует несколько разделов (меню или газета). Специалисты из Университета Мерилленда предложили новое решение.

Йон Фролич и его коллеги создали гаджет под названием HandSight. Он использует небольшую камеру – такие обычно применяются при эндоскопии. Камера располагается на кончике пальца, а остальное устройство закрепляется на пальце и запястье. Когда пользователь ведет пальцем вдоль строчки, камера считыва-

ет текст и передает его на компьютер, который произносит этот текст вслух. Если рука человека «съезжает» со строки, программа предупреждает его об этом с помощью звукового сигнала или вибрации, помогая вернуть палец с устройством обратно.



HandSight протестировали 19 слепых людей, которые с помощью него читали тексты из школьных учебников и журналов. В среднем скорость их чтения составляла от 63 до 81 слова в минуту, и только совсем небольшое количество слов в каждом тексте было пропущено. Для сравнения: использующий

шрифт Брайля опытный человек читает со скоростью около 90 – 115 слов в минуту, а зрячий воспринимает обычный печатный текст со скоростью около 200 слов в минуту. Некоторым участникам очень понравился гаджет, они высказывались о нем восторженно, заявляя, что новый способ чтения гораздо лучше. Другие были более скептически и отметили, что, возможно, шрифт Брайля был бы удобнее. Однако новая технология может помочь воспринимать информацию там, где имеет значение верстка и расположение текста.

В дальнейшем создатели HandSight планируют доработать свое изделие таким образом, чтобы оно воспринимало не только текст, но также могло передать людям с нарушениями зрения информацию о цветах и контурах.

Источник: medportal.ru

Одно яйцо в день снизит риск развития инсульта

Распространено мнение, что не стоит злоупотреблять яйцами – это якобы может привести к увеличению уровня холестерина, проблемам с сердцем и сосудами. В последнее время появились публикации, опровергающие этот миф. Так, в 2015 году были опубликованы результаты крупного исследования, в котором исследователям не удалось обнаружить взаимосвязь между употреблением яиц и увеличением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Ученые же, проводившие еще одно исследование, не только говорят, что яйца не вредны, но и указывают на их пользу для сердца и сосудов.

Исследовательская группа под руководством Доминика Александра изучила статьи, опубликованные в период с 1982 по 2015 год, в которых изучалась связь между употреблением яиц и риском развития инсульта и коронарной болезни сердца. Оказалось, что всего одно яйцо в день позволило снизить риск инсульта на 12%. На вероятность развития коронарной болезни сердца введение яиц в ежедневный рацион никак не влияло. Авторы поясняют, что пока неясно, каким образом употребление яиц снижает риск развития инсульта. Они предполагают, что это связано с действием содержащихся в их составе антиоксидантов – они помогают бороться

с воспалением и снижают уровень окислительного стресса. Одно крупное яйцо содержит около 6 г белка, антиоксиданты лютеин и зеаксантин, а также витамины А, D и Е. Кроме того, яйца содержат полиненасыщенные жирные кислоты (те же, что присутствуют в рыбе), которые полезны для работы мозга.

Источник: medportal.ru



Можно ли предотвратить инсульт, почистив зубы?

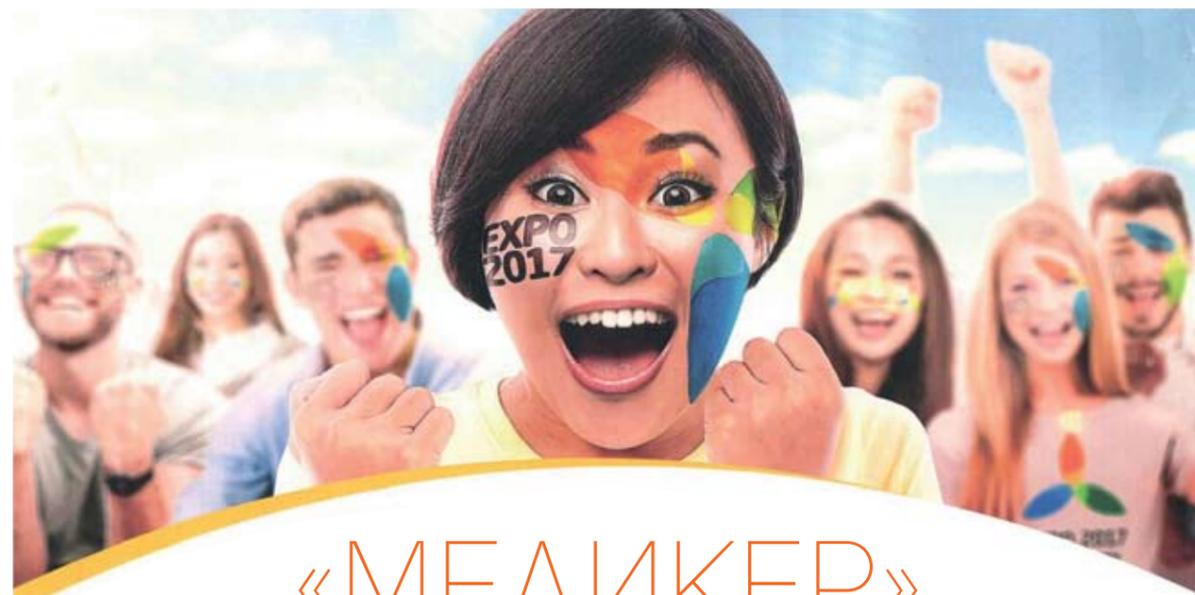
Ученые Флоридского Атлантического университета, США, заявляют, что основательная чистка зубов может помочь предотвратить развитие острых сердечно-сосудистых заболеваний. Научная группа во главе с профессором Чарльзом Хеннекенсом на примере небольшой выборки (более 60 человек) обнаружила, что удаление зубного налета с помощью специальной пасты снижает общий уровень воспаления в организме. Примечательно, что более 20 лет назад именно Чарльз Хеннекенс и его коллеги предложили использовать аспирин в качестве лекарственного средства при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, что, по оценкам экспертов, уже спасло около миллиона жизней.

На этот раз профессор решил исследовать, какой эффект имеет удаление зубного налета, может ли чистка зубов снизить риск наступления инфаркта или инсульта. Для этого он и его группа разделили участников в количестве 61 человека на две группы,

одна из которых (контрольная) чистила зубы обычной зубной пастой, а другая – специализированной, предупреждающей формирование зубного камня. До и после эксперимента, продолжавшегося 60 дней, ученые замерили уровень воспаления в организмах участников, а также количество зубного налета на их зубах. Обнаружилось, что те люди, которые чистили зубы специализированной пастой, в два раза успешнее удаляли налет, таким образом, бляшек на их зубах было существенно меньше. Уровень С-реактивного белка (биомаркера воспаления) в крови у этой группы понизился на 29%. Для сравнения – статины (лекарства, снижающие концентрацию холестерина в крови) снижают этот уровень на 37%. А вот у контрольной группы показатель возрос на 24%. Профессор Хеннекенс подчеркнул, что простейшая доступная всем процедура помогает не только поддерживать здоровье полости рта, но и может уменьшить шанс разви-

тия сердечно-сосудистой патологии, ассоциированной с уровнем воспаления в организме. Некоторые другие ученые сомневаются в результатах исследования сотрудников Флоридского Атлантического университета, утверждая, что следует все же сконцентрироваться на питании, снижении потребления сахара и других более очевидных способах предотвращения инфарктов и инсультов, а также что сам по себе С-реактивный белок является всего лишь маркером воспаления, не играя никакой роли в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Однако Чарльз Хеннекенс и его коллеги планируют повторить исследование на большой выборке – в 6000 пациентов кардиологических клиник, чтобы выявить, имеет ли удаление зубного налета и предотвращение формирования зубного камня долгосрочный противовоспалительный эффект. Новый проект будет длиться несколько лет.

Источник: medportal.ru



«МЕДИКЕР» ГОТОВИТСЯ К ЭКСПО-2017!

Самым ярким и значительным событием предстоящего года станет ЭКСПО-2017 в Астане. В чем значение этой всемирной выставки для нашей страны, и каково участие в ней компании «Медикер»?

Для начала – о поистине грандиозном масштабе события. Одна из самых значимых мировых выставок имеет большую историю. Отсчет ее ведется с 1851 года, когда в Лондоне в Гайд-парке была проведена Великая выставка промышленных работ всех народов. Главной ее достопримечательностью стал Хрустальный дворец, возведенный из железа и стекла. С тех пор менялись города и страны, один за другим шли разные периоды ее характера – индустриализация, культурный обмен и национальный брендинг (последний продолжается с 1988 года по настоящее время).

Не менялось только одно: для любого государства проведение такой выставки – это большая честь, огромная ответственность и возможность улучшить свой национальный имидж. И тема ЭКСПО-2017 в нашей столице, намеченной на 10 июня – 10 сентября будущего года, выбрана не случайно. «Энергия будущего», надеются организаторы, соберет в казахстанской столице лучшие разработки в областях энергетики. Особенно «зеленой» энергетики, ведь это проблема планетарного масштаба. В течение трех месяцев на ее территории будет продемонстрировано, какой должна быть

энергетика будущего, а также будет обсуждаться проблематика развивающихся стран, связанная с потребностями в ней. Мировым экспертам предстоит обсудить меры для достижения доступности, экологичности и экономичности, что должно стать главным трендом развития на ближайшие десятилетия. Астана выиграла право провести признанную выставку у бельгийского города Льежа. Планируется, что в выставке примут участие около 100 стран, более 5 миллионов человек и 10 международных организаций. И, конечно, экспозиции, встречи, обсуждения должны придать новое дыхание развитию эконо-

мики и технологий, промышленности и туризма. Среди вопросов, которые решают организаторы, немаловажное значение имеет медицинское обеспечение. Гостей будет очень много, и казахстанские врачи должны быть готовы к оказанию качественной помощи, организованной на самом высоком уровне.

К работе на ЭКСПО-2017 будут привлечены сотни специально подготовленных специалистов – врачей, координаторов и другого медицинского персонала. Недавно на подписании меморандума о сотрудничестве между АО «НК «Астана ЭКСПО-2017» и ТОО «Медикер» председатель правления «Астана ЭКСПО-2017» Ахметжан Есимов отметил, что к оказанию медицинских услуг участникам и посетителям выставки следует подходить со всей ответственностью, с обеспечением максимального качества и эффективности благодаря использованию новейших технологий. «Для нас очень важно, что столь крупная и узнаваемая в Казахстане медицинская компания готова принять участие в таком масштабном мероприятии, как «Астана ЭКСПО-2017». ТОО «Медикер» имеет самую обширную филиальную сеть по Казахстану. Поэтому участие вашей компании в этом проекте в очередной раз подчеркивает важность выставки на республиканском уровне», – сказал он.

В рамках подписанного соглашения ТОО «Медикер» инвестирует в проект около 800 млн тенге, большая часть из которых будет использована для открытия и оснащения медицинского

центра и шести медицинских пунктов на территории выставки. О деталях подготовки к медицинскому сопровождению ЭКСПО-2017 рассказывает **Жандулла Накипов, заместитель директора по медицинской деятельности филиала ТОО «Медикер» «Медикер Ассистанс».**



– Жандулла Балгабаевич, какова практика медицинского обеспечения на подобных выставках в других странах? В чем задача медиков на таких мероприятиях? Есть ли какие-то особые требования к врачам и к организации такой помощи?

– В разных странах масштабность и длительность таких выставок разная. На международной выставке в Нагое (Япония, 2005 г.) она заняла территорию 540 га и длилась 6 месяцев, в Сарагосе (Испания, 2008 г.) – 25 га, длилась 3 месяца, в Шанхае

(КНР, 2010 г.) – 2788 га, продолжалась полгода, в Милане (Италия, 2015 г.) – 110 га, длилась 6 месяцев.

Основной задачей для нас как операторов медицинских услуг является своевременное и качественное оказание медицинского обслуживания на всей территории ЭКСПО одновременно. Под выставку будет выделена огромная площадь, почти 180 гектаров. Поэтому очень важно распределить ресурсы в зависимости от локализации наиболее массовых мероприятий. Главное требование к медицинскому персоналу и бригадам скорой медицинской помощи, которые будут задействованы на ЭКСПО, – это умение быстро и качественно оказывать первую медицинскую и врачебную помощь. Им на подмогу мы привлекаем лучших медицинских координаторов – руководителей «Медикер», работающих по всему Казахстану, умеющих оперативно думать, решать и организовывать работу, управлять потоками людей.

– Будете ли вы изучать опыт деятельности медиков на предыдущих выставках?

– Мы уже провели аналитическую работу с отчетами медицинских операторов стран ЭКСПО. В ходе официальной переписки с рабочей группой из Милана проведена работа по выяснению причин наиболее частых обращений, проведению мер по их предотвращению. Изучены случаи и отработаны тактики реагирования при них. Изучены показатели и структура обращаемости для



составления перечней необходимого лекарственного обеспечения и оснащения медицинских пунктов.

– **Что означает для «Медикер» участие в таком проекте? Новый опыт, новые возможности, улучшение качества работы, повышение имиджа?**

– Мы осознаем свою ответственность перед гражданами нашей страны и чувствуем пристальное внимание со стороны общества, поэтому очень серьезно относимся ко всем этапам подготовки.

«Медикер» сегодня – одна из самых крупных медицинских компаний, которая развивается в нескольких направлениях одновременно, поэтому участие в таких международных, стратегически важных для страны проектах – это своего рода экзамен на профессионализм, компетентность и состоятельность как серьезного партнера. Конечно же, это и новые возможности показать себя, заявить о себе, и успешный результат этого проекта, безусловно, отразится на имидже компании в целом.

– **Каковы планы компании по открытию и оснащению центра и пунктов медицинской помощи? Как будут готовиться специалисты?**

– С учетом международного опыта проведения таких выставок, прогнозируемого количества стран-участниц и посетителей разработан

план реализации этого проекта. Министерство здравоохранения и социального развития РК совместно с акиматом г. Астаны и Управлением здравоохранения г. Астаны разработали Дорожную карту по подготовке и проведению международной выставки. Планируется функционирование шести медицинских пунктов и восьми бригад скорой медицинской помощи, которые будут работать в едином режиме с выставкой. На территории ЭКСПО-городка будет введен в действие медицинский центр (амбулатория) для представителей стран-участниц.

– **Выставка будет длиться три месяца. Понадобятся ли дополнительные медицинские кадры?**

– Безусловно, во время проведения выставки планируется более семи тысяч мероприятий разного уровня и направлений – культурные, спортивные, экономические. В связи с этим на медицинском обеспечении планируется задействовать свыше 300 человек медицинского персонала и более 100 англоговоря-

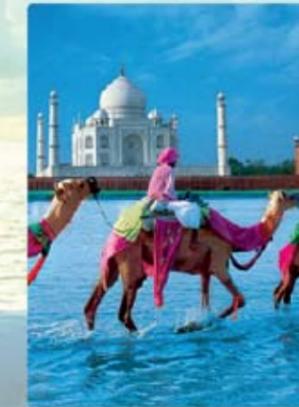
щих медицинских волонтеров. При подборе кадров, волонтеров будет важным знание специалистом иностранного языка. Компания сейчас ведет широкомасштабную работу по обучению персонала английскому языку. ЭКСПО-2017 – это возможность как для всей страны, так и для компании «Медикер» заглянуть в завтрашний день. Думаю, что здесь можно будет увидеть дальнейшие наши проекты, о которых мы раньше даже не думали. Это отличная возможность внедрить свои идеи, даже если сейчас они кажутся безумными или нереальными. Разумеется, мы используем площадку ЭКСПО для того, чтобы достойно представить «Медикер».

Ольга Малахова



Медицинский туризм

Авиабилеты • Туризм • Золотые пляжи
Круизы • Лучшие отели мира • Альпинизм



«Медикер»: НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ

16 лет

За двадцать пять лет независимости система здравоохранения Казахстана претерпела множество метаморфоз и реформ. И если в отношении государственных институтов здравоохранения уместно будет применить слово «совершенствование», то говоря о частной медицине, на ум в первую очередь приходит слово «создание». Будучи совершенно новым для нашей страны явлением, частная медицина отстраивалась по кирпичику. Как для предпринимателей, принявших решение занять нишу на рынке медицинских услуг, так и для врачей, никогда прежде не работавших вне государственной системы здравоохранения, этот путь был непростым и полным вызовов. Одним из таких смелых начинаний 16 лет назад стал «Медикер». Из одного-единственного медицинского центра в Алматы проект вырос, образовав уникальную сеть медицинских центров, включающую в себя широчайший спектр медицинских услуг – от педиатрического центра до услуг ассистанса и производственной медицины.

Само название «Медикер» включает в себя английское слово «care», что означает «забота». Конечно, это забота о людях. Медицина – это не бизнес, это призвание, которому следуют особенные люди – врачи. Давайте взглянем на «Медикер» глазами тех, кто выбрал профессию врача, услышав зов

души, следуя своему призванию – заботиться о людях.

«С детства я мечтала быть врачом, окончила медицинский колледж и некоторое время работала медицинской сестрой. После чего я поняла, что должна стать врачом-педиатром, так как работа с



Сауле Джуманова,
директор ТОО «Медикер – Педиатрия»

детьми мне по душе больше всего», – рассказывает Сауле Жанбырбаевна Джуманова, директор ТОО «Медикер – Педиатрия».

Педиатрия является самостоятельной областью медицины, изучающей возрастные особенности развития детей, детские болезни, а также вопросы организации ухода за здоровым и больным ребенком. Именно поэтому в 2011 году «Медикер» запустила отдельное направление деятельности – педиатрическую помощь. Преимуществом педиатрического центра «Медикер» перед другими медицинскими центрами является то, что он выделен в самостоятельную клинику, оснащен современным оборудованием, таким, как отделение физиотерапии, галакамера, а также имеет собственный стационар с высококвалифицированным медицинским персоналом.

«При выборе персонала для нашего центра мы обращаем внимание не только на профессионализм, но и на личные качества: работая с детьми, специалист должен уметь расположить к себе маленького пациента, заслужить его доверие и внимание», – делится Сауле Жанбырбаевна.

Ежедневно врачи «Медикер – Педиатрия» не только борются с болезнями, но и проводят серьезную профилактическую и просветительскую работу. «Современным родителям необходимо обратить внимание на питание детей, так как

сейчас основу рациона во многих семьях, к сожалению, стали составлять полуфабрикаты и фастфуд. Также необходимо обратить внимание на охрану зрения, с каждым годом число маленьких пациентов с проблемами зрения увеличивается, этому способствует длительное нахождение детей у компьютеров и планшетов, – сообщает Сауле Жанбырбаевна. – В своей работе мы общаемся не только с родителями, но и с ребенком. Особенно приятно сознавать, что мы вносим вклад в сохранение его здоровья, в воспитание и становление его личности».

Еще одним крупным направлением деятельности компании «Медикер» является промышленная медицина, а именно, оказание квалифицированной медицинской помощи на производственных объектах. Деятельность «Медикер – Промышленная медицина» направлена на оказание плановой и экстренной медицинской помощи в условиях, отдаленных от специализированной стационарной помощи, то есть непосредственно на производстве. «Наши услуги – это в первую очередь организация медицинских пунктов: дневных, круглосуточных, вахтовых, а также проведение ежедневной предсменных врачебных осмотров, экстренная медицинская помощь и эвакуация. Кроме того, «Медикер – ПМ» осуществляет контроль за санитарно-гигиеническим состоянием объектов питания и жилых помещений, – рассказывает Мухтабар Аскараровна Шукурова, начальник регионального управления «Медикер – Промышленная медицина» по Жамбылской области. – Мы проводим осмотр работников объектов питания на наличие гнойничковых заболеваний и микротравм, бракераж, санитарно-просветительскую работу по формированию здорового образа





Мухтабар Шукурова,
начальник регионального управления
«Медикер – Промышленная медицина» по
Жамбылской области

жизни, вакцинацию, динамическое наблюдение, отслеживаем укомплектованность предприятий аптечками и проводим медицинское освидетельствование».

Сегодня «Медикер – ПМ» работает с крупнейшими компаниями нефтегазового, железнодорожного, автотранспортного, хозяйственного сектора, предприятиями связи и охраны. На-

шими клиентами являются АО «Разведка Добыча «КазМунайГаз», АО «ЭмбаМунайГаз» и АО «ОзенМунайГаз», западный и восточный филиалы АО «КазТрансОйл», АО «Национальная компания «Қазақстан Темір Жолы», АО «Интергаз Центральная Азия», АО «Казкоммерцбанк», ТОО «Кнауф Гипс Тараз», ТОО «KMG-Security», ТОО «Haluk Инкассация», АО «Казахтелеком», ТОО «Central Asia Protrans» и многие другие.

Надо отметить, что врачебные амбулатории «Медикер – ПМ» не отказывают в экстренной помощи и жителям близлежащих поселков.

«В Жамбылской области одним из крупнейших клиентов для нас является АО НК «КТЖ», с которым мы сотрудничаем с 2008 года и оказываем услуги на станциях. Даже отдаленные станции, которые находятся в степях, окруженные двумя-тремя домиками, не остаются без присутствия медиков: для этого мы организовали медицинские пункты с вахтовым методом работы, – с гордостью сообщает Мухтабар Аскараровна. – Сотрудники КТЖ довольны услугами «Медикер – ПМ» и всегда высказывают свою благодарность».

«Медикер – Промышленная медицина» непрерывно находится в процессе развития и расширения. «Радует, что крупные производственные предприятия осознают важность минимизации производственных рисков путем сотрудничества с нами, – говорит Мухтабар Аскараровна. – А мы, в свою очередь, с гордостью заявляем, что, несмотря на географическую удаленность и сложность работы в полевых условиях, «Медикер –



ПМ» неустанно расширяет свою сеть, которая на сегодня охватывает 13 регионов Казахстана».

И действительно, только подумайте, в какой огромной стране мы живем! Каждому казахстанскому школьнику известно, что наша республика занимает девятое место в мире по величине своей территории. География «Медикер» охватывает значительную часть нашей необъятной Родины – от Астаны до Шымкента, от южной столицы Алматы до далекого западного Жанаозена.

«После окончания Актюбинского государственного медицинского института в 1987 году я прошла интернатуру в Новоузенской городской больнице, – рассказывает Бибигуль Куттыгуловна Джетмекова, и.о. директора ТОО «Медикер плюс» в городе Жанаозене. – Работая в Центральной городской больнице, я получила уникальный профессиональный опыт, ведь это единственное многопрофильное медицинское учреждение города Жанаозена, куда поступают все экстренные больные. С приходом компании «Медикер» на рынке медицинских услуг нашего города появился новый вид обслуживания по программе добровольного медицинского страхования (ДМС)».

Оказание медицинских услуг в городе Жанаозене организовано на высочайшем уровне: с 2007 года работает круглосуточный call-центр, организована служба сопровождения при транспортировке пациентов в клиники, где им оказывается специализированная и высокоспециализированная стационарная помощь. В 2014 году в Жанаозене открыт новый современный центр ТОО «Медикер плюс», оснащенный по последнему слову техники: имеются лор-комбайн, видеокольпоскоп, спирограф, бесконтактный тонометр, которых нет в других лечебных учреждениях города.



Бибигуль Джетмекова,
и.о. директора ТОО «Медикер плюс»
в городе Жанаозене

«В ближайшем будущем ТОО «Медикер плюс» собирается стать участником программы государственно-частного партнерства, в рамках которой мы будем работать как поставщик услуг ГОБМП (гарантированного объема бесплатной медицинской помощи)», – делится планами Бибигуль Куттыгуловна.

Как видите, «Медикер» не планирует останавливаться на достигнутом, не боится строить смелые планы и смотрит в будущее с уверенностью. Ведь за каждым проектом неизменно стоят грамотные и увлеченные своей работой врачи – профессионалы своего дела.

Вячеслав Балыков

ДОВЕРИТЕЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАК НОВЫЙ ЭТАП СОТРУДНИЧЕСТВА



В начале осени в Алматы прошло заседание Бизнес-совета по рассмотрению проекта порядка передачи государственных медицинских организаций в доверительное управление частным компаниям (ДУ). На совещании, проходившем в конференц-зале медицинского центра «Private Clinic Almaty», присутствовали вице-министр здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Е. Биртанов, заместитель директора Департамента инвестиционных проектов и развития государственного и частного партнерства А. Мусрепова, председатель Совета по конкурентоспособности Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен», генеральный директор группы «Сентрас» (включая SOS Medical Assistance) Е. Абдразаков, председатель Комитета фармацевтической, медицинской промышленности и медицинских услуг НПП «Атамекен» Д. Сарсенов, а также представители различных секторов экономики.

Шаг за шагом к заветной цели

Вопрос предоставления платных и бесплатных медицинских услуг в наибольшей степени интересует каждого гражданина. Долгое время считалось, что государственная и частная собственности не могут дружно взаимодействовать между собой. Население привыкло к тому, что все качественное должно быть дорогим, а все



бесплатное и доступное не всегда предоставляется на высоком уровне. С целью повысить уровень медицинского обслуживания в Казахстане правительство приняло решение передать значительную часть государственных медицинских учреждений в доверительное управление частным компаниям.

Сегодня большая часть медицинских учреждений в нашей стране принадлежит и управляется государством. Нужно отметить, что более чем 67% из них были построены до 1985 года. Разумеется, за долгие годы эксплуатации значительному износу подверглись и оборудование, и сами здания. Затраты по переоснащению и реконструкции этих организаций довольно объемны, поэтому вопрос государственно-частного партнерства дает большую надежду на положительные изменения в медицинском секторе экономики.

Заседание Бизнес-совета с привлечением представителей государственного и частного сек-

торов позволило более детально обсудить вопросы передачи государственных медицинских организаций в управление частным компаниям. Не изменяя своему кредо «участвовать во всех важных мероприятиях медицинского сектора», компания «Медикер» внесла конкретные предложения в рассмотрение проектов, обсуждаемых на совещании.



Гульжан Садырбаева: «В последнее время в нормативно-правовых актах в области ГЧП было внесено достаточно много позитивных изменений, которые вырабатывались в процессе обсуждения и дискуссий государства и частного бизнеса. Однако остаются нерешенными некоторые важные вопросы, осложняющие внедрение ГЧП-проектов на местах. Это, например:

1) не определены схема и возможность предоставления гарантии потребления медицинских услуг в условиях будущего внедрения ОСМС как меры государственной поддержки ГЧП-проектов;

2) имеются коллизии норм в области оформления прав на проектирование и строительство ГЧП-объектов, на предоставление прав на использование и управление имуществом в ходе конкурсных процедур, что препятствует своевременной разработке пакета документов на реализацию проекта;

3) в регионах, подающих объекты в проекты ГЧП на конкурс, к моменту объявления конкурсов зачастую не готовы внешние инженерные сети и инфраструктура, которые по законодательству в области ГЧП предоставляются исполнительными органами на местах, обеспечивая инвестору все условия для проектирования и строительства, а также дальнейшей эксплуатации на условиях, определенных в договоре ГЧП. Собственнику в лице акимата необходимо иметь всю необходимую документацию и методические рекомендации от уполномоченного органа в отрасли, что позволит эффективно решить проблемы передачи и качества управления объектами госимущества».



Далее свои предложения внес **Мурат Кылышбай, выступивший на собрании в качестве представителя «Open Clinic»**. Он представил проект договора доверительного управления, обратив особое

внимание на пункты, касающиеся срока его действия (не менее 5 лет) и возмещения затрат доверительного управляющего в случае расторжения договора. В завершение своей речи Кылышбай озвучил следующие рекомендации: «Следует предусмотреть возможность передачи части имущества (переданного в Доверительное управление) в имущественный найм без проведения тендера. В случае если Объектом выступает имущественный комплекс или движимое имущество, необходимо предоставить право реализации движимого имущества в интересах Учредителя и/или в случае его замены».

А кто здесь крайний?

При упоминании термина «частный» в умах жителей поднимаются мысли о прекращении всего бесплатного и легкодоступного. Дабы успокоить волнение граждан, власти сообщают, что после заключения договора о доверительном управлении над медицинскими организациями не прекратится государственный контроль, так как в этих учреждениях по закону будет продолжаться предоставление всех услуг, входящих в перечень ГОБМП (государственный объем бесплатной медицинской помощи).

Анара Мусрепова, заместитель директора Департамента инвестиционных проектов и развития государственного и частного партнерства: «В те организации, которые предоставляют ГОБМП, государство перечисляет деньги из госбюджета, но перед тем как произвести оплату, плательщик может осуществить выборочную проверку того, насколько качественно предоставляются услуги. Государственный контроль качества осуществляется одинаково как над государственными, так и над частными клиниками – поставщиками услуг в рамках ГОБМП. Кроме того, в настоящее время проектный офис по ОСМС в Министерстве здравоохранения работает над тем, чтобы в системе ОСМС осуществлялся сплошной мониторинг качества по тем организациям, которые оказывают ГОБМП».

В международной практике система взаимодействия государственного и частного секторов неоднократно показывала свою эффективность. Однако какие факторы необходимо учесть, для того чтобы система доверительного управления плодотворно работала в Казахстане? На этот вопрос нам ответила **Жаннат Салимова-Текай, руководитель группы развития инфраструктуры и проектного финансирования, компания «Ernst & Young»:** «Доверительное управление, при грамотном структурировании



контрактов и конкурентном отборе управляющего, может стать действенным механизмом привлечения не только качественного менеджмента объектами социальной инфраструктуры, но и инвестиций в их модернизацию. Как и для любой другой формы ГЧП, успех доверительного управления будет во многом зависеть от готовности со стороны государства оптимально, но никак не максимально разделить риски с частными партнерами. В случаях когда могут потребоваться значительные финансовые вложения и капитальные затраты, государству, вероятнее всего, нужно будет не только гарантировать определенный поток денежных средств в будущем, но и со-финансировать капитальные затраты или предоставлять инструменты кредитного усиления, как, например, гарантии валютных колебаний. Так или иначе, любую структуру перед объявлением тендера ДУ будет необходимо «тестировать» путем проведения инвесторских конференций и опросов».

На пути Казахстана в «тридцатку» развитых стран мира многие сферы экономики страны претерпевают изменения. Медицинское обслуживание населения – это одно из тех направлений, которое всегда волновало, и будет волно-

вать каждого гражданина. Как в итоге передача в доверительное управление отразится на населении – покажет время, но в одном можно быть неизменно уверенным: компания «Медикер» всегда настроена на позитивную волну и готова трудиться на благо страны.

Евгения Ким



ПЕРЕДАЧА В ДОВЕРИТЕЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РАСШИРИТ СЕТЬ «МЕДИКЕР»



Айгуль Сегизбаева, заместитель председателя правления по управлению медицинскими центрами компании «Медикер»

О том, что в самое ближайшее время значительная часть государственных медицинских учреждений перейдет в управление частных компаний, говорят многие. «Медикер», будучи аккредитованной организацией, является одним из первых претендентов на заключение серии договоров. Каким образом идет работа по подготовке к переходу на данный этап, и какие положительные изменения повлечет передача в доверительное управление, нам рассказала Айгуль Сегизбаева, заместитель председателя правления по управлению медицинскими центрами компании «Медикер».

– На последнем совещании по вопросам ГЧП, прошедшем в Алматы, «Медикер» показала себя в качестве заинтересованной стороны. Несмотря на массу недоработок данного проекта руководство компании очень позитивно настроено на данную волну. Что именно привлекает компанию «Медикер» в вопросах доверительного управления?

– Это дает возможность компании приобрести опыт взаимодействия с государством по вопросам оказания медицинской помощи, активно участвовать в осуществлении государственного заказа и иметь дополнительный источник финансирования, соответствовать всем требованиям МЗ и СР для дальнейшего безболезненного вливания в систему ОСМС (обязательного медицинского страхования), быть в тренде последних стратегических направле-

ний развития общественного здравоохранения Казахстана. Для частного медицинского бизнеса это крайне интересно и перспективно.

– Какими бы благими намерениями не были движимы медики, частная медицина все-таки более заинтересована в том, чтобы оказывать населению платные услуги. При заключении договора доверительного управления компании придется управлять и вести работу в государственном учреждении, куда привыкли обращаться простые люди. Не отразится ли это на качестве оказываемых населению услуг?

– Наоборот, ГЧП призвано повысить качество обслуживания в государственных медицинских учреждениях путем привлечения частного бизнеса, который является более клиентоориентированным и чувствительным к потребностям пациентов. Частная организация имеет возможность увеличить объем оказываемых услуг за счет выполнения государственного заказа, при этом государство оплачивает частнику оказанный населению объем услуг. То есть это не бесплатные услуги, а услуги, оплачиваемые государством. Очевидно, что в этом случае выигрывает прежде всего пациент, который имеет возможность получить бесплатные услуги не только в государственной, но и в частной организации. При этом конкуренция государственных и частных медицинских организаций за государственный заказ позволит повысить качество обслуживания и улучшить менеджмент медицинских организаций.

– Есть ли на сегодняшний день государственные учреждения, которые «Медикер» хочет принять в доверительное управление в первую очередь? В каких городах эти объекты?

– На сегодня каждый регион РК предлагает медицинские объекты для доверительного управления и других ГЧП-проектов. Акиматы регионов проводят необходимые подготовительные мероприятия, и компания «Медикер» активно участвует в них. В рамках ГЧП-проектов компания «Медикер» планирует управление, проектирование и строительство амбулаторных медицинских организаций (центры семейного здоровья, СВА, поликлиники). Рассматривает доверительное управление и медицинским колледжем. Такая перспектива имеется в городах Астане, Актобе, Павлодаре, Шымкенте, Атырау. В каждом из этих регионов мероприятия по ГЧП находятся на разном уровне подготовки, и компания вни-

мательно отслеживает этот процесс, принимая в них участие.

– Если «Медикер» возьмет в управление новые объекты, появятся новые рабочие места. Планируется ли увеличение штата сотрудников в компании в связи с таким расширением?

– Конечно, это будет необходимо, и компания будет набирать дополнительные кадры. Это и производственный персонал – врачи, медсестры, лаборанты, и административно-управленческий персонал. При этом подбор грамотных и профессиональных кадров является залогом будущей финансовой устойчивости и доходности предприятия.

– Во время своего выступления на совещании Гульжан Степановна Садырбаева (председатель правления ТОО «Медикер») озвучила массу рекомендаций в проект Доверительного управления и обосновала каждую из них. Были ли приняты во внимание эти комментарии, и каким образом МЗ и СР РК ведет работу с потенциальными партнерами в вопросе реализации данной программы?

– Вопрос внедрения ГЧП в практику здравоохранения достаточно сложный, учитывая отсутствие такого опыта в нашей молодой республике. Нам многому надо научиться, изучить зарубежный опыт, создать соответствующую нормативно-правовую базу. С этой целью государство отработывает все вопросы совместно с НПП и с представителями частного бизнеса. Многие наши предложения принимаются во внимание и учитываются при создании нормативов, некоторые вызывают споры. Но в целом государство и частный бизнес активно сотрудничают в вопросах ГЧП, и многие нормативы совершенствуются и отработываются с целью создания оптимальных условий для практического внедрения и создания доступной среды.

Евгения Ким



АССОЦИАЦИЯ СТРАХОВЩИКОВ ПРЕДЛОЖИЛА ВНЕСТИ ПРАВКИ В СИСТЕМУ ОМС

О внедрении системы обязательного медицинского страхования в Казахстане

Вопросы, касающиеся введения в Казахстане системы обязательного социального медицинского страхования граждан (ОСМС), возникают на протяжении долгого времени. По сей день ведется серьезная работа по утверждению законодательной и нормативной правовой базы, информатизации всех бизнес-процессов, формированию аккредитованной медицинской сети и решению множества сопутствующих задач. Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития старается найти точки соприкосновения со страховыми компаниями и представителями медицинского сектора экономики

для того, чтобы не навредить существующему рынку добровольного медицинского страхования (ДМС), а выработать нормативы, которые помогут впрямь развивать его.

В очередной раз прошло заседание Бизнес-совета по вопросу внедрения системы обязательного медицинского страхования в нашей республике. Оно состоялось в конференц-зале «Private Clinic Almaty». На встрече присутствовал вице-министр здравоохранения и социального развития Елжан Амантаевич Биртанов, а также представители различных секторов экономики. В ходе совещания были затронуты вопросы, ответы на которые до сих пор не проработаны системой нововведения, а следовательно, вызывают споры.

Первый вопрос, который волнует сейчас страховщиков, – как не утрачивать позиции на рынке добровольного медицинского страхования и развивать его дальше. На сегодняшний день практически все договоры ДМС заключаются работодателем в пользу сотрудников предприятия. Заключение договоров в индивидуальном порядке представляет

сложность для страховых компаний, так как в этом случае невозможно точно просчитать риски. При оформлении определенного пакета риски просчитываются условным образом, и при наличии конкретной истории принимается решение о снижении тарифов для работодателя. Средняя стоимость страхового полиса на сегодняшний день составляет 60 – 80 тысяч тенге, и за эту стоимость страховая компания обеспечивает застрахованного медицинским обслуживанием с покрытием в 2,5 млн тенге.

С введением системы ОСМС основная финансовая нагрузка ляжет на плечи работодателя, так как, начиная со второго полугодия 2017 года, в рамках концепции он должен будет производить отчисления в размере 2% от заработной платы своих сотрудников. По сути, работодатель будет вносить средства практически за все те услуги, которые и так предлагаются гражданам в рамках ГОБМП (гарантирован-

ный объем бесплатной медицинской помощи), а для того чтобы этого не случилось, Ассоциация страховщиков предложила исключить дублирование расходов на медицинское обслуживание граждан, которые являются участниками обеих систем.

Также были озвучены следующие предложения:

1. В целях повышения качества медицинских услуг населению предусмотреть возможность сочетания финансирования пакетов ОСМС и ДМС на уровне амбулаторно-поликлинической помощи и стационарной помощи. Это позволит населению с более высоким уровнем дохода получать услуги повышенной комфортности и доступ к услугам за пределами страхового пакета ОСМС.

2. Учитывая право оказания медицинскими учреждениями платных видов услуг, предусмотреть механизм со-оплаты пациента с фондом ОСМС в целях предоставления гражданам возможности получать услуги повышенной комфортности (без очереди, у определенного врача и т.д.). Данное предложение заключается в том, что страховщик будет производить доплату за пациента, застрахованного по ДМС, разницы между стоимостью необходимого вида медицинской помощи в системе ОСМС и стоимостью данного вида медицинской помощи, оказываемой на платной основе. Для расчета страхового продукта и тарифа по нему необходима информация о перечне услуг, входящих в государственный объем медицинской помощи, условные тарифы по этим услугам, а также нормативное закрепление права страховщика на оплату разницы в стоимости услуг.

3. Исключить из доходов физического лица (работника) страховые премии, уплачиваемые работодателем по договорам ДМС на случай болезни своих работников, подлежащих налогообложению индивидуальным подоходным налогом (статья 156 пункт 18 Налогового кодекса РК).

4. Еще один вопрос, который страховщики считают важным, – проработка механизма учета отчислений в систему ОСМС в случае наличия у гражданина нескольких мест работы или источников доходов, облагаемых у источника выплат, с целью не превышения установленного ежемесячного лимита в 15 МЗП. Под такие категории граждан попадают страховые агенты и консультанты, а также медицинские работники, которые совмещают несколько мест работы и оказывают консультационные услуги. Возможным решением, как предложили страховщики, может оказаться применение принципа предоставления вычета в размере 1 МЗП, предусмотренного НК РК,

который предоставляется только по основному месту работы. По остальным источникам дохода гражданина вычет не предоставляется, а работодатель просит работника представить соответствующую справку с основного места работы для исключения нареканий со стороны налоговых органов.

А как быть иностранцам?

Известно, что изначально в Казахстане было решено, что лица, не имеющие гражданства РК, не будут участвовать в системе ОСМС, а будут участниками программ добровольного медицинского страхования. Согласно договорам, заключенным между Казахстаном и другими странами, лица без гражданства, но проживающие на территории нашей республики, могут рассчитывать на гарантированный объем экстренной медицинской помощи, но не более. Любые медицинские услуги, помимо обозначенного законом перечня, должны оказываться на платной основе. В рамках концепции по внесению изменений и дополнений в закон об обязательном медицинском страховании МЗ и СР РК предлагает рассмотреть поправки, согласно которым, лица без гражданства РК, постоянно проживающие на территории Казахстана, будут приравнены к гражданам РК и будут пользоваться всеми медицинскими услугами, оказываемыми гражданам РК. В случае положительного рассмотрения данной поправки возникнут равные условия по уплате взносов в систему ОСМС для граждан Республики Казахстан и иностранцев. Но, по мнению Ассоциации страховщиков Казахстана, принятие такой поправки приведет к правовой коллизии: участие в системе ограничивается обязательным требованием осуществления взносов на протяжении шести месяцев, а вопрос медицинского обслуживания иностранного гражданина, прибывшего на территорию Казахстана для постоянного проживания или трудовой деятельности, оказывается нерешенным. Для разрешения данной ситуации страховщики предлагают оставить иностранцев за рамками системы обязательного медицинского страхования и предоставить им возможность получать медицинскую помощь (кроме экстренной) на платной основе или в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

После выступления представителя Ассоциации страховщиков Елжан Биртанов высказал благодарность за озвученные комментарии и объявил о своей готовности рассмотреть данные предложения на уровне Министерства здравоохранения и социального развития.

Евгения Ким





Возможности ИСПАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ КАЗАХСТАНЦЕВ

25 октября в Астане прошла официальная встреча представителей казахстанской компании «Медикер» и делегации испанской Клиники Университета Наварры и страховой компании ACUNSA.

Во встрече с казахстанской стороны приняли участие председатель правления ТОО «Медикер» Гульжан Садырбаева, заместитель председателя правления ТОО «Медикер» Арман Лукманов, председатель правления АО «Казакхистрах NaLyk group» Омархан Тлеугабылов, а с испанской стороны – представители страховой компании ACUNSA Фарид Мустафаев, Хуан Карлос Бланко, медицинский координатор по работе с иностранными пациентами Клиники Университета Наварры Юрий Квасницкий и руководитель секретариата и институциональных соглашений Клиники Университета Наварры Алонсо Хиль Касарес. ACUNSA – это страховая компания, работающая только с Клиникой Университета Наварры. Компания представляет медицинские страховые пакеты, согласно которым при ежемесячной оплате определенной суммы оказывается неограниченный пакет услуг по диагностике, а также полное лечение по одному или двум видам заболеваний. В ходе встречи стороны обсудили вопросы взаимного сотрудничества в сфере предоставления медицинских и страховых услуг. Испанская делегация презентовала возможности и достижения своей клиники на сегодняшний день. С самого начала своего существования Клиника Университета Наварры (CUN), основанная в 1962 году и получившая в 2004 году аккредитацию Объ-

единенной международной комиссии, является одним из самых престижных лечебных учреждений Европы. Клиника находится на севере Испании в г. Памплоне и является базовой больницей медицинского факультета Университета Наварры, учрежденного по инициативе святого Хосемарии Эскрива, основателя организации Opus Dei.

Целью Клиники Университета Наварры выступает предоставление пациентам оптимального медицинского ухода с использованием новаторской клинической практики в условиях сочетания научных исследований и преподавания на самом высоком научном уровне.

Клиника Университета Наварры является лучшей частной больницей Испании по техническому оснащению и по количеству проводимых клинических исследований по версии престижной испанской организации потребителей (OCU). Она занимает передовые позиции в сфере здравоохранения Испании уже свыше 50 лет. Как отметил Юрий Квасницкий, «у нас широкий профиль, но в особенности я бы хотел отметить онкологию, это высокая специализация в области лечения сложной патологии, гематология и онкогематология, детская онкология, нейрохирургия, особенно злокачественных образований, кардиология и кардиохирургия. Три месяца назад впервые в Испании у нас была проведена операция по имплантации полностью искусственного сердца». С момента основания клиники ее посетило более 700 000 пациентов. Принятая система работы в клинике способствует постоянному повышению квалификации медицинского персонала, инвестированию средств в совершенствование материально-технического оснащения и в поддержку научных исследований.



«В этом году мы планируем открыть филиал клиники в Мадриде, который будет состоять из 300 человек персонала. Филиал будет сфокусирован на материнстве и репродукции, кардиологическом и онкологическом направлениях», – подчеркнул Юрий Квасницкий.

Следует отметить, что сервис, предоставляемый в клинике в Испании, продуман так, чтобы зарубежные пациенты чувствовали себя как дома, а все неудобства, связанные с нахождением в чужой стране с незнакомым языком, были сведены к минимуму.

«Хотелось бы поблагодарить за теплый прием, это наш первый визит в Республику Казахстан. Мы надеемся на дальнейшее тесное сотрудничество и будем стараться помочь гражданам Казахстана, кому будет требоваться наша медицинская помощь», – сказал в заключение Юрий Квасницкий.



КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНА

В ПЕРИОД НЕЗАВИСИМОСТИ



Кадыр Омаров, доктор медицинских наук, профессор, председатель совета директоров АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

Есть три темы, в чем каждый считает себя экспертом: политика, экономика и, конечно же, медицина. Эти темы не сходят с языка и муссируются в социальных сетях и блогах. Давайте попробуем разобраться, за что стоит ругать или хвалить отечественную медицину. О пути становления казахстанской системы здравоохранения за четверть века независимости рассказывает доктор медицинских наук, профессор, председатель совета директоров АО «Национальный научный кардиохирургический центр» Кадыр Токтамысович Омаров.

– Кадыр Токтамысович, как изменилась медицина в Казахстане за 25 лет независимости?

– Я в медицине уже 45 лет, а мой трудовой стаж – 50 лет. Из них 25 лет я проработал во времена советского периода, и столько же – в период независимости. Мне несложно сравнивать эти две системы здравоохранения. Могу сказать, что советская система была одной из лучших в мире: общедоступная, централизованная, структурированная и бесплатная. Тогда министр занимался вопросами того, что нужно для работы участковых больниц. Четко была поставлена и система обеспечения кадрами. Распределение специалистов шло по всему Советскому Союзу. В то время не было проблем ни с лекарствами, ни с оборудованием, ни с финансами. Средней зарплаты врача хватало на то, чтобы обеспечить семью, плюс доктора получали льготы от государства. Но при всех плюсах эта система оказалась и слишком трудоемкой, гиперцентрализованной и трудноуправляемой. По этой же причине развалился Союз.

Первые годы после развала Советского Союза были самыми сложными. Мы привыкли смотреть на Москву в ожидании денег, оборудования, транспорта и прочих ресурсов. В тот момент мы не знали, что делать, поскольку не было ни министерства экономики, ни взаимосвязи между другими государствами. Система

здравоохранения находилась на грани выживания, но нам нужно было хотя бы сохранить то, что нам досталось в наследство от Советского Союза. Несмотря на все усилия, 30% медицинских учреждений мы, к сожалению, потеряли, кадры стали разъезжаться, были закрыты профессиональные учреждения и институты. Все стоматологии и аптеки перешли на рыночные отношения. Остались в основном стационары и поликлиники. В первые пять лет было разрушено практически все, что было построено в период развитого социализма, поэтому, вплоть до 1996 года, нельзя говорить ни о каком развитии системы здравоохранения.

– Когда медицина в стране начала возрождаться?

– Благодаря смелости нашего Президента Нурсултана Абишевича, который взял бюджет страны на ручное управление, в 1996 году наше государство получило в казну первые деньги. Начались небольшие денежные вливания и в здравоохранение. Я в то время работал главврачом 5-й городской клинической больницы в Алматы. Тогда мы ничего не строили, но лечебные учреждения города смогли сохранить. Хотя было очень тяжело – нечем было платить зарплату врачам, они были вынуждены продавать вещи на рынках, чтобы как-то сводить концы с концами.

Во многом из-за этого мы не смогли запустить первый проект ОМС (обязательное медицинское страхование). Потому что на те средства, которые он аккумулировал, было невозможно содержать здравоохранение. В то время работодателям самим не хватало денег, они больницам давали бензин, солярку или уголь.



И только через 8 лет, в 2004 году, когда уже бюджет сектора здравоохранения вырос, мы стали развиваться. Первое, что мы начали делать, – это готовить наши кадры. Мы вступили в Болонскую конвенцию по подготовке кадров по европейским стандартам. С тех пор мы продолжаем внедрять европейские стандарты в систему здравоохранения – строим больницы уже по новым стандартам. За последние 10 лет финансирование здравоохранения увеличилось с 90 млрд тенге до 750 млрд тенге в год, или 2,8% от ВВП страны. Для сравнения в других странах СНГ этот показатель равняется в среднем 6%. Это говорит о том, что нам нужно продолжать развивать и увеличивать финансирование системы здравоохранения.

С 2006 года было сделано многое: программа «100 школ, 100 больниц» полностью выполнена, построены крупный современный медицинский холдинг в Астане, Национальный медицинский центр, институт травматологии и институт глазных болезней. Каждая областная больница является самостоятельной как в финансовом, материально-техническом, так и в кадровом отношении.

Несомненно, рост экономики Казахстана существенно отразился на развитии здравоохранения. На примере кардиохирургии, в которой я сейчас работаю, скажу, что мы сделали более

40 пересадок сердца и 186 пересадок искусственного левого желудочка. Знаете ли вы, что один искусственный желудочек стоит порядка 300 000 долларов? И все эти операции проводятся бесплатно для больного. Такое может себе позволить далеко не каждое государство.

– Расскажите, что собой представляет европейская система здравоохранения? Сложно ли нам ее будет внедрять?

– Если мы выбрали европейский путь развития, то, во-первых, мы должны готовить кадры в соответствии с европейскими стандартами оказания медицинских услуг. Во-вторых, необходимо внедрить протоколы лечения каждого заболевания для того, чтобы медицинская помощь оказывалась согласно утвержденным стандартам. В-третьих, наши поликлиники должны быть смешанными, где будут наравне оказываться педиатрические, терапевтические, акушеро-гинекологические и другие виды первичной медико-санитарной помощи. И в-четвертых, должен быть трансферт европейских медицинских технологий в нашу систему здравоохранения.

Мы уверены, что выбрали правильный путь. Нас всю жизнь учили, что за здоровье населения отвечают врачи и государство, но сейчас мы пытаемся донести до людей, что каждый человек, в первую очередь, сам отвечает за свое здоровье.

А с введением ОМС мы говорим, что и работодатель должен беспокоиться о своих работниках. Внедрение страховой медицины – это общемировая тенденция. Благодаря ОМС к 2024 году объем финансирования здравоохранения вырастет на 40%.

– НПП «Атамекен» предлагает перенести переход на ОМС с 1 июля 2017 года на 1 января 2019-го. С чем это связано?

– Сейчас идет разъяснительная работа касательно внедрения ОМС. Медицинская часть нами полностью отработана. Мы изучили зарубежный опыт ОМС во Франции, Голландии, Польше, прибалтийских странах, а также ближайших соседей: России, Киргизии. Сейчас вопросы возникают у работодателей, а НПП защищает их интересы.

Их волнует, как будет отличаться уровень медицинских услуг для сотрудников, которые получают 50 000 тенге в месяц и платят 35 000 тенге в фонд ОМС в год, и теми, кто получает 500 000 тенге и отдает в фонд ОМС те же 7% ежемесячно. Только в случае со вторыми – это уже 350 000 тенге в год. В том, что вторые не хотят получать медицинскую помощь на тех же условиях, что и первые, есть смысл. В Германии, к примеру, граждане, чей уровень заработной платы выше 50 000 евро, могут быть освобождены от выплат в ФОМС, поскольку у них достаточно средств, чтобы обеспечить себе медицинскую помощь. Эти вопросы прорабатываются, мы ищем варианты, которые удовлетворили бы всех, в том числе и работодателей. Внедрение ОМС – очень серьезный вопрос. По факту – это увеличение налога на 7%. Поэтому, как я говорил выше, нужно

проводить серьезную разъяснительную работу с привлечением депутатов, акимов и других представителей госорганов. Сейчас, насколько мне известно, идут обсуждения по поводу снижения налоговой нагрузки с работодателей.

– Насколько развито у нас международное партнерство?

– В 2006 – 2007 годах мы порядка 600 специалистов отправляли учиться за рубеж – государство выделяло на это деньги. Когда я работал вице-министром, мы с ними встречались, и они делились своим мнением о поездке. К сожалению, как такового практического опыта они не получали: лечить или принимать участие в операциях им не давали, плюс ко всему был языковой барьер. Сейчас, кстати, за 10 лет ситуация со знанием английского языка значительно улучшилась. В институте кардиохирургии, где я работаю, все врачи знают английский язык.

Послушав наших специалистов, мы решили сделать по-другому. В те наши учреждения, которые сделаны по европейским стандартам и где установлено новое оборудование, начали приглашать иностранных специалистов для проведения мастер-классов. И благодаря этому мы очень хорошо продвинулись в кардиохирургии, травматологии, нейрохирургии, акушерстве и гинекологии и других. Также мы отправляли выпускников сразу после школы по линии программы «Болашак» в зарубежные вузы. Однако, приезжая обратно, они сталкивались с тем, что у нас по сравнению со странами, где они прошли обучение, другие технологии и другие возможности.

Чтобы избежать подобных ситуаций, мы решили отправлять за границу на бакалавриат только по



тем специальностям, которых нет в Казахстане – физические, технологические, промышленные и т.д. А юристов, врачей, учителей, экономистов мы будем готовить здесь, но давать возможность закончить магистратуру за границей. К примеру, из медицинского университета им. Асфендиярова в первый год было отправлено 100 магистрантов по линии «Болашак». Сейчас в среднем 600 – 700 «болашаковцев» ежегодно уезжают учиться за рубеж.

– Какие сейчас основные тенденции в медицине?

– Самая основная задача – охрана здоровья населения нашей страны. А это в первую очередь развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В 1978 году у нас прошла конференция ВОЗ по ПМСП. С тех пор мы каждые 5 лет проводим конференции по выполнению Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. ПМСП – важнейший элемент в системе здравоохранения любого государства, которая включает в себя: помощь населению, профилактику инфекционных болезней, правила оказания первой медицинской помощи, эпидемиологическую и санитарно-гигиеническую части. Я считаю, что финансирование этой области должно быть увеличено. Это позволит выявлять проблемы и бороться с ними на первичном этапе и не доводить до осложнений, которые требуют применения высокоспециализированной помощи. А у нас на сегодняшний день 42% населения получает специализированную помощь. Это считается очень много.

Помимо первичной медико-санитарной помощи мы должны развивать **науку**, и особое внимание обратить на **подготовку кадров**. Нужно выделять больше средств, чтобы в процессе подготовки специалистов мы могли использовать

последние технические разработки, например, специальные муляжи.

Нужно развивать **подготовку врачей в клиниках**. К сожалению, у нас нет университетских клиник, и мы находимся на базе городских и областных медицинских учреждений. А в этих клиниках не самые лучшие условия для развития кадров. Государство не платит этим клиникам за то, чтобы они выделяли помещения и готовили наших специалистов, а их фактически заставляют. А раз обязывают, то у них нет никакого интереса и желания готовить наши кадры. Должен быть обоюдный договор между университетом и клиникой. За рубежом каждый университет имеет свою клинику, и это все сделано для подготовки профессионалов.

Необходимо продолжать заниматься **материально-техническим развитием**. Мы должны строить больше больниц, чтобы приближать медицинскую помощь к основному населению. Наше государство очень большое (9-е место в мире), поэтому мы должны развивать транспортную и авиационную медицину, чтобы обеспечивать квалифицированной медицинской помощью отдаленные участки страны.

Десять лет назад у нас не было санитарной авиации, а сейчас у нас в наличии 16 вертолетов. Идет большая работа по улучшению санитарной авиации. Широко пользуется санитарной авиацией наш кардиологический центр для перевозки органов для трансплантации.

Все основные цели и задачи развития системы здравоохранения Республики Казахстан на 2016 – 2020 годы описаны в государственной программе «Денсаулық».

– Спасибо за интервью!

Вячеслав Балыков



Услуги ТОО «Медикер – Промышленная медицина»



- Предсменное/предрейсовое медицинское освидетельствование
- Организация медицинских пунктов
- Экстренная медицинская помощь
- Вакцинация
- Периодические профилактические осмотры, в т.ч. выездные
- Амбулаторная помощь
- Медицинская эвакуация
- Бракераж блюд
- Физиолечение
- Укомплектование аптек производственных и автомобильных
- Обучение работников Заказчика методам доврачебной само и взаимопомощи
- Обеспечение санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий



“Высокая производительность труда - результат внимания к здоровью сотрудников”

- Динамическое наблюдение
- Санитарно-просветительная работа
- Контроль санитарно-гигиенического состояния объектов питания, жилых помещений
- Медицинское сопровождение спортивных и других мероприятий

/ г. Астана, ул. Кабанбай Батыра 17 Е / тел.: +7 (7172) 55-80-91/92/93

/ email: izteleuov.d@mediker-pm.kz, pochta@mediker.kz

www.mediker.kz

БЛАГОСЛОВЕНИЕ НА ЖИЗНЬ



Проблема трансплантологии, пожалуй, одна из наиболее важных для отечественной медицины, ведь по уровню ее развития судят о состоянии здравоохранения в стране. И вот парадокс: с одной стороны, эта отрасль медицины сейчас развивается у нас небывало высокими темпами, можно сказать, на уровне мировых стандартов, а с другой – общество еще не готово поддержать медиков, которым для пересадки очень нужны донорские органы.

Знаете ли вы, что в Казахстане около 4000 пациентов в год нуждаются в пересадке донорских органов? Как правило, это люди молодого трудоспособного возраста, и пересадка для них – единственный шанс на жизнь. Есть и еще одна весьма тревожная цифра – порядка 30% больных умирают, так и не дождавшись донорских

органов. Это особенно обидно, если учесть, что сейчас в нашей стране трансплантология имеет весьма неплохие позиции и практически не отстает от ведущих практик мира. Как рассказала руководитель почечного центра «Диализ» Национального научного центра материнства и детства Астаны **Венера Алтынова**, в стране действует 10 центров транс-

плантологии, самые крупные – в Астане, Алматы, Шымкенте и Актобе. За эти годы проведено 968 трансплантаций органов, но только 155 из них составляет органное, то есть трупное, донорство.

– В пересадке почек на сегодня нуждаются 4205 больных, часть из них, к сожалению, не доживает до операции. А ведь

их можно спасти. И если пациенты, которые ждут пересадку той же почки, могут достаточно длительное время находиться на гемодиализе, то нуждающиеся в пересадке сердца или легких не имеют такого шанса. Понятно и то, что получить донорские органы, такие как сердце или легкие, можно только от трупных доноров. Конечно, при определенных случаях донорами могут стать те же родственники, например, то есть живые люди. Но уповать только на живое донорство нельзя, потому что, во-первых, не все органы могут быть пересажены от живого человека, а во-вторых, это опасно в том плане, что многие люди-доноры рискуют остаться без парных органов, – пояснила Венера Алтынова.

Надо сказать, что в Казахстане грамотно приступили к развитию трансплантологии – вначале была создана необходимая правовая база, принят специальный закон о трансплантации, и лишь после этого стали

делаться практические шаги по реализации самой программы. И сейчас у нас в стране действует так называемая «презумпция согласия», то есть если при жизни сам человек не написал отказ, то после его смерти врачи могут изымать органы и без согласия на то родственников. Но, как утверждают медики, на сегодня ни один забор органов не был произведен без их согласия.

В мире уже пришли к пониманию: если здоровый человек все равно умирает от какой-либо тяжелой травмы в результате той же автокатастрофы (например, ежегодно тысячи людей гибнут на дорогах), то почему бы не спасти с его помощью другого? Надо учесть и тот факт, что пересаживать можно только здоровые органы нестарых еще людей.

Как свидетельствует мировая статистика, пересадка органов возвращает к жизни ежегодно до 400 тысяч человек. Причем органы одного человека могут спасти сразу 5–7 жизней. Не случайно девиз современной

трансплантологии – «Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь». Но в Казахстане еще сохраняется определенного рода скепсис в отношении органного донорства – люди не всегда дают согласие на изъятие органов умерших родственников, а уж тем более не завещают медицине свои. В то же время органное донорство поддерживают практически все религиозные конфессии.

– *Посмертное донорство может стать проявлением любви, простирающейся по ту сторону смерти,* – сказал священнослужитель Русской православной церкви протоиерей Анатолий Измеров. – *У православных христиан существует обычай – раздавать имущество и вещи усопших нуждающимся. В какой-то степени тепло можно рассматривать как имущество, потому что все мы временно существуем на этой земле, и все мы приходим к концу земной жизни, чтобы перейти в другое состояние, в духовный*



мир. И я совершенно согласен с утверждением, что Всевышнему Создателю не нужны наши органы, ему нужны наши души.

Еще Иисус Христос сказал, что нет высшей любви, если кто отдаст жизнь свою за друзей своих. Поэтому православная церковь положительно относится к трансплантации и призывает всех верующих православных христиан не бояться этого, а наоборот, отнестись по-христиански к спасению своих ближних. Нигде в священном писании нет моментов, запрещающих эту практику, наоборот, если это необходимо для человечества, это надо приветствовать. Очень хорошо, что в нашей стране реализуется такая программа, которая призвана спасти жизни многих людей.

Так же считает имам Медеуского района Асан Абдикулулы, сообщив, что ислам не противится трансплантации. Более того, сейчас в мечетях страны, а их более двух тысяч, читают специальную молитву в поддержку трансплантологии. Кстати, в исламе категорически запрещена трансплантация органов на коммерческой основе.

В нашей стране операции, связанные с трансплантологией, проводятся только за счет государства. Органы не покупаются и не продаются! И если за рубежом такая операция стоит от 200 тыс. долларов и выше, то у нас трансплантация почки, например, оценена в 1 млн 955 тыс. тенге, намного дешевле, чем

за границей. Хотя, конечно, реальные затраты значительно больше, но государство сознательно берет на себя эти расходы, заботясь о здоровье своих граждан.

Наш Казахстан богат природными ресурсами, но для успешного продвижения страны вперед не менее важен и человеческий ресурс. Об этом неоднократно говорит наш Лидер – Первый Президент страны Нурсултан Назарбаев. Он выступает за развитие отечественного здравоохранения. А если к этому добавить еще и

развитую трансплантологию, то отечественная медицина станет хорошим помощником на пути вхождения Казахстана в число развитых стран мира.

Елена Брусиловская



> ИНВЕСТИЦИИ

> УПРАВЛЕНИЕ

> ПАРТНЕРСТВО

> АНАЛИЗ РЫНКА

БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ ПО СТАНДАРТАМ АККРЕДИТАЦИИ

Что такое безопасность здания? Кто за нее отвечает? Какие есть требования к зданию, работе с медицинским оборудованием, опасными материалами, пожарной безопасности, коммунальным системам и к окружающей среде? Что такое программа по безопасности здания?



Айнур Айыпханова,
магистр управления здравоохранением, эксперт по международной аккредитации

На эти вопросы нужно ответить в ходе внедрения стандартов аккредитации – как международных, так и национальных. Аккредитация – это добровольный процесс всесторонней оценки медицинской организации с целью повышения качества оказываемых услуг и безопасности пациента.

ПРОГРАММА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЯ

Стандарты аккредитации включают главу, посвященную безопасности здания. В международных стандартах JCI эта глава называется «**Facility management and safety**» от англ. «безопасность и управление зданием» и включает,

как правило, следующие разделы работы:

- **Охрана здания и территории;**
- **Обращение с опасными материалами;**
- **Готовность к чрезвычайным ситуациям (ЧС);**
- **Пожарная безопасность;**
- **Медицинское оборудование;**
- **Системы инженерного обслуживания (коммунальные системы).**

Дополнительно, международные стандарты для медицинских организаций включают разделы:

- **Лабораторная безопасность;**
- **Радиационная безопасность;**

- **Управление договорами (контроль поставщиков товаров и услуг в аутсорсинге).**

В национальных стандартах аналогичная область работы прописана в разделе С, который называется «Управление безопасностью».

Медицинская организация должна разработать документ, такой как программа или план по безопасности здания, который описывает задачи, требования по безопасности, основные мероприятия и частоту инспекций по каждому вышеуказанному разделу. То может быть одна программа, включающая указанные разделы, или отдельные планы (программы) по каждому разделу. В Программе (внутренний нормативный документ медицинской организации) должны содержаться ссылки на нормативную правовую базу (НПА) в стране, например:

Закон Республики Казахстан «О пожарной безопасности» от 22 ноября 1996 года № 48-І.

Экологический кодекс Республики Казахстан от 09.01.2007 г. № 212.

Гигиенические нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 03.02.2012 г. № 201.

Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, использованию, применению, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов производства и потребления», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 06.03.2012 г. № 291.

Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 17.01.2012 г. № 87.

«Правила технической эксплуатации электроустановок потребителей», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 октября 2012 года №1353.

«Правила хранения, транспортировки и использования профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30.12.2011 г. № 1691.

Безопасность окружающей среды должна достигаться за счет надежной охраны и системы безопасности, предотвращения несчастных случаев и травматизма, поддержания комфортных усло-

вий для пациентов и членов их семьи, персонала, работников аутсорсинговых компаний и посетителей. Пример задач, которые можно прописать в разделе программы по безопасности здания в целом, это:



1 Обеспечить **сохранность здания**, оборудования, имущества медицинской организации, пациентов и их семей, работников и посетителей путем привлечения охранной службы и системы кодовых дверей, запертых дверей и сигнализации.

2 Организовать **технический надзор** состояния зданий и сооружений и прилегающей территории для обеспечения безопасных условий работникам медицинской организации, работникам аутсорсинговых компаний, пациентам и членам их семей.

3 Организовать **техническую эксплуатацию** зданий и сооружений и прилегающей территории согласно нормативно-правовым документам Республики Казахстан.

Раз в год программу по безопасности здания необходимо пересматривать.

Дополнительно должны быть документы согласно НПА РК. Основными документами на здания и сооружения являются технический паспорт здания/сооружения и технический журнал по эксплуатации здания/сооружения. При аккредитации полезным документом для экспертов является план-схема каждого этажа здания с указанием отделений и назначения помещений, а также план-схемы систем коммунального обслуживания.

ИНСПЕКЦИЯ ЗДАНИЯ

Периодически необходимо проводить мониторинг исполнения вышеуказанных документов. Это делается через плановые и внеплановые обходы (инспекции) здания по каждому указанному разделу, а также через обратную связь от пользователей – например, сообщение об инциденте или о поломке медицинского оборудования. Более частые рабочие обходы делает сотрудник, ответственный за раздел (например, еженедельно или ежемесячно). Более редкие, например, ежеквартальные или полугодовые инспекции здания рекомендуется делать комиссионно с участием руководства медицинской организации. Обходы и мониторинг должны документироваться. Стандарты аккредитации не прописывают форму документации – она может быть произвольной в виде акта обхода или делаться в специально заведенном журнале (например, журнал приема и сдачи смены между сотрудниками охранной службы). Но признанной лучшей практикой является применение чек-листов (от англ. «check-list» – проверочный лист). Их удобство заключается в стандартизированной форме, которая легко заполняется путем галочек и при необходимости небольших комментариев.

Далее приведен разработанный мной комплексный чек-лист для инспекции здания (иллюстрация 1). Пункты в чек-листе могут адаптироваться и дополняться в зависимости от потребностей организации. Можно чек-лист разделить по разделам и создать отдельные чек-листы в какой-то области работы. Чек-лист заполняется отдельно для каждой зоны здания – например, на каждый этаж или крыло здания.

КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЯ

Рабочим органом по контролю за исполнением Программы по безопасности здания является создаваемая в организации **Комиссия по безопасности здания**. Если организация небольшая, можно не создавать отдельной комиссии, и результаты обходов выносить на рассмотрение

иной комиссии (например, Комиссия по контролю качества). Внеплановые осмотры проводятся комиссией и предусматривают осмотр частей здания или помещения после ливней, ураганных ветров, сильных снегопадов, наводнений и иных инцидентов, проблем, в случае аварий, что нарушает условия нормальной эксплуатации здания.

Главная роль инспекции – это выявить несоответствия, по которым необходимо принять корректирующие действия. После составления плана корректирующих мероприятий необходимо провести мониторинг устранения замечаний. Поэтому заседания Комиссии по безопасности здания – это площадка для разрешения проблем по зданию, медицинскому оборудованию, опасным материалам, пожарной безопасности, коммунальным системам и в целом окружающей среде. Комиссия должна контролировать ответственное исполнение обязанностей работниками технических (немедицинских) служб. Функция комиссии по координации и реализации Программы по безопасности здания прописывается в положении о комиссии.

КООРДИНАЦИЯ С ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ

По международным стандартам раз в год Комиссия по безопасности здания должна пригласить на свое заседание заведующего службы лучевой диагностики (радиологии) и заведующего лабораторной службы для заслушивания их отчетов по радиационной и лабораторной безопасности и совместно решать вопросы по безопасной работе с радиологическим и лабораторным оборудованием, по безопасности окружающей среды, по защите работников и поддержанию их здоровья.

Также Комиссия по безопасности здания должна тесно работать с эпидемиологами (службой по инфекционному контролю) – приглашать на заседания эпидемиолога и совместно решать общие проблемы. Любая ремонтная или строительная работа должна письменно согласовываться и далее контролироваться эпидемиологом (лицом, ответственным за инфекционный контроль) для снижения риска инфицирования через распространение пыли и грязи.

Цель аккредитации – это непрерывное улучшение работы. Поэтому взаимодействие со службой по контролю качества (поддержки пациентов) обязательно. Менеджеры по качеству должны обучать других сотрудников методологиям улучшения работы, системе сообщения об инцидентах, согласовывать общеорганизационный и ключевые документы, контролировать исполнение планов работы и соответствие стандартам аккредитации.

РОЛЬ РУКОВОДСТВА

Роль руководства в поддержании безопасной окружающей среды очень высокая: оно инициирует и контролирует работу Комиссии по безопасности здания, оно решает распределение ресурсов, по возможности участвует в ежеквартальных инспекциях здания.

Руководство должно обеспечить организацию необходимыми ресурсами для обновления и поддержания всех инженерных систем, медицинского оборудования. Рекомендуется, чтобы руководство отслеживало деятельность организации через индикаторы. Данные по индикаторам должны периодически (не реже одного раза в квартал) докладываться руководству в виде графиков с анализом. Например, **индикатором по пожарной безопасности** может быть доля опломбированных, подписанных, правильно хранящихся огнетушителей от общего числа огнетушителей при обходе.



Ежеквартальные отчеты руководству медицинской организации должны включать информацию о состоянии здания: результаты инспекции здания, индикаторы, принятые меры, неисполненные действия, проблемы. Один раз в год первый руководитель организации должен докладывать управляющему органу (наблюдательному совету) отчет по безопасности здания. Таким образом, высшее руководство должно планировать крупные строительные, ремонтные работы, обновление оборудования или коммунальных систем до катастроф и поломок, в плановом порядке.

КАК ПРОХОДИТ АККРЕДИТАЦИЯ?

При аккредитации оценка стандартов в области безопасности здания проводится с помощью нижеуказанных способов:

➤ **Обзор документов:** аудитор ознакомится со всеми документами, относящимися к безопасности здания и инженерных систем вместе с ответственными лицами.

➤ **Тур по зданию:** аудитор делает обход здания и проверяет соответствие стандартам и прописанным документам, а также состояние здания в целом, будет опрашивать персонал на местах по вопросам, относящимся к их профессиональной компетенции, – в течение всех дней аккредитации.

➤ **Опрос персонала / ситуационные задачи:** аудитор предложит представить, что произошло возгорание и необходимо предпринять что-то, – сотрудники должны активировать «код красный» (алгоритм действий при пожаре) и выполнить (рассказать) все действия согласно алгоритму.

Система оценки основана на присуждении балла за исполнение стандарта в одной из трех категорий оценки (как в национальной, так и в международной аккредитации):

- «Соответствует»
- «Частично соответствует»
- «Не соответствует».

Если критерий (измеримый элемент) стандарта неприменим, то балл не присуждается, и данный критерий не входит в подсчет баллов.

До приезда аудиторов (экспертов по внешней комплексной оценке) руководители и сотрудники должны внимательно прочитать соответствующие стандарты, провести внутренние инспекции (все отделения, вся территория организации) и разрешить все проблемы неисполнения стандартов. При аккредитации нужно определить кабинет для работы экспертов и приготовить фонарик, ключи от всех кабинетов и помещений (обеспечить их открытие при обходе), стремянку (для осмотра зоны над потолками).

ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА

Отдельная роль отводится обучению персонала по вопросам безопасности здания. В первый день трудового дня любой работник обязан пройти все виды вводных инструктажей:

- готовность к чрезвычайным ситуациям, пожарная безопасность, охрана труда, электробезопасность, альтернативные источники воды и энергии при ЧС;
- работа с медицинским оборудованием (если применимо);
- инфекционный контроль;
- работа с опасными материалами – в т. ч. медицинские газы, легко воспламеняемые, токсичные, ядовитые вещества (что делать при их разлитии, маркировка, средства защиты и т.п.);

- ▶ программа непрерывного улучшения качества (сообщение об инцидентах, Программа по качеству, индикаторы работы);
- ▶ инструктаж руководителя структурного подразделения (должностные обязанности, режим работы и т. п.).

Обучать нужно не только работников, но и студентов/резидентов на базе медицинской организации в процессе обучения, работников сторонних организаций на территории медицинской организации. Темы обучения аналогичны. И раз в год нужно проверять знания сотрудников по этим вопросам – в виде тестирования или опроса по каждому из разделов Программы по безопасности здания.

РАСХОДЫ

Соответствие стандартам качества и безопасности зачастую требует затрат. Например, достаточное количество знаков «мокрый пол» для предупреждения о риске падения, наборы для сбора разлитой жидкости, установка кодового замка в режимных подразделениях, станции промывочные для глаз в лабораториях и т.п. (см.

иллюстрацию 2). Также расходы могут включать консультационные и образовательные услуги для правильного понимания, интерпретации и внедрения стандартов.

ВЫВОД

Данная статья кратко знакомит читателя с разными аспектами безопасности здания в медицинской организации, но не содержит детального описания каждой области работы (охрана здания и территории; обращение с опасными материалами; готовность к ЧС; пожарная безопасность; медицинское оборудование; системы инженерного обслуживания; лабораторная безопасность; радиационная безопасность; управление договорами). Пациенты выбирают не только врача, но и обстановку и оборудование, где они будут получать медицинскую помощь. И часто выбор пациента делается в сторону более комфортных, безопасных, современно оборудованных медицинских организаций, ведь от безопасности здания, поддерживающих инженерных систем, от оборудования зависит качество оказания медицинской помощи!

Иллюстрация 1.

ЛИСТ ИНСПЕКЦИИ ЗДАНИЯ

(заполнять ежеквартально или чаще по необходимости)

Клиника (место): _____ Дата: _____ Время: _____

Раздел 1. Безопасность окружающей среды и здания в целом

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Вход в здание доступен лицам с ограниченными возможностями (подъездной путь есть, не заблокирован, есть поручни)			
Есть указатели снаружи (вывеска с названием организации)			
Навигация: есть указатели внутри здания (выход, туалет, кабинеты врачей и т. п.)			
Риск падения: полы не имеют резких шероховатостей, ровные, не загромождены шнурами в местах прохода			

Раздел 2. Охрана и защита

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Охранная сигнализация включена (в режиме действия)			
Охранная сигнализация обслуживается внешней компанией (договор действует)			
Тревожная кнопка у администратора работает (каждую неделю проверка со стороны внешней компании): опрос администратора			
Инциденты за последний период (квартал) по охране (случаи кражи, взлома и т. п.)			
Проверка знаний: администраторы и другие сотрудники знают действия при инцидентах (взлом, агрессивный посетитель, кража и т. п.)			
Есть объявление о том, что Администрация не несет ответственность за оставленные без присмотра вещи пациента/посетителя			
Все сотрудники, а также сотрудники сторонних организаций на территории медицинской организации носят бейдж с указанием имени, фото и должности			

Раздел 3. Пожарная безопасность и готовность к ЧС

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Пожарная сигнализация: включена (в режиме действия) – горит индикатор зеленого цвета			
План (схема) эвакуации висит с указанием путей эвакуации, рисунок соответствует окружению, есть знак «вы здесь»			
Имеется достаточно зеленых указателей на пути эвакуации при пожаре и ЧС			
Имеется достаточно красных указателей на средства пожаротушения			
Огнетушитель: имеется достаточное количество			
Огнетушитель: стрелка давления находится в зеленой зоне			
Огнетушитель: своевременно проверены, заправлены – есть дата инспекции			
Огнетушитель: безопасно установлены (стоят на полу либо закреплены не выше уровня глаз)			

Раздел 4. Коммунальные системы (электричество, водоснабжение, вентиляция, отопление)

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Электробезопасность: электрические приборы не имеют оголенных шнуров и видимых повреждений			
Проверка знаний: администраторы и другие сотрудники знают требования по электробезопасности			
Визуальный осмотр смесителей воды: без трещин, без ржавчины, не капает			
Визуальный осмотр шлангов: без трещин, без ржавчины, не капает			
Визуальный осмотр раковин: без трещин, без ржавчины, не капает			
Визуальный осмотр унитазов: без трещин, без ржавчины, не капает			
Водомеры (водяные счетчики): есть пломба, поверены (раз в 5 лет)			
Готовность к ЧС: есть запасной объем воды (не менее 50 литров)			
Ежеквартальные результаты проверки качества воды (химический состав)			
Ежеквартальные результаты санитарного контроля воды для диализа			
Ежеквартальная (или чаще – по показаниям) замена фильтров в системе вентиляции			
Инциденты за последний период (квартал) по электроснабжению и электробезопасности (перебои и т. п.)			
Инциденты за последний период (квартал) по водоснабжению (перебои и т. п.)			
Инциденты за последний период (квартал) по системе вентиляции (если применимо)			
Инциденты за последний период (квартал) по системе отопления (если применимо)			

Раздел 5. Опасные материалы и отходы

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Есть список опасных материалов в местах хранения опасных материалов с указанием информации по безопасному обращению			
Каждый опасный материал маркирован с указанием <ul style="list-style-type: none"> • названия (или состава) • срока годности • если разведенный дезинфицирующий раствор – сроком разведения • предупреждающих знаков (опасный материал или огнеопасность) 			
Есть набор для сбора разлитой опасной жидкости			
Проверка знаний: санитарки и медсестры знают действия при инцидентах (разлитие)			
Отходы: все урны маркированы с указанием класса отходов, цвет мешка соответствует классу			

Отходы: своевременно собираются в месте центрального сбора в здании			
Место центрального сбора отходов соответствует требованиям безопасности: ведется контроль температуры, отходы складываются в закрытый разовый мешок			
Отходы: своевременно вывозятся из здания (опрос сотрудников)			

Раздел 6. Медицинское и немедицинское оборудование

Критерий / требование	Без замечаний	Несоответствие	Корректирующие действия
Все оборудование маркировано с указанием даты последней проверки			
На каждое оборудование есть инструкция по эксплуатации (сотрудник знает, где)			
Визуальная инспекция и опрос: нет поломок			
Ведется журнал учета поломок (технический журнал)			
У инженера есть сведения по реагированию на каждый инцидент или заявку			
Проверка знаний: сотрудники знают способы безопасной эксплуатации и действия при поломке оборудования			

Комментарии: _____

Кто проводил инспекцию: _____ подпись _____

Иллюстрация 2 Примеры повышения безопасности окружающей среды



Указатель путей эвакуации и средств пожаротушения



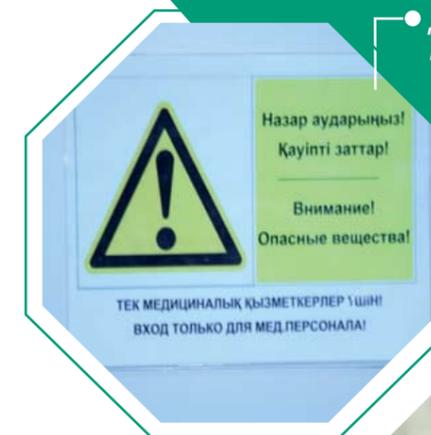
Риск падения



Доводчики дверей – всегда закрытые двери по пожарной безопасности



Промывочные станции для глаз в лаборатории

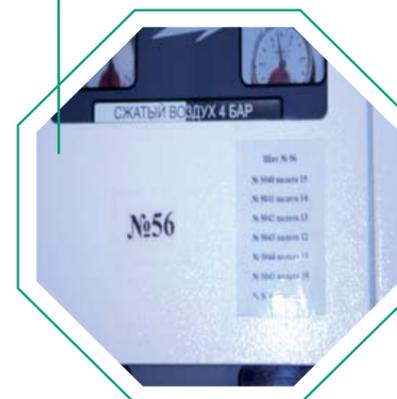


Дверь в санитарной комнате

Набор для сбора разлитой химической жидкости



Обращение с опасными материалами – цитостатические препараты



Щит с медицинскими газами и обозначение подачи газов в операционные



Обозначение бесперебойного источника электричества



Система охраны от входа посторонних

Айнур Айыпханова, магистр управления здравоохранением, эксперт по международной аккредитации



Ведущие хирурги из многих стран мира съехались в Алматы, чтобы обменяться опытом и получить новые знания о современных методах лечения в области кардиохирургии, ангиохирургии, трансплантологии, а также организации экстренной хирургической службы. Такую возможность им предоставил Конгресс хирургов Казахстана, который вот уже семь лет проводится по инициативе Министерства здравоохранения и социального развития РК и Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова.



Конгресс начался не с пышных речей, а с практической работы – еще до официального открытия форума его участники отправились в операционные. Тем самым организаторы хотели подчеркнуть, что конгресс – это прежде всего уникальная рабочая площадка, где лучшие зарубежные врачи могли продемонстрировать достижения мировой медицины. Поэтому на несколько дней Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова превратился в огромный мастер-класс. В различных отделениях клиники одновременно шли операции с участием зарубежных хирургов, которые вместе с ведущими специалистами Сызгановского центра демонстрировали свое мастерство перед участниками конгресса, молодыми врачами и студентами медицинских вузов. Ход операций можно было не только наблюдать на больших мониторах, по которым в режиме реального времени транслировалось происходя-

щее на операционном столе, но и задать вопрос оперирующему врачу.

По словам главного хирурга Министерства здравоохранения и социального развития РК, председателя правления ННЦХ имени А.Н. Сызганова академика Болатбека Баймаханова, конгресс был призван продемонстрировать уровень развития хирургии в Казахстане, ведь он проходил в преддверии 25-летия независимости нашей страны и по традиции собрал не только практикующих хирургов со всех регионов Казахстана, но и ученых, организаторов здравоохранения, представителей смежных хирургических специальностей, что позволило с разных позиций обсудить наиболее важные вопросы диагностики, лечения и профилактики многих хирургических заболеваний, проблемы организации хирургической службы страны, вопросы подготовки кадров для этой важнейшей отрасли здравоохранения. В работе форума приняли участие также видные

специалисты из многих стран мира, в том числе из Германии, Италии, Японии, Кореи, Израиля, Турции, России, Беларуси.

В числе приглашенных был и директор центра кардиохирургии госпиталя святого Рафаэля из Милана профессор Оттавио Альфиери, выдающийся кардиохирург, президент Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов, автор уникальной методики пластики митрального клапана. Совместно с итальянским хирургом операцию производил заведующий отделением кардиохирургии научного центра имени Сызганова Рустем Тулеутаев.

– Мне было очень приятно работать с казахстанскими хирургами, – отметил господин Альфиери. – Это хорошо подготовленные, высококвалифицированные врачи, поэтому я приехал сюда не только учить, но и самому поучиться чему-то новому. В этом важность и необходимость подобных встреч.

Надо отметить, что сотрудничество казахстанских хирургов с итальянскими коллегами из миланского госпиталя святого Рафаэля развивается уже не первый год, и, судя по всему, это выгодно каждой из сторон. Сотрудничают алматинские хирурги и с российскими специалистами Центра новых хирургических технологий НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина из Новосибирска.

Руководитель этого центра Александр Богачев-Прокофьев в рамках конгресса провел мастер-класс по мини-инвазивной одномоментной терапии фибрилляции предсердий и порока митрального клапана. Признаюсь, когда мы с ним познакомились, я сначала не поверила, что стоящий передо мной молодой человек, больше похожий на практиканта, на самом деле эксперт мирового уровня, автор многочисленных публикаций в мировых журналах. Кстати сказать, многие участники конгресса из постсоветских республик, достигшие высот в профессии, очень молоды.

Как и профессор Альфиери, Александр Богачев-Прокофьев первый раз приехал в Казахстан и был приятно удивлен высоким уровнем наших специалистов.

– Мы всегда готовы к сотрудничеству, всегда рады поделиться опытом, тем более что расстояние от Алматы до Новосибирска не очень большое. Что же касается нынешнего конгресса, то это не дилетантские посиделки, а сотрудничество на равных, совершенствование мастерства. Ведь кардиохирургия в традиционном понимании уходит в небытие, вместо нее идут новые, малоинвазивные технологии с менее травматичными и более эффективными операциями. В России, например, количество смертей от инфарктов за последние 10



лет снизилось в разы, и все это благодаря современным методам кардиологии и кардиохирургии. Наверняка и у вас в Казахстане аналогичная картина, – отметил Александр Богачев-Прокофьев.

Кроме россиян и итальянцев мастер-классы проводили японские хирурги. В частности, известный хирург из Нагасаки Кенго Канатека провел операцию по удалению опухоли пищевода, который отметил, что делалась она методом лапароскопии, что позволяет оперировать без больших разрезов, а кроме того, производилась со спины больного, а не на животе, как обычно. Это дает возможность провести все необходимые манипуляции качественно и быстро.

Участники конгресса обсудили также вопросы по кураторской работе с регионами. Была отмечена необходимость выравнивания хирургической помощи на уровне регионов и республиканских центров, создания в регионах своеобразных «инновационных площадок», которые должны стать основной базой по исполнению целевых отраслевых программ в рамках Госпрограммы развития здравоохранения «Денсаулық». Как отмечали участники конгресса, он внесет весомый вклад в дальнейшее развитие медицинской науки и практики, будет способствовать повышению качества оказания хирургической помощи на благо здоровья населения Казахстана.

Елена Брусиловская

ПРОСТО О СЛОЖНОМ:

ПЕДИАТР НАСТОЯЩЕГО И БУДУЩЕГО – КТО ОН?



Сауле Сарсенбаева, д.м.н., профессор кафедры интернатуры и резидентуры по педиатрии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.

Воронцов, Вельтищев, Маслов, Филатов, Сперанский, Студеникин... И немного ближе к современникам – Шабалов, Тур (прошу прощения, что без инициалов)... Можно перечислять список еще достаточно долго, но, скорее всего, молодым выпускникам медицинских вузов Казахстана эти имена основоположников педиатрии уже мало что говорят. Тем более такой предмет, как «история медицины», сошел с дистанции, а на кафедрах педиатрического профиля нет времени или энтузиастов-преподавателей, которые проводили бы исторический ликбез для студентов-новобранцев. Отсюда и проблема на равном месте – нежелание соискателей интернатуры определить своей будущей профессией педиатрию, потому что ни корней, ни кроны нет у этой затеи.

А пока что воздействовать на молодые умы можно посредством более «раскрученных» иностранных педиатров вроде доктора Бенджамина Спока с его советами по развитию и уходу за ребенком, а еще круче – действовать на сознание студента таким телесериальным персонажем из «Скорой помощи», как педиатр Даг Росс в исполнении оscarоносного Джорджа Клуни, или на «толстый» случай завлекать популярностью блогера и телеведущего доктора Комаровского. Отрадно одно, что все-таки в «исполнении» brutальных мужчин и интеллектуалов педиатрическая профессия получает своего рода стимул и налет какой-то избранности.

Но главное понимать, что за всем этим «фотошопством» стоит длинный путь развития, мытарств, удач и разочарований в период учебы в университете, а затем не менее тернистое «шоссе» в качестве врача-педиатра. Особенность нашей профессии такова, что во главу угла ставятся человечность (иначе «профпригодность») и коммуникации внутри сложного многоугольника (ребенок – мама – папа – родственники – сочувствующие и т. д.), а далее – интуиция, клиническое и критическое мышление, помноженное на руки, голову, глаза и уши врача, владение современными методами диагностики и стремление развиваться до бесконечности.

Это педиатр в идеале, а что имеем в реальности? При опросе студентов на тему «портрет современного педиатра» получили до обидного примитивный рисунок – чаще женщина среднего (пожилого) возраста с избытком массы тела, утомленным лицом, к тому же у нее замученный вид, потухшие глаза, неухоженные руки, стоптанные туфли и помятый несвежий медицинский халат. Конечно же, это не врач частного медицинского центра или современной клиники. Это среднестатистический образ педиатра, с кем чаще всего контактирует население страны. Куда же деваются педиатры? Почему в интернатуре педиатрия не пользуется спросом? Сегодняшняя эта проблема

или имеет историю? Вспомогая свое «советское» поступление в медицинский институт. В то время, как и по всему Союзу, велась подготовка детских врачей на педиатрическом факультете, которые и по сей день в некоторых «бывших республиках» остались. Средний ежегодный прием на факультет составлял от 100 до 300 человек. И так было достаточно долго, начиная с 1938 года, когда был открыт первый педиатрический факультет в Казахстане в медицинском институте – ныне КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Его организатором и первым деканом стал профессор А.И. Малинин – выпускник медицинского факультета Саратовского университета. В первые годы работы набирали очень мало студентов, не более 10 – 20, так как

еще не было развитой педагогической и клинической базы подготовки будущих детских врачей. А потребности были огромными с учетом уровня рождаемости, заболеваемости среди детей, младенческой смертности, строительства новых педиатрических объектов (больницы, амбулатории, детские дома, ясли, детские сады, школы). Начиная с конца 60-х годов XX века прием на педиатрические факультеты уже шести медицинских вузов республики был объемным и удовлетворял потребности практического здравоохранения. Подготовка педиатра занимала 7 лет, включая год в интернатуре. Реализация достаточно затратной и длительной программы обучения гарантировала обеспечение поликлиник участковыми врачами, а стационаров – педиатрами.

Сегодня отмечается дефицит стационарных педиатров, то есть выпускники-педиатры не могут трудоустроиться в клиники. В то же время по-прежнему существует дефицит участковых врачей в поликлинической службе. Второй год он восполняется врачами общей практики. Здесь «палка о двух концах». С одной стороны, мы агитируем бакалавров поступать в интернатуру по педиатрии с обязательным дальнейшим обучением в резидентуре, а с другой – выпускники остаются не востребованными, так как руководителям медицинских организаций нужны узкопрофильные специалисты (детские гастроэнтерологи, детские нефрологи и т. д.). В дальнейшем выпускник резидентуры по педиатрии может пройти интересующую его специализацию, но, как правило,



Обход профессором Масловым М.С. факультетской клиники

за свой счет и время. Конечно, можно сразу по окончании бакалавриата поступить в интернатуру по терапии, а затем в резидентуру по, например, специальности «нефрология, в т. ч. детская». Однако обучение по данной программе с учетом пререквизита (терапия или внутренние болезни) ориентировано в большей степени на взрослый контингент нефрологических пациентов, и практически все выпускники идут во «взрослые» нефрологи. И так по всем направлениям резидентуры, где в соответствии с классификатором специальностей имеется «детский компонент».

Думаете в поздний советский период документы сдавались на педфак массово по желанию абитуриентов, и все мечтали стать педиатрами? Ошибаетесь... Наверное, процентов 20 – 25 все же осознанно хотели заниматься педиатрией, большую часть из них составляли будущие детские хирурги, неонатологи. А все остальные были из категории «недобравших проходной балл» на лечфак и стомфак. У кого баллов



социальной незащищенности педиатра, существовании огромных рисков, в том числе юридических. Но обучение на педиатрическом факультете с первого курса ориентировало нас на будущую профессию, и в изучении базовых предметов немалый удельный вес составляли особенности детского организма. А потом была практика, практика и еще раз практика в детских больницах и поликлиниках под руководством мастеров-педагогов и

зрелыми) и дефицит кумиров-преподавателей.

В настоящее время большое количество грантов на обучение по медицинским специальностям так же вызывает поток абитуриентов, и, конечно же, не все из них бредят врачеванием. А родители, обрекающие их на 9 лет зубрежки и беспросветной учебы (так, как должно быть!), до конца не осознают, что по окончании университета их чадо первое время будет зарабатывать меньше заправщика на бензоколонке. Поэтому изначально ориентируют детей на выбор наиболее «зажиточных» специальностей (акушер-гинеколог, хирург, невропатолог и т. д.), игнорируя педиатрию. Хотя очень сильно ошибаются и не подозревают о всей глубине возможностей обучения по педиатрической специальности в интернатуре. Не секрет, что в последние 2-3 года именно из практикующих педиатров, а не терапевтов получили классных врачей общей практики, а из тех, кто обучался детским вопросам, выходят детские хирурги суперкласса. В современных условиях подготовка педиатров ведется в интернатуре (2 года) и обяза-

Сегодня отмечается профицит стационарных педиатров, то есть выпускники-педиатры не могут трудоустроиться в клиники.

было меньше, отправляли на сангиг, то есть педиатрия не была элитарной специальностью. Поэтому из всех моих сокурсников, выпустившихся как раз в период значительных перемен в стране, менее 10% остались в профессии (по результатам анкетирования на 25-летие выпуска).

Объяснение этому кроется не только в распаде СССР и перестройке, но и в «тяжести состояния» самой профессии,

профессионалов педиатрии – академика Ормантаева К.С., профессоров Ярочкиной Н.П., Лебедевой В.А., Барлыбаевой Н.А., Никоновой Т.М., Огай Е.А., доцентов Исмагиловой А.Ш., Сарсенбаевой З.Б., Таймановой А.М., Ибрагимовой А.Ш. и многих других. Последние 5 – 10 лет в педиатрическом образовании наметился своеобразный «лейкемический провал» (когда незрелые формы клеток преобладают над

тельно в резидентуре (2 года). Педиатрия – одна из 5 специальностей интернатуры (терапия, хирургия, акушерство и гинекология, ВОП). Таким образом, сугубо педиатрическое образование обучающиеся получают в течение 4-х лет, и это европейская модель, давно показавшая свою состоятельность. Кем они могут работать? Специалистами-педиатрами в стационарах, поликлиниках, медицинских и научных центрах, в том числе иметь частную практику, продолжать обучаться и развиваться, выбрать какое-то интересное направление в медицине, работать в проектах, экспертизе по профилю, участвовать в профессиональных конкурсах, то есть жить полной профессиональной жизнью. В составе многих специальностей есть «детские вопросы» (например, специальность «кардиология, в том числе детская»). Да, для того чтобы быть принятым в престижную медицинскую организацию, необходимо обладать клиническим опытом и хорошей репутацией, которая нарабатывается годами. Так в любой профессии. В любом случае рост педиатра как профессионала будет постепенным, а рецептура дрессинга (от англ. dressing – убранство, украшение) состоять из усовершенствований, сертификаций, специализаций и аккредитаций. За рубежом карьерная дистанция от поступления в медицинскую школу до выхода в свободное плавание длится от 15 лет плюс непрерывное профессиональное развитие (НПР) и систематические доказательства своей состоятельности в выбранной профессии. У нас в зависимости от специальности – от 7 (стоматологи, ВОП) до 12 лет плюс НПР и подтверждение категорийности.



Для того чтобы студент был ориентирован на педиатрию, в течение 5 лет бакалавриата у него есть возможность составить индивидуальную траекторию обучения и набрать свое «педиатрическое портфолио», состоящее из элективов (дополнительные программы обучения) по вопросам детского возраста. В этом ему помогают преподаватели-звездеры (советники). В этом логика есть,

так как семнадцатилетний вчерашний школьник, как врач со знаниями физиологии, скажу, ну, не может осознанно выбрать свою будущую профессию. И никакие школьные профориентационные мероприятия или уговоры «знатоков» в этом не помогут на 100%. Если нет давления родителей и родственников на абитуриента, то им, как прави-

ло, движут эмоции, что в последующем приведет у первой категории к «притуплению» сознания и «привыканию» к выбору, а у второй – к метаниям души и тела, вплоть до «бросания» института. Вот почему раньше выпускники педфака после отработки положенных 3-х лет в большинстве своем переучивались на «узких» специалистов, функционалистов, уходили в фармфирмы и т. д. А оставались в профессии единицы, что постоянно поддерживало статистический дефицит педиатров амбулаторного звена. В программе подготовки врачей общей практики также достаточно много времени уделяется вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней детского возраста. В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы отмечены определенные достижения в медицинском образовании, а именно, увеличение количества врачей общей практики на 30% с акцентом на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Но не в полной мере обеспечена мотивация для формирования службы ВОП. Планируется, что семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами общей практики, то есть новым поколением квалифицированных врачей с углубленным знанием педиатрии, которые будут вовлечены в мультидисциплинарные команды из числа действующих терапевтов, педиатров, гинекологов и др. Цитирую из госпрограммы: «Подготовка ВОП по новым государственным стандартам высшего образования заложит основы формирования специалистов широкого профиля, владеющих современными

знаниями, практическими, коммуникативными навыками и умением работать в команде. При этом будет усилено теоретическое и практическое обучение ВОП по профилактике, диагностике и лечению заболеваний детского возраста». Поэтому врачи общей практики последних одного-двух лет и будущих выпусков будут кардинально отличаться от ВОП, «скоропостижно» переученных из терапевтов. И родители не будут в догонку бросать реплики: «Наш врач не может помочь моему ребенку, потому что он боится детей-пациентов», а врачи общей практики не будут «убегать» от больных детей, передавая всю ответственность скорой помощи или детским клиникам. В этом огромную роль играют медицинские вузы Казахстана. Компетентностно-ориентированные программы обучения и студент-центрированный подход в организации учебного процесса обеспечат достижение ожидаемых конечных результатов, то есть формирование тех знаний и навыков, которыми должен обладать врач.

Изменилась система подготовки педиатров, но не изменилось сознание врачей и преподавателей старой школы, муссирующих в кулуарах и прессе тему закрытия в университетах республики педфака.

Что необходимо для того, чтобы был подготовлен квалифицированный специалист-педиатр? Рецепт и прост, и сложен: (1) образовательная программа, включающая с первого курса в подавляющее большинство предметов изучение особенностей детского возраста и ранний контакт с больными; (2) квалифицированные преподаватели на всех курсах

обучения, а главное, имеющие заинтересованность в студенте; (3) компетентная помощь и поддержка студентов со стороны вуза при выборе дополнительных программ (элективов) и направления в интернатуре; (4) адекватная ресурсная и клиническая база подготовки; (5) участие в подготовке студентов представителей практического здравоохранения и гарантированное трудоустройство по специальности; (6) транспарентный конкурсный отбор в резидентуру и эффективная программа обучения, ориентированная на конечный результат; (7) программы социальной поддержки молодых врачей-педиатров и работающие системы мотивации. Понимаем, что дороги назад к педиатрическому факультету нет, и вузам необходимо перестраивать свою работу по подготовке педиатров, найдя оптимальный баланс между предшествующим «советским» опытом и лучшими международными практиками с учетом современных требований к педиатрам. Государственные образовательные стандарты

образования (ГОСО) нового поколения дадут возможность медуниверситетам самостоятельно конструировать образовательные программы, в том числе «выстраивать» эффективную траекторию подготовки педиатра.

Но как сделать профессию привлекательной? Приоритеты разных десятилетий отличаются значительно. Если в

60-е – 70-е годы все хотели «в космонавты», нулевые подарили молодежи мечты стать топ-моделью или финансистом, а еще позже появились такие ньюэйдж цели, как программисты и сисадмины. То же самое и в медицине. Развитие инновационных технологий диагностики и лечения «породило» новые направления специализации – интервенционная кардиохирургия, сомнология, эпилептология, нутрициология, клиническая нейрофизиология, молекулярная медицина и т. д. На второй план стали уходить ортодоксальные специальности вроде терапии и педиатрии. Поэтому профориентационная деятельность университета несомненно необходима – это и построение работы приемной комиссии, и проведение Школы педиатра, эффективных научных кружков по детским болезням, и стимулирование исследований в педиатрии через научные проекты, привлечение к волонтерской работе в детских учреждениях, конференции и семинары с приглашением выдающихся педиатров и т. д. Но данная работа лишь заполняет крепкий каркас ранее приведенного рецепта. И говорить, что педиатрия умерла как специальность, а подготовка педиатров в казахстанских медуниверситетах не проводится, потому что «закрыли» педиатрический факультет, нельзя! Тогда так же можно сказать и про «лечебное дело». Лечебного факультета в медуниверситетах Казахстана тоже нет! Изменилась система подготовки педиатров, но не изменилось сознание врачей и преподавателей старой школы, муссирующих в кулуарах и прессе тему закрытия в университетах республики педфака. Конечно, нам «удобно» получать уже сориентированный на



специальность субъект – студента педиатрического факультета. А текущее время требует от преподавателей медуниверситетов качественного обучения «детским вопросам», начиная с анатомии, так как бакалавр «общей медицины» к концу 5-го курса должен знать терапевтические и педиатрические вопросы фифти-фифти. Клиническому наставнику жизненно необходимо обладание талантом убеждения, примерами профессиональных поступков, педагогической смекалки, чтобы заинтересовать студента факультета «общей медицины» выбрать будущую специальность под названием «педиатрия», и чтобы бакалавр «шел на имя», в авторскую группу, как было даже в наше время.

Думаю, что недостатка в таких преподавателях на педиатрических кафедрах медицинских университетов нет. У нас есть инструменты для привлечения студентов и развития интереса к педиатрии, а также механизмы формирования квалифицированного компетентного специалиста, но наши выпускники не уверены в завтрашнем дне. Куда они пойдут работать после окончания учебы? Самое главное, чтобы выпускники программ педиатрии после окончания резидентуры были востребованы в медицинских организациях страны.

Сауле Сарсенбаева, д.м.н., профессор кафедры интернатуры и резидентуры по педиатрии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.

«КАЗАХСТАНСКИЙ СЛЕД» В РОССИЙСКОЙ ПЕДИАТРИИ

Продолжая рассказывать о наших земляках за рубежом, мы поговорим о человеке, который благодаря своим знаниям, способностям, упорному труду и личным качествам достиг высокого уровня в российской медицине и науке.

Итак, знакомьтесь – проректор по научной работе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), д.м.н., профессор **Руслан Абдуллаевич Насыров**. Профессор Насыров – автор более 190 научных работ, 11 изобретений, соавтор монографии «Дифтерия у детей» (2000), руководств «Бактериальные менингиты у детей» (2003), «Вирусные энцефалиты и менингиты у детей» (2004), «Инфекционные болезни периферической нервной системы у детей» (2006), «Клещевые инфекции у детей» (2008), «Менингококковая инфекция у детей» (2015) и др. Профессор является членом Нью-Йоркской академии наук, его имя внесено в книгу «Who is Who in the World».

– **Уважаемый Руслан Абдуллаевич, спасибо большое за ваше согласие дать интервью нашему журналу. Расскажите, пожалуйста, как обычный мальчишка из сельской местности Казахстана смог достичь такой высокой позиции в ведущем медицинском вузе России, а может быть, и мира?**

– Спасибо, Болат, вам и вашему журналу за предоставленную возможность пообщаться с широкой аудиторией врачей и жителей моей родины – Ка-



захстана. Я родился в 1953 году в прекраснейшем городе Алма-Ате. Все мое детство и школьные годы прошли в селе Коктал Панфиловского района Талды-Курганской (ныне Алматинской) области. В 1971 году поступил на лечебный факультет Семипалатинского государственного медицинского института, который окончил с отличием в 1977 году. После окончания мне была предоставлена возможность для научной и преподавательской работы в стенах родного вуза. Я всегда с большой теплотой и благодарностью вспоминаю этот период.

– **Ну, хорошо, а как вы оказались в далекой России? Впрочем, я, как и многие казахстанцы того поколения, также обучался в медицинских вузах России – в Ленинграде и Москве. Огромное количество современных государственных деятелей, ученых, политиков, бизнес-**

менов, инженеров, врачей и других специалистов Казахстана обучались в то время в России и других братских республиках. И все они с благодарностью вспоминают эти годы, вузы, преподавателей и тот высокий уровень знаний, который они получили за время учебы. Впрочем, я отвлекся на ностальгические воспоминания.

– Да, это было удивительное и своеобразное время, время советского строя и так называемого «железного занавеса». В то время выезд за рубеж даже в туристическую поездку представлял огромную сложность, не говоря уже об обучении в зарубежных вузах. Надо было быть политически грамотным и благонадежным, чтобы выехать за пределы СССР. Особенно не выпускали тех, у кого были родственники за границей. Но в то же время огромное количество студентов из Казахстана, как, впрочем, со всех 15 братских республик бывшего СССР, учились в Москве, Ленинграде, Киеве, Минске и других крупных городах бывшей великой страны. Обучение было абсолютно бесплатным для студентов. Всем студентам платили хорошие стипендии. На каждую республику давали обязательные квоты. Порой абитуриенты из национальных республик, набрав меньше баллов, чем их

российские сверстники, имели больше шансов по сравнению с ними поступить в столичные вузы. Вот такая «несправедливость наоборот». Преимущество также отдавали тем, кто поступал в институт после армии, производства.

В начале 80-х годов прошлого столетия я в качестве соискателя выполнял научную работу на базе отдела патологической анатомии легендарного НИИ экспериментальной медицины АМН СССР, г. Ленинград. Там же в 1984 году защитил кандидатскую диссертацию. Мне повезло, и в 1986-м я был прикомандирован в этот же НИИ для выполнения докторской диссертации. С 1989 и до 2007 года руководил патоморфологической группой в НИИ детских инфекций. Докторскую диссертацию защитил в 1995 году во II Московском медицинском институте. С 2007 года по настоящее время являюсь заведующим кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ Минздрава РФ. С 2009 года –

главный специалист по патоморфологии детского возраста Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. С 2010 года – проректор по научной работе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России.

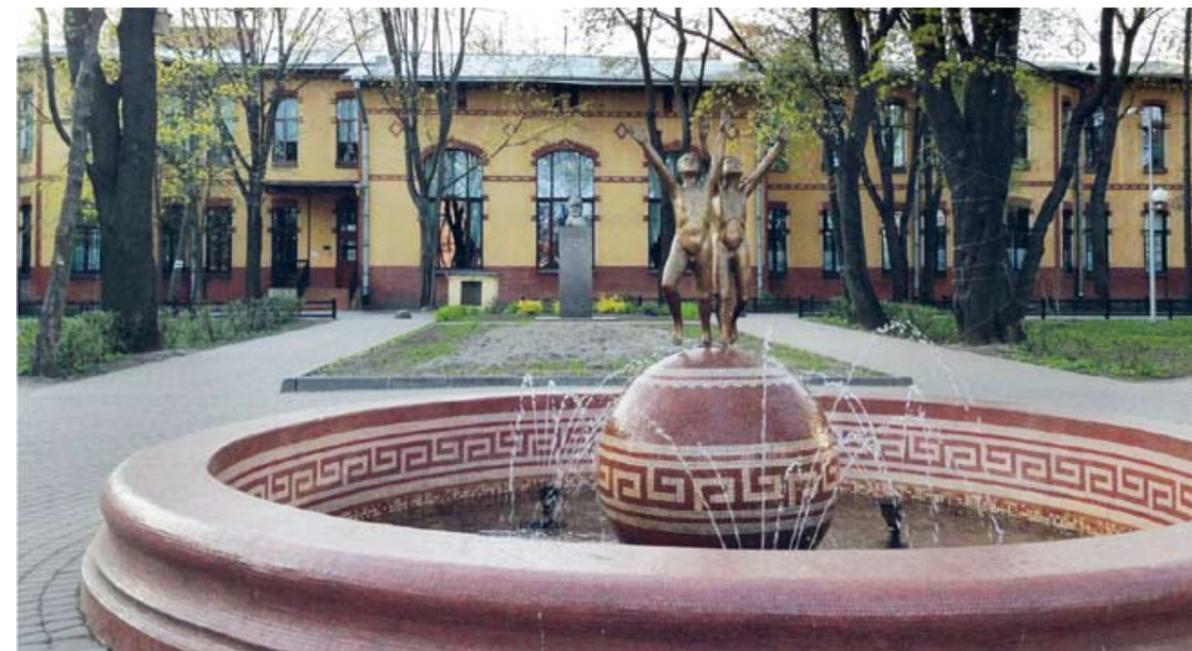
– **Руслан Абдуллаевич, расскажите, пожалуйста, подробнее о вашем вузе.**

– *Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (СПбГПМУ)* основан 7 января 1925 года как *Ленинградский научно-практический институт охраны материнства и младенчества*. История и основание педиатрического вуза тесно связаны с именами таких ярких ученых-педиатров, организаторов здравоохранения, как первый директор (ректор) профессор В.Ф. Мочан, второй ректор *Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ)*, возникшего на базе *института охраны материнства и дет-*

ства, профессор Ю.А. Менделеева.

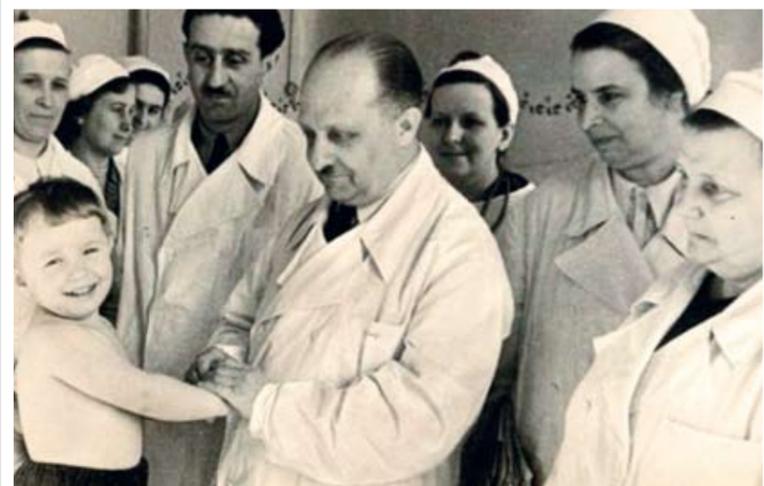
Великая Отечественная война вписала героические страницы в историю института. Все 900 беспрецедентных дней блокады Ленинграда институт продолжал работать, выполняя лечебную, научную и педагогическую работу. Благодаря мужеству преподавателей, врачей, сотрудников и учащихся, *ЛПМИ* оказался единственным вузом Ленинграда, который продолжал учить студентов даже в кольце жесточайшей блокады, под непрекращающимся артиллерийским обстрелом, бомбежками, ежедневной угрозой смерти, в нечеловеческих условиях голода, холода и лишений.

В стенах вуза работали такие корифеи отечественной педиатрии, как профессор, академик, генерал-майор медицинской службы М.С. Маслов, профессор, академик А.Ф. Тур, профессор П.С. Медовиков, профессор М.Г. Данилевич, профессор А.Б. Воловик, профессор Н.П. Шабалов, про-





М.С. Маслов читает лекцию по факультетской педиатрии студентам Ленинградского педиатрического медицинского института. Справа в очках - будущий профессор Н.П. Шабалов



А. Ф. Тур на обходе в одной из клиник ЛПМИ со студентками Т. В. Капачинской и Б. Ф. Жуковой, 1942 г.

фессор Г.А. Баиров, и многие другие.

В настоящее время СПбГПМУ является не только одним из ведущих медицинских университетов России, он также известен в мире как старейшее самостоятельное педиатрическое высшее учебное заведение. В университете существует 5 факультетов: *лечебное дело, педиатрический, стоматологический, клинической психологии и факультет послевузовского и дополни-*

тельного профессионального образования (ФП и ДПО). На протяжении многих десятилетий вуз является международным центром высшего медицинского образования. За последние полвека его окончили несколько тысяч иностранных студентов с 4-х континентов. В наши дни в университете обучаются студенты более чем из 30 стран мира.

При университете функционирует крупнейшая в России Детская клиническая больни-

ца. Клиника используется в качестве основной клинической базы по педиатрическим дисциплинам. Она также является ведущим многопрофильным федеральным медицинским учреждением, основывающимся на огромной научной базе и вековых традициях ленинградской школы детских врачей. Больница имеет в своем составе консультативно-диагностический центр (КДЦ), амбулаторно-поликлиническое отделение (АПО), более двадцати профильных стационарных отделений на 815 коек. Ежегодно в клинике получают квалифицированную медицинскую помощь свыше 100 тысяч детей.

– В Казахстане в связи с реформой медицинского образования отказались от педиатрического факультета как самостоятельного направления подготовки специалистов с 1-го курса. Согласно реформе, подготовка педиатров начинается с уровня интернатуры. Однако жизнь показала ошибочность данного шага. В настоящее время руководство Министерства здравоохранения решило вернуть данный факультет. А что делается в этом направлении в России? Каким путем вы идете?

– В России подготовка педиатров пока происходит по старой советской системе «специалитета»: 6+2, т.е. 6 лет обучения в медицинской школе с получением диплома врача и 2 года ординатуры. Что будет потом, проживем – увидим.

– Руслан Абдуллаевич, вы совмещаете огромную организаторскую, педагогическую работу с научной деятельностью не только

на отечественном, но и международном уровне. Каковы ваши научные интересы?

– Сферой моих научных интересов являются исследования в области патоморфологии инфекций нервной системы. Как ученый, я считаю, что одним из наиболее значимых итогов моей работы явилось обоснование сосудистого генеза инфекционных заболеваний. В настоящее время основным направлением моей научной деятельности является клиническая морфология, использование новых технологий в изучении этиопатогенеза заболеваний у детей. Под моим руководством были защищены 13 кандидатских диссертаций, выполняются 2 кандидатские и 2 докторские диссертации.

– Являясь проректором по научной работе, могли бы вы подробнее рассказать о научном направлении деятельности вуза?

– Среди научных направлений, выбранных нашим вузом для приоритетного развития, особенно стоит подчеркнуть следующие темы:

Перинатальные проблемы болезней у детей, подростков и взрослых.

Влияние анатомофункциональных, психосоматических и медико-социальных факторов на здоровье матери и ребенка.

Сейчас перед нами стоит задача интеграции всех подразделений университета для решения общих и фундаментально прикладных научных задач, а также дальнейшего повышения и улучшения наукометрических показателей как критериев результативности университета. Например, мы занимаем 3-е место среди всех медицинских вузов Российской Федерации по индексу Хирша. Следует отметить,

В настоящее время СПбГПМУ является не только одним из ведущих медицинских университетов России, он также прекрасно известен в мире как старейшее самостоятельное педиатрическое высшее учебное заведение.

этот факт помог поднять самооценку наших сотрудников, придал им уверенности в завтрашнем дне.

Эффективность научной работы вуза определяется по количеству статей в изданиях, входящих в перечень ВАК, и зарубежных публикаций, числу патентов и грантов. По результатам этого мониторинга наши показатели наиболее высокие в городе. Если индекс Хирша учитывает и заслуги прошлых лет, то результаты мониторинга рассчитываются ежегодно, и из года в год по критериям научной деятельности мы улучшаем свои позиции. Например, число публикаций (научных статей) за 9 месяцев 2016 года, по данным из отчетов кафедр, уже превысило данные за весь 2015 год.

– С какими научными организациями вы сотрудничаете, какие ваши планы в этом направлении?

– В планах вуза дальнейшее расширение сотрудничества с научными организациями России и других стран, в частности Казахстана. Например, в рамках совместной работы с *Институтом биологии развития им. Н.К. Кольцова Российской академии наук* активно ведутся разработки по развитию нейроэндокринных функций у детей, с *Институтом высокомолекулярных соединений Российской академии наук (ИВС РАН)* – по таким разделам, как создание материалов для покрытия раневых поверхностей и протезов сосудов для биоинженерии.

В Педиатрическом университете есть много собственных разработок, которыми мы можем гордиться. Наши врачи и ученые уже имеют первые успехи в применении этих новейших методов 3D технологий. Например, ими создана 3D-модель «области интереса» (патологических очагов), что облегчает работу хирурга при проведении того или иного оперативного вмешательства, особенно в трудных зонах, к примеру, при операциях на позвоночнике или сердце новорожденного. Если раньше хирург видел перед собой рентгеновский снимок или данные компьютерной томографии, то сейчас он имеет перед собой 3D-модель того очага или той области, где он проводит операцию; может заранее точно отработать ход операции. Раньше наши кардиохирурги заказывали модели за рубежом, а теперь есть возможность делать то же самое и у нас.

– А какие подразделения университета вызывают у вас заслуженную гордость? Что вы считаете «ноу-хау» или «уникальной, корневой компетенцией» вуза?

– Все, чем мы гордимся, перечислить сложно, но здесь следует особо выделить наш Перинатальный центр, деятельность которого известна далеко за пределами Санкт-Петербурга и России. Следует подчеркнуть, что научная, образовательная деятельность и работа клиники университета неразрывно связаны, пред-

ставляют единое целое. Университетская клиника, являясь интегрированным структурным подразделением университета, на практике воплощает принцип триединства современной медицинской школы: **ОБУЧЕНИЕ – ПРАКТИКА – НАУКА**. Актуальные, сложные вопросы диагностики, лечения различных заболеваний у детей трансформируются в цели и задачи научных исследований, в которых принимают участие не только сотрудники кафедр, аспиранты, студенты, но и врачи клинических отделений. В дальнейшем полученные данные используются как для клинического, так и учебного процесса. Таким образом, создается замкнутый, постоянно развивающийся цикл **ОБУЧЕНИЕ – ПРАКТИКА – НАУКА**, каждый элемент

Университетская клиника, являясь интегрированным структурным подразделением университета, на практике воплощает принцип триединства современной медицинской школы: **ОБУЧЕНИЕ – ПРАКТИКА – НАУКА**.

которого оказывает синергетический эффект как на отдельные элементы, так и на всю систему в целом. Дальнейшее развитие данного принципа позволит нам создать конкурентную *Университетскую систему науки, практики и образования*, соответствовать лучшим образцам ведущих зарубежных университетских клиник и интегрироваться в международное медицинское образовательное сообщество. Это, пожалуй, один из основных факторов повышения качества оказания медицинской помощи по всем профилям педиатрии, детской хирургии, акушерства и гинекологии, формирования новой генерации врачей и медицинских работников.

– Я слышал, что вы развиваете не только традиционные педиатрические дис-

циплины, но и успешны в совершенно новых для вас отраслях, например, в спортивной медицине, персонализированной медицине. Как сочетается классическая питерская педиатрическая медицинская школа и эти современные направления?

– Да, вы совершенно правы. Мы активно ищем новые ниши на рынке, создаем конкурентные и востребованные направления деятельности. Отдельно хочется выделить направление по спортивной медицине. Активно проводится научная работа на тему «Отбор детей и подростков с целью формирования резерва профессиональных спортсменов и гармоничного развития личности. Ранняя диагностика и предупреждение развития синдрома перенапряжения у

детей и подростков, занимающихся спортом». Данная работа перспективна как с точки зрения накопления данных, так и развития фундаментальных направлений медицины и спорта. Хотелось бы также остановиться на том, что сейчас называют новым подходом в медицине – *превентивной и персонализированной* медицине, которая становится основой новой системы здравоохранения. *Превентивная*, если это перевести, означает профилактическая. Надо сказать, что хорошо развитое профилактическое направление всегда было отличием советской медицины от всей медицины западных стран. Сейчас это направление у

всех на слуху. Основные усилия исследований в этом направлении должны быть направлены на выявление генетических маркеров, предупреждающих о предрасположенности конкретного человека к тому или иному заболеванию. Зная слабые места, врач может предложить индивидуальную программу профилактики (здесь и правильный образ жизни, и особенности диеты, и график регулярных обследований, и др.) для каждого индивидуума, предотвращающую развитие заболевания. Таким образом, если раньше медицина лечила больного человека, то сейчас мы должны обследовать клинически здорового, с целью предупреждения болезней. Конечно, здесь важен фактор добровольного и активного участия человека

в этом процессе (*партисипативность*). Современную медицину называют **4П: Предиктивная, Превентивная,**

Персонализированная и Партисипативная.

Уже сегодня на кафедре Педиатрии, эндокринологии и абилитологии ФП и ДПО (зав. кафедрой проф. Л.А. Желенина) проводится изучение генетических маркеров мультифакториальных заболеваний, таких как бронхиальная астма, сахарный диабет, аденогипофизарный синдром, нарушение полового развития у детей, гипотиреоз, муковисцидоз, болезни крови. На кафедре Педиатрии им. И.М. Воронцова ФП и ДПО (зав. кафедрой проф. Г.А. Новик) активно идут разработки предикторов эффективности таргетной (высокоточной) терапии с учетом фено- и эндотипов заболевания. На кафедре Госпиталь-

ной педиатрии (зав. кафедрой проф. В.Г. Часнык) проводится исследование, направленное на выявление генетических детерминант аутоиммунных и этнически ассоциированных заболеваний у детей.

Активно развивается пренатальная диагностика, позволяющая выявить заболевание и предрасположенность к ним еще в утробе матери. Все большее число заболеваний мы можем предсказать на основе молекулярно-генетических исследований, и за этим будущее.

– А как у вас поставлена научная работа со студентами. Ведь именно они являются будущим российской и мировой медицины?

– Работе Студенческого научного общества (СНО) уделяется огромное значение. Как я отметил выше, это неотъемлемая часть нашей интегрированной университетской системы *обучения, практики и науки*. К примеру, активное участие студенты принимают в исследованиях по разработке и тестированию покрытий для раневых поверхностей при ожогах. Совместно с Научно-исследовательским центром ведется отработка методов лечения болезни Гиршпрунга стволовыми клетками на животных моделях. Еще одна тема – это лечение изолированной травмы спинного мозга в эксперименте. По результатам этих исследований есть заявки на патенты, статьи в рецензируемых журналах в иностранной и отечественной прессе, планируется участие в конкурсе «У.М.Н.И.К.». Студенты кафедры Оперативной хирургии и топографической анатомии приняли активное участие в пилотном проекте по созданию 3D-моделей позвоночника, о котором было упомянуто выше.



– В Казахстане основной проблемой развития науки является недостаток финансирования. Как насчет поддержки, финансирования вашего университета со стороны государства, международного сотрудничества?

– Не секрет, что основная проблема в развитии вузовской науки в России – это вопрос финансирования. Эта проблема была и остается. И здесь, конечно, решение за грантами, малыми инновационными предприятиями (МИПы), созданием инновационных продуктов. Мы должны активно идти, как наши зарубежные коллеги, по пути коммерциализации научных проектов. Впрочем, многие научные исследования, проводимые в стенах университета, поддерживаются российскими и международными грантами, и их число постоянно растет. Развиваются и международные научные проекты. В июне 2016 года в Педиатрическом университете прошла совместная конференция с коллегами из Греции, есть международный договор с университетами Хьюстона, Вашингтона (США). Ведется сотрудничество с детскими госпиталями из США, Канады, Италии и других стран.

Коллектив университета с оптимизмом смотрит в будущее. Сейчас много предложений на участие в конкурсе грантов от совместных международных проектов, и есть замечательная перспектива дальнейшего развития и выполнения основной миссии Педиатрического университета – охране здоровья детей.

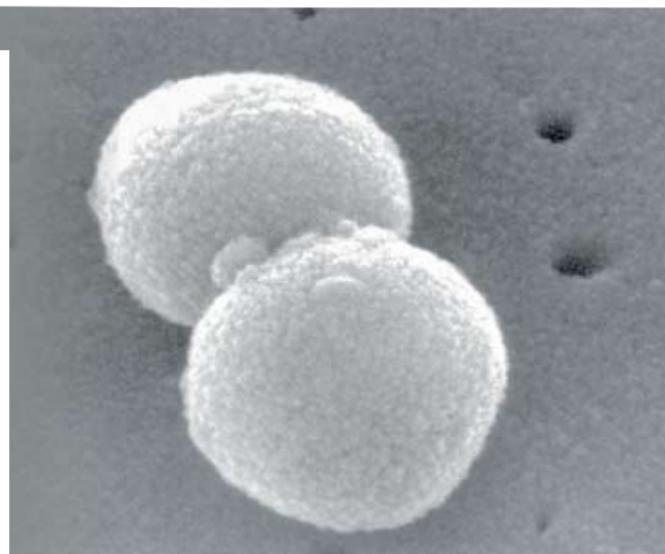
– Спасибо вам большое за интервью, и чтобы вы хотели пожелать нашим читателям?

– Я хотел бы пожелать всем жителям Казахстана, где проживает огромное количество моих родственников, друзей, коллег, мира, счастья и процветания! А медикам Казахстана, о которых мы в России знаем не понаслышке, а имеем с ними тесные профессиональные, человеческие контакты и очень их уважаем, я от лица нашего многотысячного коллектива преподавателей, сотрудников и студентов желаю огромных творческих успехов, личного счастья, благополучия и долгих лет плодотворного служения на благо народа вашей замечательной страны!

Беседовал **Болат Жантуриев**, к.м.н.

ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И КАЗАХСТАНСКИЙ ОПЫТ

Пневмококковая инфекция - одно из распространенных заболеваний в мире. Она также является одной из ведущих причин детской смертности даже в развитых странах; ежегодно в мире из-за пневмококковой инфекции погибают более 800 тысяч малышей в возрасте до 2-х лет. О проблемах, связанных с данным заболеванием, научных исследованиях в этой области мы поговорим с проректором по исследовательской деятельности КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, д.м.н., профессором Бахыт Амануллиной Рамазановой.



Бахыт Рамазанова, д.м.н., профессор, проректор по исследовательской деятельности КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

– **Бахыт Амануллиновна, вы, как микробиолог, что могли бы рассказать об актуальности данной проблемы в Казахстане и мире?**

– Давайте вначале рассмотрим данный вопрос на глобальном уровне. Одним из основных показателей *Индекса Человеческого Развития (ИЧР)*, или *Human Development Index*

(*HDI*), комплексного показателя, характеризующего развитие человека в странах и регионах мира, является здоровье и долголетие. При этом детская смертность является важнейшим фактором, влияющим на данный показатель. Казахстан, согласно данным «Доклада о человеческом развитии 2011» (*Human Development Report 2011*), подготовленного Программой развития Организации Объединенных Наций (*ПРООН*), занимал 68-е место среди 187 стран мира и входил в число стран со *средним уровнем ИЧР*. При этом он уступал таким странам, как Румыния (50-е место), Куба (51-е место), Беларусь (65-е место), Россия (66-е место). В пятерку наиболее благополучных стран вошли Норвегия, Австралия, Нидерланды, Соединенные Штаты и Новая Зеландия. Впрочем, уже в 2015 году Казахстан поднимается

на 56-е место и входит в группу стран с *высоким уровнем человеческого развития*. Во всех странах мира, согласно данным ВОЗ, пневмония является одной из главных причин смертности среди детей в возрасте до 5 лет, приводя к летальности чаще, чем любая другая болезнь. Из 9 миллионов случаев смерти детей во всем мире в 2007 году около 20%, или 1,8 млн, обусловлены пневмонией.

– **Скажите, если проблема настолько актуальна, то существует ли какая-нибудь система на мировом уровне, которая призвана бороться с данной инфекцией?**

– Да, вы правы. Учитывая чрезвычайную актуальность данной проблемы, ВОЗ разработала *Глобальный план действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней (ГПДП, или Global Action Plan*

for Prevention and Control of Pneumonia – GAPP), который был принят в 2008 году. Данный план преследует следующие цели: повышение информированности населения о пневмонии, как одной из основных причин детской смертности; широкое проведение лечебно-профилактических мер с доказанной эффективностью; принятие конкретных мер в этом направлении.

В этом плане предусматриваются следующие 5 основных стратегий профилактики и лечения пневмонии и защиты детей от этой болезни:

1. Комплексное ведение случаев заболевания на всех уровнях
2. Вакцинация
3. Профилактика и лечение ХИБ-инфекции (инфекции, вызванные гемофильной палочкой)
4. Улучшение питания и снижение числа детей с низкой массой тела при рождении
5. Принятие мер для борьбы с загрязнением воздуха внутри помещений.

Несмотря на эти огромные показатели смертности детей от пневмонии, в глобальном масштабе выделяется сравнительно мало ресурсов на решение этой проблемы. Следует подчеркнуть, что смертность от детской пневмонии тесно связана с недоеданием, бедностью и недостаточным доступом к медицинскому обслуживанию. Поэтому более 98% случаев смерти от пневмонии приходится на детей из списка 68 беднейших стран, где достижения по сокращению смертности детей до пяти лет являются минимальными.

– **Это самостоятельная инициатива ВОЗ, или она каким-**

то образом связана с планами и действиями ООН?

– На Саммите тысячелетия в 2000 году государства – члены Организации Объединенных Наций подтвердили свою приверженность достижению 4-й цели *Глобальной программы «Целей Развития Тысячелетия»* (ЦРТ4)*, а именно уменьшения смертности детей (20% из которых приходится на пневмонию) в возрасте до пяти лет на две трети к 2015 году по сравнению с 1990 годом. Глобальная задача ЦРТ4 по снижению детской смертности на 2/3 не может быть достигнута без срочных действий правительств, министерств здравоохранения и других организаций по борьбе с пневмонией на глобальном уровне. Эта сложнейшая цель может быть достигнута только путем интенсивных усилий по снижению детской смертности от пневмонии на основе ГПДП/GAPP, о котором мы говорили ранее. Это является сферой взаимодействия различных отраслей медицины – общественного здравоохранения, клиники, педиатрии, эпидемиологии, микробиологии и других смежных дисциплин. Однако одного этого недостаточно. Необходимы целенаправленные, скоординированные и комплексные действия на международном, национальном уровнях и выделение соответствующих ресурсов для достижения поставленных целей.

– **Бахыт Амануллиновна, бытует мнение, что пневмококковая инфекция актуальна только для детей. Какие, на ваш взгляд, группы населения могут страдать от данной инфекции?**

– Вы правы, пневмококковая инфекция поражает не только детей, в первую очередь орга-

низованных в коллективы, но и лиц пожилого возраста в силу присущих им возрастных и физиологических особенностей. Поэтому ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию не только детей, но и пожилых лиц. Помимо этого вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции все чаще рассматривается как эффективная мера вторичной профилактики для пожилых людей, страдающих хроническими заболеваниями, в первую очередь таких, как коронарная болезнь сердца и хроническая обструктивная болезнь легких. Если эти рекомендации выполнить, то можно достигнуть наибольшего противоэпидемического эффекта. За счет вакцинации этих двух групп риска создается иммунная прослойка, которая препятствует пневмококковой инфекции циркулировать и распространяться среди остального населения. Тем самым обеспечивается профилактика не привитых лиц.

** Для информации: Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ) – это 8 международных целей и 21 задача развития, которые 193 государства – члена ООН и по меньшей мере 23 международных организации договорились достичь к 2015 году. В них, наряду с сокращением детской смертности на 2/3 в период с 1990 по 2015 г., включены такие цели, как ликвидация абсолютной бедности и голода, обеспечение всеобщего начального образования, содействие равноправие полов и расширению прав женщин, улучшение охраны материнского здоровья, борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и прочими заболеваниями, обеспечение экологической устойчивости, формирование всемирного партнерства.*

– Можно ли говорить об успехах в деле профилактики пневмококковой инфекции в мировом масштабе?

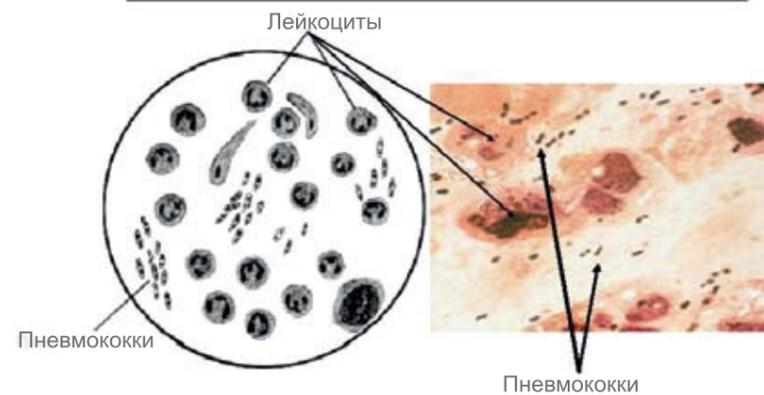
– За последние годы достигнут определенный прогресс в сокращении детской смертности. Однако если ГПДП/GAPP не будет осуществлен, то около 1,8 миллиона детей будут ежегодно продолжать умирать от пневмонии. В случае же ускоренной реализации ключевых мероприятий с каждым годом количество случаев смерти от пневмонии будет существенно падать.

Основным видением GAPP является то, что каждый ребенок должен быть защищен от пневмонии через здоровую окружающую среду, иметь доступ к профилактическим и лечебным мероприятиям. При этом расширение охвата вакцинацией, доступ к лечению случаев пневмонии, содействие и поощрение грудного вскармливания, отслеживание результата вакцинации наряду с другими мерами должны неукоснительно соблюдаться всеми странами.

– Хорошо, а каковы финансовые ресурсы, которые направляются мировым сообществом на решение данной проблемы?

– Реализация Глобального плана действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней (ГПДП/GAPP), в первую очередь, направлена именно на те развивающиеся 68 стран мира, на которые приходится около 98% всех случаев смерти от пневмонии у детей в возрасте до 5 лет. Согласно данным ВОЗ, общие расходы на осуществление данной программы среди вышеупомянутых 68 стран мира только за период 2010 – 2015 гг. составляют почти 39 млрд долл. США, причем из них около 9,6 млрд долл. США приходится только

Микроскопия гнойной мокроты: *Streptococcus pneumoniae*



на вакцины и инъекционный материал. Все это позволит довести охват основными профилактическими мероприятиями до 90% населения и предотвратить до 1,2 млн постнеонатальных смертей от пневмоний ежегодно. Данный проект по масштабу и расходам приближается к программе по контролю и борьбе с малярией.

– Бахыт Амануллинов, какова ситуация у нас в стране? Что сделано и что предстоит сделать?

– Согласно данным ВОЗ, вакцинация является одним из наиболее экономически эффективных и доступных мероприятий в области здравоохранения, предотвращающая заболеваемость и смертность миллионов детей от различных заболеваний, включая пневмонию.

Вакцинация против *Streptococcus pneumoniae* (Spn) позволит снизить заболеваемость пневмококковой пневмонией, менингитами и другими заболеваниями на 30 – 40%. Кроме того, как было указано выше, массовая вакцинация снижает уровень пневмококковой заболеваемости и среди не вакцинированного населения.

В 2008 году до введения вакцинации от данной инфекции

в Казахстане было зарегистрировано около 68 000 случаев заболевания от пневмококковой инфекции среди детей в возрасте от 0 до 5 лет. Число детей этого возраста, умерших от пневмоний, составило 1500, или более 18% от общего числа детей, умерших в возрасте от 0 до 5 лет, т.е. почти каждая пятая детская смерть имела своей причиной инфекцию, вызванную *Streptococcus pneumoniae*. Наше государство, опираясь на данные многоцентровых исследований и следуя рекомендациям ВОЗ, ввело вакцинацию против пневмококковой инфекции в Национальный календарь РК. Казахстан с 2010 года приступил к вакцинации детей от пневмококковой инфекции, став первой страной на постсоветском пространстве, внедрившей в свой Национальный календарь прививок вакцину против данного заболевания. Вакцинация вводилась поэтапно, начиная с западных регионов РК, и завершилась внедрением ее в 2015 году на территории Алматинской области и г. Алматы.

Вакцинация осуществляется пневмококковой полисахаридной конъюгированной

адсорбированной вакциной, которая обеспечивает защиту от пневмококковой инфекции, вызванной 13-ю серотипами *Streptococcus pneumoniae*. В одной дозе содержатся капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка: 7 общих (4, 6В, 9V, 14, 18С, 19F, 23F) и 6 дополнительных (1, 3, 5, 6А, 19А, 7F), индивидуально конъюгированных с дифтерийным белком-носителем CRM-197, который уже более 20 лет используется в конъюгированных вакцинах, одобренных ВОЗ для детей.

– Я знаю, что в рамках научного гранта сотрудниками КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова уже несколько лет ведется большой междисциплинарный проект по изучению эффективности вакцинации пневмококковой вакциной на отдельных территориях РК. А какие были получены данные об эффективности вакцины?

– Для изучения эффективности пневмококковой вакцины на основе данных МЗиСР РК проведен статистический и эпидемиологический анализ детской заболеваемости и смертности от заболеваний органов дыхания и других органов на республиканском уровне за 2005 – 2014 годы. Также в рамках научного проекта аналогичные данные за соответствующий период были более детально изучены в Карагандинской области и г. Алматы.

Так, показатели младенческой смертности в РК в 2005 – 2007 годах составляли 13,91-15,15 на 1000 родившихся живыми детей с максимальным подъемом в 2008 году – до 20,76. Далее отмечалось стабильное снижение показателей вплоть до 9,98 в 2014 году. Анализ эпидемиологической ситуации в разрезе заболеваемости и смертности от пневмоний, ОРВИ и гриппа детей до 1 года жизни на осно-

ве официальных статистических данных показывает резкое (почти в 4 раза) снижение показателей смертности от вышеуказанных инфекций в данной группе детей.

В связи с тем, что менингит является инвазивной формой пневмококковой инфекции, нами была проанализирована заболеваемость детей до 14 лет гнойными менингитами, где отмечается тенденция к снижению показателя заболеваемости с 5,59 (2008 – 2010 гг.) до 2,4 на 100 тыс. населения начиная с 2011 года.

Исследованием бактерионосительства среди детей до 2-х лет в двух регионах РК с разным периодом вакцинации от пневмококковой инфекции установлено, что в регионе с 2-летней историей иммунизации (на примере Карагандинской области) носительство *Str. pneumoniae* было в 1,3 раза меньше, чем в регионе, где вакцинация на момент исследования не проводилась (г. Алматы). Серотиповой пейзаж в г. Алматы оказался более разнообразным (24 серотипа) по сравнению с серотипами в Карагандинской области (15 серотипов). Нами было выявлено, что в этих регионах (Алматы и Караганды) циркулирует 9 серотипов из 13, входящих в состав вакцины против

пневмококковой инфекции. Это говорит о том, что наше государство сделало правильный шаг, внедрив вакцинацию против пневмококковой инфекции. Таким образом, введение вакцинации детей против пневмококковой инфекции значительно повлияло на проявление эпидемического процесса при данной нозологии, что сказалось на снижении показателей заболеваемости и смертности от данного заболевания.

По результатам нашей работы был выпущен буклет, который поможет родителям ознакомиться с данной инфекцией и проводимой вакцинацией.

– Бахыт Амануллинов, большое вам спасибо! От лица редакции журнала желаю вам, вашему научному коллективу и всем сотрудникам КазНМУ процветания и больших творческих успехов на благо отечественной медицины!

– Спасибо! В свою очередь, я желаю каждой казахстанской семье огромного человеческого счастья, здоровья, веселого детского смеха и активного долголетия! И еще, если мы любим наших близких, то должны создать все условия для их защиты!

Беседовал Болат Жантуриев, к.м.н.



ЛИКБЕЗ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Наступила пора холодов, промозглой сырости, шмыгающих носов и очередей за больничными, т.е. пришла зима. Осенне-зимний период является рекордсменом по количеству респираторных заболеваний, так называемых простуд, некоторые из которых сопровождаются неприятным симптомом – повышением температуры тела. Осложняется все тем, что наши дети, организованные детскими садами и школами, болеют «по кругу», инфицируя друг друга при тесном общении. И нередко у одного ребенка в течение сезона лихорадочное состояние проявляется несколько раз. Но лихорадка лихорадке рознь. В одном случае нельзя сразу снижать повышенную температуру тела, так как с помощью этого механизма организм человека борется с микробами и защищается. А в другом - надо немедленно снизить температуру и вызвать врача.



Что обязательно надо знать родителю о лихорадке? Лихорадка, она же гипертермия, она же повышение температуры тела, является защитно-приспособительной реакцией организма на разные внешние и внутренние воздействия, усиливающей иммунный ответ, поэтому не всякую температуру надо снижать! Гипертермия может быть ответом на внедрение в организм микробов и вирусов, при этом в идеале для патогенов создаются невыносимые условия для жизни. Но температура тела может повыситься и в ответ на воздействие любого физического фактора (перегревание, трав-

ма, оперативное вмешательство). Особенности анатомии и физиологии детского организма обуславливают быстрое развитие лихорадки, которая в умеренных значениях не вызывает серьезных нарушений в состоянии и самочувствии. Иногда лихорадка может быть единственным диагностическим признаком и прогностическим индикатором заболевания, поэтому и в этом случае торопиться с жаропонижающей терапией не стоит.

Температуру тела у детей измеряют в подмышечной впадине, ротовой полости, прямой кишке. У новорожденных температура тела в подмышке у

пределах 37°C, у грудных детей – 36,7°C, в прямой кишке – 37,8°C. Такая же температура отмечается и у детей старшего возраста.

Главной характеристикой лихорадки являются ее типы. Так по продолжительности она бывает острая (до 2 недель), подострая (до 6 недель), хроническая (свыше 6 недель). По величине температуры различают субфебрильную (до 38°C, у детей до 37,5°C), умеренную (до 39°C, у детей от 37,5 до 38,5°C), фебрильную (до 40°C, у детей выше 38,5°C), гиперпиретическую (свыше 41°C). При инфекционных заболеваниях важны такие определения лихорадки, как постоянная, интермиттирующая, ремитирующая, гектическая, атипичная. Логично, что наиболее опасными являются фебрильная лихорадка и все значения температуры выше 40°C. Такая температура может привести к тяжелым и необратимым повреждениям сосудов и тканей организма человека.

В клинической практике используются понятия «розовая» и «белая» гипертермии. Каждый родитель легко сможет дифференцировать эти состояния, внимательно следя за температурой ребенка. При «розовой» лихорадке наблюдаются относительно нормальное самочувствие малыша, умеренно гиперемированная (красноватая) окраска кожных покровов, потливость. Это связано с тем, что происходит адекватное развитие всех физических и биохимических процессов в организме, связанных с повышением температуры тела. «Розовая» лихорадка часто наблюдается при «простых» ОРВИ, ОРЗ, кишечных инфекциях и т.д. А вот при «белой» гипертермии отмечаются выраженный озноб, бледность кожных покровов, акроцианоз (синюшность кончиков пальцев). Несмотря на высокую температуру тела стопы и ладони становятся холодными, учащается пульс (у 2-летнего ребенка частота сердцебиений превышает 150 уд. в мин.), повышается систолическое (верхнее) артериальное давление. Причиной этого является нарушение процессов терморегуляции в ответ на внедрение в организм патогенного фактора, что приводит к нарушению периферического кровообращения (централизация крови, обеднение крови на периферии, гипоксия головного мозга). Течение такой лихорадки, например, при гриппе, менингококкцемии, прогностически неблагоприятно и требует скорейшего медикаментозного лечения в условиях стационара.

Есть еще такое состояние, как злокачественная гипертермия, сопровождающаяся повышением температуры тела до 42°C (выше не регистри-



ровалось!), тахикардией (учащение пульса), одышкой, помрачением сознания, возбуждением, задержкой мочеиспускания, обезвоживанием, ухудшением состояния вплоть до развития отека головного мозга, появления судорог, внутрисосудистого тромбоза (повышенная свертываемость крови, блокирование кровообращения). Наиболее неблагоприятная разновидность злокачественной гипертермии – синдром Омбретанна, который возникает у некоторых грудных детей через 10 – 36 часов после оперативного вмешательства. Причиной является накопление в организме пирогенов (факторов, вызывающих гипертермию) из-за обширной травматизации тканей. Возможно влияние наркоза (особенно ингаляционных анестетиков, миорелаксантов) на отделы головного мозга, отвечающие за терморегуляцию (гипоталамус). Проявления злокачественной гипертермии при этом нарастают быстро и нередко приводят к смерти.

Кто рискует больше всех? К группе риска по развитию тяжелой лихорадки относятся дети раннего возраста (от 0 до 3-х лет) с фоновой патологией (анемия, рахит, атопический дерматит, аллергии, белково-энергетическая недостаточность, паратрофия или избыточная масса тела), хроническими заболеваниями, иммунодефицитными состояниями.

Кому нужно рано назначать жаропонижающие? При наследственных anomalies обмена веществ (например, мукополисахаридоз или болезнь Помпе); если были судороги в прошлом; при длительной лихорадке; при диагностировании тимомегалии 2 ст. и более (увеличение вилочковой железы выявляется при рентгенологическом исследовании органов дыхания); если у

ребенка одышка и развивается дыхательная недостаточность 2 ст. и более; при развитии ранее упомянутой «белой» лихорадки.

Каждое ли повышение температуры тела должно иметь причину?

В современной педиатрии существует такое определение, как «лихорадка неясного генеза», при которой у больных детей невозможно определить, особенно в первые дни (недели) обращения к врачу, какой-либо видимой причины (катаральные явления, болевой синдром, мочевого синдром, интоксикация, высыпания на коже и т.д.). Иногда такие дети попадают в инфекционные стационары, где долгое время врачи исключают один диагноз за другим. У более половины таких пациентов, как правило, спустя несколько дней все же появляются симптомы, позволяющие определить конкретное заболевание. Например, в анализе мочи выявляют лейкоцитурию и бактериурию или диагностируют зоонозную инфекцию (иерсиниоз, листериоз и др.). Учитывая, что причинами этого состояния могут быть инфекционные заболевания, опухолевые процессы, болезни соединительной ткани с атипичным характером течения, необходимо проведение детального обследования в течение длительного времени. У детей младше 6 лет «лихорадку неясного генеза» связывают с инфекцией респираторного или мочеполового тракта, локализованной инфекцией (абсцесс, остеомиелит), ювенильным ревматоидным артритом, редко лейкоемией. У подростков более вероятны туберкулез, воспалительный процесс в кишечнике, аутоиммунный процесс, лимфома.

Когда надо кричать SOS, т.е. вызвать скорую помощь? Если у ребенка с гипертермией появились следующие симптомы:

- 1) нарушение сознания, расстройство дыхания, обезвоживание, судороги (тяжесть состояния);
- 2) сильная, нарастающая и непрекращающаяся длительное время головная боль (вовлечение в патологический процесс головного мозга). При этом маленький ребенок может быть очень раздражительным, беспокойным, запрокидывать голову, постоянно и монотонно плакать, плохо засыпать;



3) высыпания на коже (возможно инфекционное заболевание, но самое опасное – менингококковая инфекция);

4) сильный частый кашель, нарастание одышки как вероятность развития пневмонии или бронхиальной обструкции (напряжены крылья носа, при дыхании ребенок кивает головой, втяжение яремной ямки и межреберных промежутков, вынужденное положение тела при дыхании, т.е. ребенок может только сидеть);

5) боли в ушах (стреляющие или выявляются при надавливании на хрящ в области наружного слухового прохода) как признак воспаления уха (отит);

6) боли при глотании и при разговоре (ангина), осиплость голоса (ларингит), отсутствие голоса (афония);

В этом случае нужно срочно вызвать врача и госпитализировать больного ребенка в больницу для немедленного начала парентеральной (инъекционной) антибактериальной терапии.

Что говорят и советуют международные эксперты? В случае если ребенок с умеренной лихорадкой остается активным, у него не снизился аппетит, то достаточно использовать физические методы снижения температуры тела, а в назначении жаропонижающих препаратов нет необходимости.

Физические методы снижения температуры тела включают питьевой режим, так как температурающий ребенок быстро теряет жидкость, и может наступить обезвоживание. Поите морсом, чаем, подкисленным лимоном, домашними компотами. Напитки не должны быть холодными. В то же время необходимо следить за мочеиспусканием и определять суточное выделение мочи (диурез), чтобы не произошло задержки жидкости в организме ребенка. Применяют обтирание кожи тела и конечностей губкой, смоченной водой или 40%-ным спиртом (можно заменить водкой). Используют обдувание ребенка каждые 5 минут при помощи вентилятора, фена, веера и т.п. Регулярно проветривайте комнату, чтобы температура воздуха была не выше 21 – 23°C. Снимите с ребенка стесняющую его одежду, на-

деньте хлопчатобумажное просторное белье, снимите подгузники, так как они препятствуют нормальному потоотделению и могут вызвать опрелости. Обычно при правильном проведении охлаждающих процедур температура тела снижается на 1-1,5°C за 30 – 60 минут.

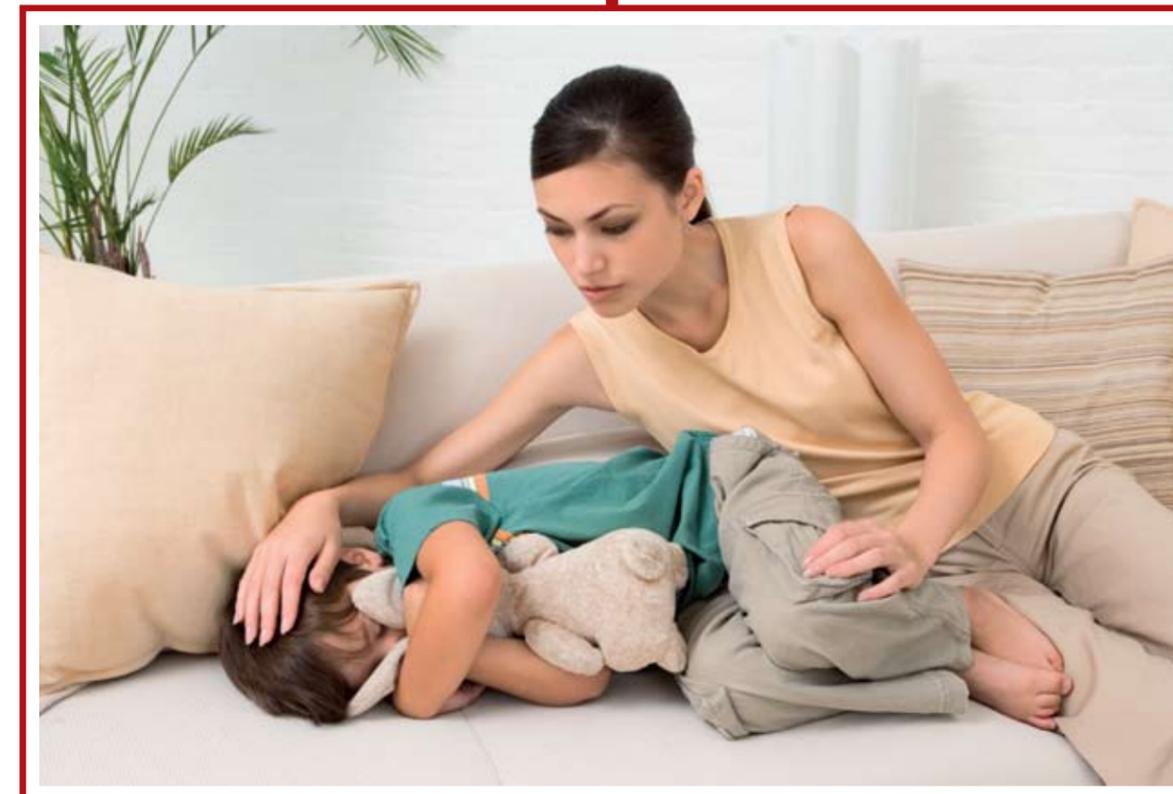
Если все-таки лихорадка у ребенка имеет высокие показатели (>38°C), сопровождается изменением самочувствия и состояния, а также имеются факторы высокого риска, то выбор падает на медикаментозное снижение температуры тела.

В соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) антипиретики, или жаропонижающие средства, показаны следующей группе детей:

- здоровые дети в возрасте старше 3 месяцев при температуре выше 39,0°C и/или дискомфорте, мышечной ломоте и головной боли;
- дети с фебрильными судорогами в анамнезе при температуре выше 38,0-38,5°C;
- дети, страдающие тяжелыми заболеваниями сердца, легких, центральной нервной системы при температуре выше 38,5°C;
- дети первых 3 месяцев жизни при температуре выше 38,0°C.

Назначение антипиретиков делает только врач, а не провизор (работник аптеки), так как врач руководствуется знаниями о физиологии детского возраста, типе лихорадки у каждого конкретного пациента, а также ориентирован на лекарства с наименьшим риском возникновения побочных эффектов. Жаропонижающие препараты купируют (ликвидируют) симптомы, но не лечат причины их возникновения, поэтому они не могут длительно назначаться вне зависимости от уровня температуры. Антипиретики не следует принимать детям, получающим антибактериальные средства, поскольку они затрудняют оценку эффективности последних (могут замаскировать отсутствие снижения температуры при неэффективности лечения). В развитых странах мира жаропонижающие препараты, особенно в детской практике, относятся, как и антибиотики, к рецептурным средствам.

Родителям следует знать, что антипиретики могут вызвать ряд осложнений, например, повреждение почек, печени, желудка, развитие желтухи, зрительные нарушения, бронхоспазм, отек легких, судороги, кровотечения и др. Самостоятельный выбор и длительное применение жаропонижающего лекарства чревато передозировкой и развитием побочных реакций, таких





MEDICELLBANK - банк персонального
длительного хранения гемопоэтических
стволовых клеток пуповинной крови

как олигурия (уменьшение количества мочи), тошнота, рвота, аллергические реакции, угнетение сознания. В моей клинической практике был случай, когда мама самостоятельно неоднократно давала заболевшему малышу жаропонижающие в виде сиропа в течение 2-х дней, а затем несколько раз в виде ректальных свечей, думая, что последние не вызовут осложнений. В итоге ребенок поступил в коматозном состоянии в отделение реанимации, где ему диагностировали отравление салицилатами. Эффект накопления активного вещества медикамента в организме реализуется при введении препарата в любой лекарственной форме.

На сегодня ВОЗ официально признает только ибупрофен и парацетамол в качестве нестероидных противовоспалительных и жаропонижающих средств, полностью отвечающих критериям безопасности и эффективности в педиатрической прак-

тике. Но более 3-х дней антипиретики принимать не рекомендуется, так как если высокая температура длится долго, то высока вероятность бактериальных осложнений, и здесь требуется этиопатогенетическое лечение (воздействие на причину и механизм развития болезни), т.е. антибиотик.

Существует группа антипиретиков, применение которых категорически запрещено у детей. Например, лечение ацетилсалициловой кислотой (аспирин) в ряде случаев сопряжено с тяжелыми осложнениями (внутренние кровотечения, синдром Рея или острая печеночная недостаточность и т.д.). Поэтому назначают препарат только с 16 лет. Из списка антипиретиков для детей из-за их токсичности исключен фенацетин, входящий в состав популярных у родителей свечей Цефекон. Одним из известных токсических осложнений фенацетина является нефропатия, т.е. повреждение почек. Анальгин тоже обладает побочным действием, провоцирующим развитие поражения почек и появления судорог. В настоящее время практически не применяемый в лечении гипертермии амидопирин вызывал нарушение в системе кроветворения. Кстати, амидопирин входит в свечи Цефекон-М.

Таким образом, несмотря на то, что лихорадка является защитно-приспособительной реакцией организма, в ряде случаев она становится угрожающим для жизни состоянием. В педиатрической практике предъявляются особые требования к методам терапии лихорадки в связи с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. Растущий и развивающийся организм ребенка иначе реагирует даже на минимальное повышение температуры тела, а спектр антипиретиков ограничен возрастными рамками и возможными осложнениями. Поэтому, дорогие родители и родственники детей, при повышении температуры тела ребенка, особенно выше критических значений, не поленитесь и проконсультируйтесь с педиатром. В этом случае надо помнить о солидарной ответственности за здоровье и жизнь малыша в первую очередь родителей, а затем врача.

Сауле Сарсенбаева,
д.м.н., профессор кафедры интернатуры
и резидентуры по педиатрии КазНМУ
имени С.Д. Асфендиярова

«MediCell»

Является надежной
компанией по хранению
стволовых клеток
пуповинной крови
новорожденных
и придерживается
строжайших процедур
в данной сфере для того,
чтобы сохранить стволовые
клетки для всей семьи

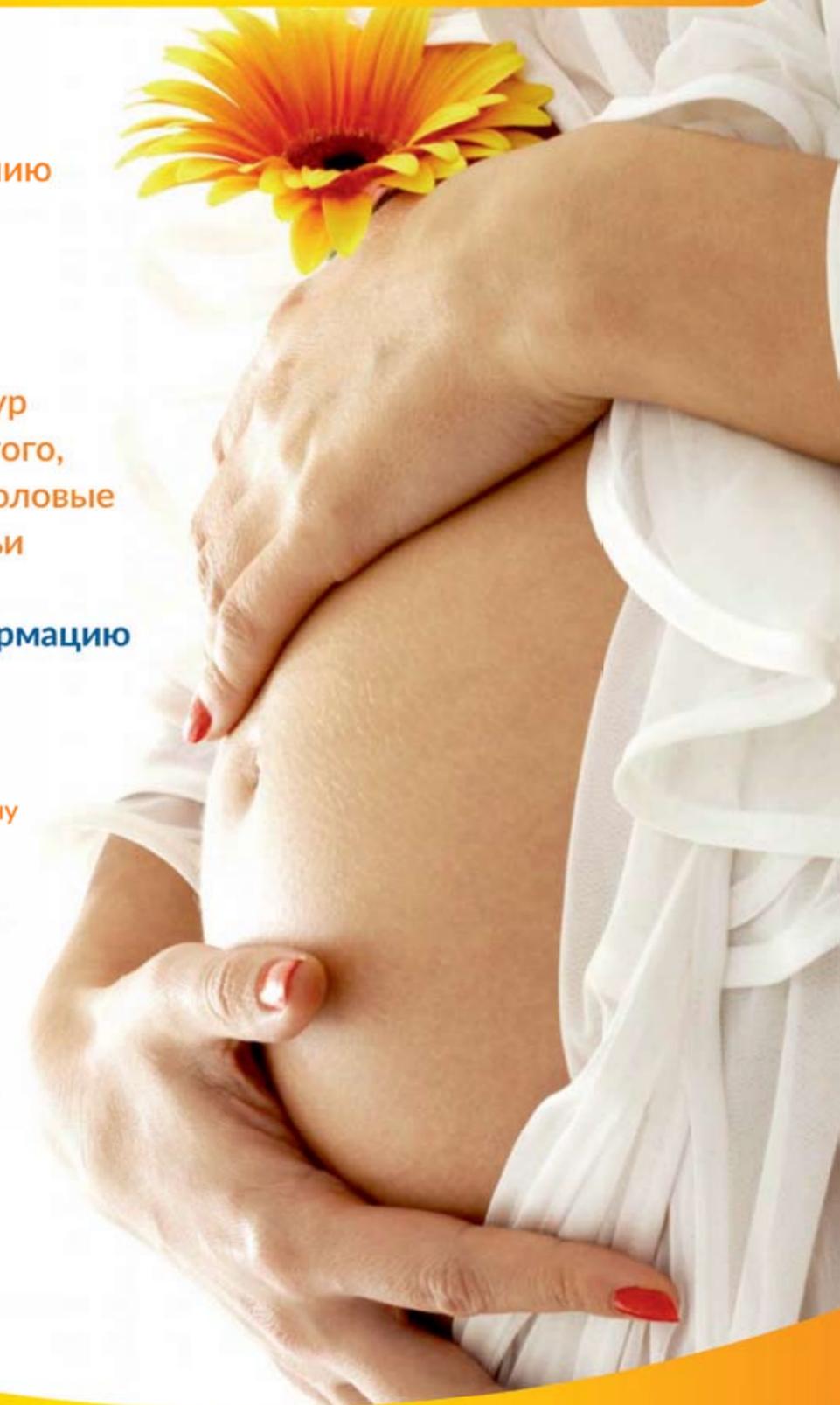
Более детальную информацию Вы можете получить:

посетив сайт
www.medicellbank.kz

либо обратившись по телефону
+7 701 522 2885

Медицинские консультанты
пуповинной крови
Медицеллбанка
остаются с Вами на связи
24 часа в сутки
7 дней в неделю

и готовы оказать Вам
квалифицированную
консультацию
Астана, Ташенова, 20,
педиатрическая клиника
«Медикер»





ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Акмарал Нурбекова,
профессор кафедры
эндокринологии КазНМУ
им. Асфендиярова, главный
внештатный эндокринолог
г. Алматы

Недостаточное потребление йода вызывает йододефицитные заболевания (ЙДЗ), которые относятся к наиболее распространенным неинфекционным заболеваниям человека.

Такие международные организации, как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международный совет по борьбе с расстройствами, вызываемыми недостаточностью йода (ICCIDD), в 1990 году признали ЙДЗ в качестве проблемы здравоохранения в 118 странах мира. В регионах с йодной недостаточностью проживает более 1570 млн человек, то есть почти треть населения мира испытывает последствия йододефицита.

Природная недостаточность йода в почве и воде чаще всего встречается в горных и предгорных регионах и местностях, отдаленных от морей и океанов. Нехватка йода в местных продуктах питания является причиной хронической йодной недостаточности, приводящей к эндемическому зобу, особенно у женщин и детей.

Сколько же йода необходимо для нормальной жизни человека? Суточная потребность в йоде составляет от 100 до 200 мкг, а за свою жизнь человек употребляет 1 чайную ложку йода (3 – 5 г).

Какой уровень потребления йода можно считать безопасным? Эксперты ВОЗ считают безопасной дозу йода в 1000 мкг (1 мг) в сутки.

Йод является незаменимым для функционирования организма микроэлементом. Организм здорового человека содержит 15 – 20 мг йода, 70 – 80% из которого скапливается в щитовидной железе (ЩЖ) и служит необходимым компонентом для синтеза тиреоидных гормонов, состоящих на 2/3 из йода: трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4).

Таким образом, йод входит в состав гормонов ЩЖ и крайне необходим нашему организму для многих физиологических процессов:

- нормального формирования и функционирования мозга
- развития высокого интеллекта
- нормальной функции ЩЖ
- нормального роста и развития ребенка
- полноценной жизни взрослого человека и продолжения рода
- нормального течения беременности и родов, нормального развития плода и новорожденного
- замедления развития атеросклероза и старения организма, для продления молодости и предотвращения преждевременного старения, для сохранения ясного ума и хорошей памяти долгие годы.

ЙОДОДЕФИЦИТ В КАЗАХСТАНЕ

Казахстан относится к региону, бедному по содержанию йода в окружающей среде. Этому способствуют природно-климатические условия: расположение в глубине материка вдали от морей и океанов, по-



ПОСЛЕДСТВИЯ ЙОДОДЕФИЦИТА

стоянное вымывание йода из почвы выпадающими осадками и тающим снегом.

Было установлено, что общая площадь районов, где имеет место дефицит йода, в Казахстане составляет 1 058 000 км², что превышает половину территории республики. В 11 из 14 территориальных областей наблюдается высокая распространенность эндемического зоба.

Следует подчеркнуть, что по результатам Мультииндикаторных кластерных исследований (МИКИ), проведенных Казахской академией питания в 2006 году при поддержке ЮНИСЕФ, распространенность йододефицита среди женщин репродуктивного возраста снизилась вчетверо по сравнению с показателем 1999 года и составила 15%. Это произошло благодаря внедрению в практику на национальном уровне эффективных мер профилактики йододефицита – йодированию пищевой соли.

1. Наиболее часто йододефицит проявляется развитием диффузного эутиреоидного зоба – равномерного увеличения (гиперплазии) щитовидной железы. Зоб возникает как компенсаторный механизм, обеспечивающий достаточный синтез тиреоидных гормонов в условиях нехватки йода.

По критериям ВОЗ, если более 10% населения региона страдает диффузной гиперплазией ЩЖ, то данный регион признается эндемическим по зобу. Согласно классификации ICCIDD (Международного совета по борьбе с йододефицитом) и ВОЗ, степень увеличения щитовидной железы, вызванная йододефицитным состоянием, определяется по следующим размерам:

степень 0 – ЩЖ не увеличена и в норме не пальпируется;
степень 1 – ЩЖ пальпируется размером с первую фалангу большого пальца;
степень 2 – ЩЖ определяется на глаз при запрокидывании головы, пальпируется перешеек и боковые доли железы.

2. Вторым по частоте следствием йодного дефицита среди взрослого населения является узловая зоб – неравномерная узловая гиперплазия ЩЖ. В эндемичных по зобу регионах узловые формы достигают 50 – 70% от всей патологии ЩЖ. Каким же образом йодный дефицит может способствовать формированию узлового (многоузлового) коллоидного пролиферирующего зоба?

В связи с тем, что йодный дефицит приводит к гиперстимуляции всей ЩЖ, процесс узлообразования, как правило, не ограничивается каким-нибудь одним участком или долей – в результате образуется многоузловой зоб.

По данным В.В. Фадеева, частота выявления узловых образований у на-

селения достигает 10 – 40%. При ультразвуковом обследовании узлы в ЩЖ выявляются у 20 – 44% женщин и у 17 – 19% мужчин.

3. Малигнизация кистозно-узловых образований и развитие первичного рака щитовидной железы среди всех новообразований встречается в 3 – 5% наблюдений.

Рак ЩЖ наиболее часто возникает в возрасте 40 – 60 лет, однако довольно часто встречается и в юношеском возрасте (в 13 – 15% случаев) и в детском (6-7% случаев). Рак щитовидной железы у женщин развивается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин.

4. Следует отметить, что на ранних этапах узловой зоб не ведет к нарушению функций ЩЖ. Однако у ряда пациентов могут сформироваться узловые образования, приводящие в дальнейшем к функциональной автономии щитовидной железы, и вызывать развитие тиреотоксикоза.

Многоузловой токсический зоб развивается почти исключительно у лиц старшей возрастной группы (после 60 лет).

5. Крайняя степень йододефицита проявляется в форме гипотиреоза, обусловленного резким уменьшением уровня тиреоидных гормонов в организме.

6. Если во время беременности плод испытывал тяжелый йододе-

фицит, то у ребенка может возникнуть неврологический кретинизм, который сопровождается отставанием умственного и физического развития.

Сегодня термин «кретинизм» практически для каждого человека ассоциируется с физическим уродством и умственной отсталостью, низкорослостью. Однако далеко не все знают, что в основе этого страшного врожденного заболевания лежит тяжелая степень недостаточности йода в организме женщины во время беременности.

7. Йодный дефицит существенно усиливает поражающее воздействие радиоактивного облучения, повышая подверженность раку щитовидной железы. Рост частоты рака ЩЖ продемонстрирован у населения, проживавшего в регионе, подвергшемся радиоактивному заражению после чернойбыльской аварии.

8. Проведено 18 исследований, в ходе которых сравнивались группы населения, страдающие йодным дефицитом, с соответствующими контрольными группами населения аналогичного социально-культурного уровня и происхождения, но без йододефицита (Bleichrodt&Born, 1994). Оказалось, что средний показатель коэффициента умственного развития (IQ) у группы людей, страдающих йодным дефицитом, на 13,5 пункта ниже среднего показателя у группы лиц, не страдающих йодным дефицитом. Эти данные дополнительно указывают на серьезный социальнo-демографический аспект воздействия йодного дефицита на экономическое развитие целых стран.

9. Дефицит йода особенно отрицательно

сказывается на детях разного возраста. Так, различия в психомоторном развитии у детей с йодным дефицитом начинают проявляться уже с первых месяцев жизни, явно – в 2,5 года и старше в виде задержки роста и затруднений при учебе. При наличии даже умеренного дефицита йода умственные способности всего населения снижаются в среднем на 10–15%, что представляет собой большую угрозу интеллектуальному потенциалу всей нации.

10. Даже на фоне умеренного йододефицита у пациентов ухудшается память (особенно зрительная), снижается слуховое восприятие информации и замедляются процессы ее обработки, возникает рассеянность, апатия, слабость, ощущение хронического недосыпания, постоянные головные боли. Вследствие замедления процессов обмена веществ происходит увеличение массы тела, даже при соблюдении диеты. Кожа становится сухой, волосы и ногти – ломкими. Часто наблюдаются артериальная гипертония, увеличение уровня холестерина в крови, что повышает риск развития ишемической болезни сердца и атеросклероза. Характерно развитие дискинезии желчевыводящих путей и желчнокаменной болезни, у женщин – миомы матки, мастопатии, расстройств менструального цикла и бесплодия.

Таким образом, последствия йододефицита обусловлены его тяжестью и возрастом, в котором развивается недостаток йода. К наиболее тяжелым последствиям приводит йододефицит, развившийся на ранних этапах становления организма: от внутриутробного до полового созревания.

ПРОФИЛАКТИКА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Современные методы профилактики ЙДЗ основаны на работе Давида Марина, который еще в 1915 году провозгласил: «Эндемический зоб из всех известных заболеваний легче всего предотвратить».

Профилактика йододефицита может проводиться следующими методами:

- индивидуальными
- групповыми
- массовыми.

К индивидуальной профилактике относится применение йодсодержащих лекарственных средств, а также внутримышечных инъекций препаратов йода конкретным индивидуумам. К йодсодержащим препаратам относятся таблетки с йодом калия (Йодомарин). Групповая йодная профилактика включает назначение препаратов йода группам риска развития йодного дефицита – детям, подросткам, беременным и кормящим женщинам, женщинам репродуктивного возраста.

Массовая профилактика йододефицита осуществляется путем йодирования соли. В настоящее время практически вся соль, производимая в Казахстане, а также импортируемая в республику, обогащена йодом. Количество данного микроэлемента в йодированной соли удовлетворяет потребности в йоде у всех людей, в том числе у беременных женщин.

Пищевая соль йодируется таким образом, что в 5 граммах соли содержится та ежесуточная норма йода, которая необходима для нормального роста и развития организма.



Следует отметить, что около 40% от этого количества соли человек в среднем получает в составе хлеба, 40 – 50% – в составе других готовых продуктов (каши, рыба, мясо, колбасы, консервы и др.), около 10% – в составе натуральных несоленых продуктов (молоко, кефир, овощи, фрукты). Для обеспечения суточной физиологической потребности в йоде для детского и взрослого организма ВОЗ в 2001 году определила следующие нормы потребления йода:

- грудные дети (0 – 24 мес.) – 50 мкг в сутки;
- дети младшего возраста (2 – 6 лет) – 90 мкг в сутки;
- дети младшего и среднего школьного возраста (6 – 11 лет) – 120 мкг в сутки;
- подростки и взрослые (от 12 лет и старше) – 150 мкг в сутки;
- беременные и кормящие женщины – 200 мкг в сутки.

Акмарал Нурбекова, профессор кафедры эндокринологии КазНМУ им. Асфендиярова, главный внештатный эндокринолог г. Алматы

МЕНОПАУЗА И ЗДОРОВЬЕ



Все чаще женщины, вступающие в менопаузу, прибегают к заместительной гормональной терапии. Однако сомнений по ее применению остается все еще немало. Попытаемся разобраться.

Все мы знаем, что бессимптомного климакса практически не бывает. Разные проблемы в разной степени и формах бывают почти у всех. Кого-то бросает в жар, мучают так называемые приливы, кто-то быстро начинает прибавлять в весе и терять костную ткань, у кого-то проявляются признаки сердечно-сосудистых заболеваний и нередко возникает беспричинная раздражительность, у многих женщин резко меняется внешность и появляется большое количество морщин. Сюда же можно прибавить проблемы с мочевым пузырем, бессонницей, отсутствием либидо. Все эти симптомы вызваны тем, что с наступлением менопаузы в организме гораздо меньше вырабатывается женского полового гормона эстрогена, дефицит которого приво-

дит к появлению вегетативных, урогенитальных и психоэмоциональных расстройств.

Однако не стоит тревожиться и паниковать по поводу всех этих естественных процессов. Они все не означают наступление старости, это может быть интересное время со своими радостями, открытиями, счастливыми мгновениями. Все зависит от собственного отношения. Подумать только: примерно треть или четверть всей женской жизни занимает климактерический период! Неужели отдать это драгоценное время тоске и депрессии? Лучше сделать его возрастом зрелого очарования, мудрости и удовольствий.

Кстати, о том, какое разное отношение к климаксу существует у разных народов, говорят такие факты. Женщины в индейских племенах, например, считают этот период в своей жизни самым

счастливым и ожидают его с радостью. Для них это время снятия запретов и ограничений юности, и особых проблем со здоровьем они не ощущают. А в некоторых индийских кастах считается, что с наступлением этого периода женщина не должна все свое время посвящать детям и мужу, она становится более свободной. Может быть, это крайность, но с тем, что в любом возрасте есть свои плюсы и минусы, точно так же, как с утверждением, что у природы нет плохой погоды, не поспоришь. Главное – быть готовым к новому периоду жизни, встретить его осознанно, с пониманием и знаниями. И один из основных вопросов, который нужно решить женщине, вступающей в менопаузу, – принимать или нет заместительную гормональную терапию. От этого может зависеть дальнейшее состояние здоровья.

Официальная медицина считает гормональную терапию безопасным и эффективным методом лечения климактерических симптомов у здоровых женщин.

Лечение проводится препаратами с содержанием только эстрогенов и эстрогенов в сочетании с прогестагенами. Добавление прогестеронов необходимо, так как изолированный прием эстрогенов приводит к разрастанию внутреннего слоя матки – эндометрия, и имеется риск развития рака матки. А при приеме комбинированных гормональных препаратов этот риск нивелируется. Прием только эстрогена показан в тех случаях, когда у женщины удалена матка.

В настоящее время появились разные формы препаратов: таблетки, назоальные гели, пластыри, интраназальные спреи и другие.

Однако несомненно, что при приеме гормонов имеет место определенный риск воздействия этих препаратов на другие органы и системы. Поэтому обязательно нужно иметь в виду, что о преимуществах и недостатках ГЗТ может детально сказать только врач в каждом конкретном случае.

К основным положительным факторам можно отнести снижение неприятных симптомов, а это очень важно, ведь они мешают нормальной жизни, ухудшают ее качество. Медики также говорят об уменьшении риска развития остеопороза. В то же время имеются данные о том, что применение гормональной заместительной терапии может приводить к возникновению таких опасных болезней, как рак молочной железы и сердечно-сосудистые заболевания.

Каким суждениям и мнениям в этом сложном, деликатном и не до конца изученном вопросе доверять, какой в итоге сделать вывод? За комментариями мы обратились к директору медцентра «Медикер Алатау», семейному врачу, кандидату медицинских наук Ирине Ивановне Снигиревой.

Известный доктор в первую очередь напомнила, что всегда при назначении серьезных медикамен-

тозных препаратов на весах противостоят риск и польза. Принимать решение каждая женщина должна самостоятельно, предварительно посоветовавшись с врачом, который учтет все обстоятельства.

– Так известно, что гормонозаместительная терапия значительно улучшает качество жизни в связи с уменьшением неприятных симптомов, сопутствующих менопаузе, а также значительно снижает риск развития остеопороза, – говорит Ирина Ивановна. – Однако мнения о влиянии на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы противоречивы. Многочисленными исследованиями доказано, что гормонотерапия не увеличивает риск развития заболеваний сердца, когда она начата у женщин до 60 лет, и никак не влияет на уровень смертности от сердечных заболеваний. В то же время имеются данные, что при приеме только эстрогенов заметно снижается уровень развития сердечно-сосудистых болезней у женщин.

Следует отметить, что некоторые положения о влиянии ГЗТ на здоровье женщин до настоящего времени остаются спорными. Так, опубликованы результаты исследований, которые утверждают, что при гормонозаместительной терапии в период менопаузы уменьшается риск развития болезни Альцгеймера и старческого слабоумия, – продолжает Ирина Ивановна. – Однако другие исследователи такой взаимосвязи не обнаружили, в связи с чем требуется дальнейшее изучение этого вопроса. Результатом некоторых исследований является снижение риска развития рака кишечника, однако причинно-следственные факторы до конца не ясны.

Продолжая тему о возможных рисках ГЗТ, нельзя не вспомнить о раке молочной железы. Очень много внимания в средствах массовой информации было уделено этому вопросу в связи с опубликованием результатов крупномасштабных исследований, проведенных в США и Великобритании между 2002 и 2004 годом. В итоге пришли к заключению, что риск развития рака молочной железы незначительный (+1 случай на 1000 женщин каждый год). Аналогичный риск имеет место у женщин с лишним весом, у нерожавших и у часто принимающих алкоголь. Отмечено, что лишь при приеме комбинированных препаратов имеется вероятность развития рака молочной железы. При лечении только эстрогенами повышенного риска нет, а, возможно, эстрогены даже снижают вероятность развития рака молочной железы. Результаты большинства исследований не выявили повышение риска при длительности приема препаратов до 5 лет и у женщин до 50 лет (так как они принимают гормоны, которые их организм в любом случае должен вырабатывать в этом возрасте).



Длительность курса лечения определяет врач. Короткий курс ГЗТ рекомендуется, если симптомы при менопаузе значительно нарушают качество жизни и нет никаких отягчающих сопутствующих заболеваний. Следует принимать самую низкую дозу, которая дает положительный эффект. Часто случается, что после 1-3 лет гормонозаместительной терапии симптомы менопаузы купируются, и нет смысла дальнейшего приема препаратов. Несомненно, прием гормонов является определенным фактором риска образования тромбов, что может вызвать закупорку глубоких вен. Тромбы могут оторваться, попасть в легкие и вызвать легочный эмболизм. Легочный эмболизм и тромбоз глубоких вен называется венозным тромбоемболизмом. Женщины, принимающие сочетанную гормональную терапию в таблетках, больше предрасположены к развитию этого состояния, особенно если имеются другие предрасполагающие факторы (курение, лишний вес, тромбоз в прошлом). Но такой риск отсутствует при использовании геля и пластырей. В литературе отмечается незначительно повышенный риск развития инсульта, как при приеме комбинированных препаратов, так и только эстрогена в таблетках. При этом чем ниже доза эстрогена, тем меньше риск. А при использовании геля или пластырей он отсутствует.

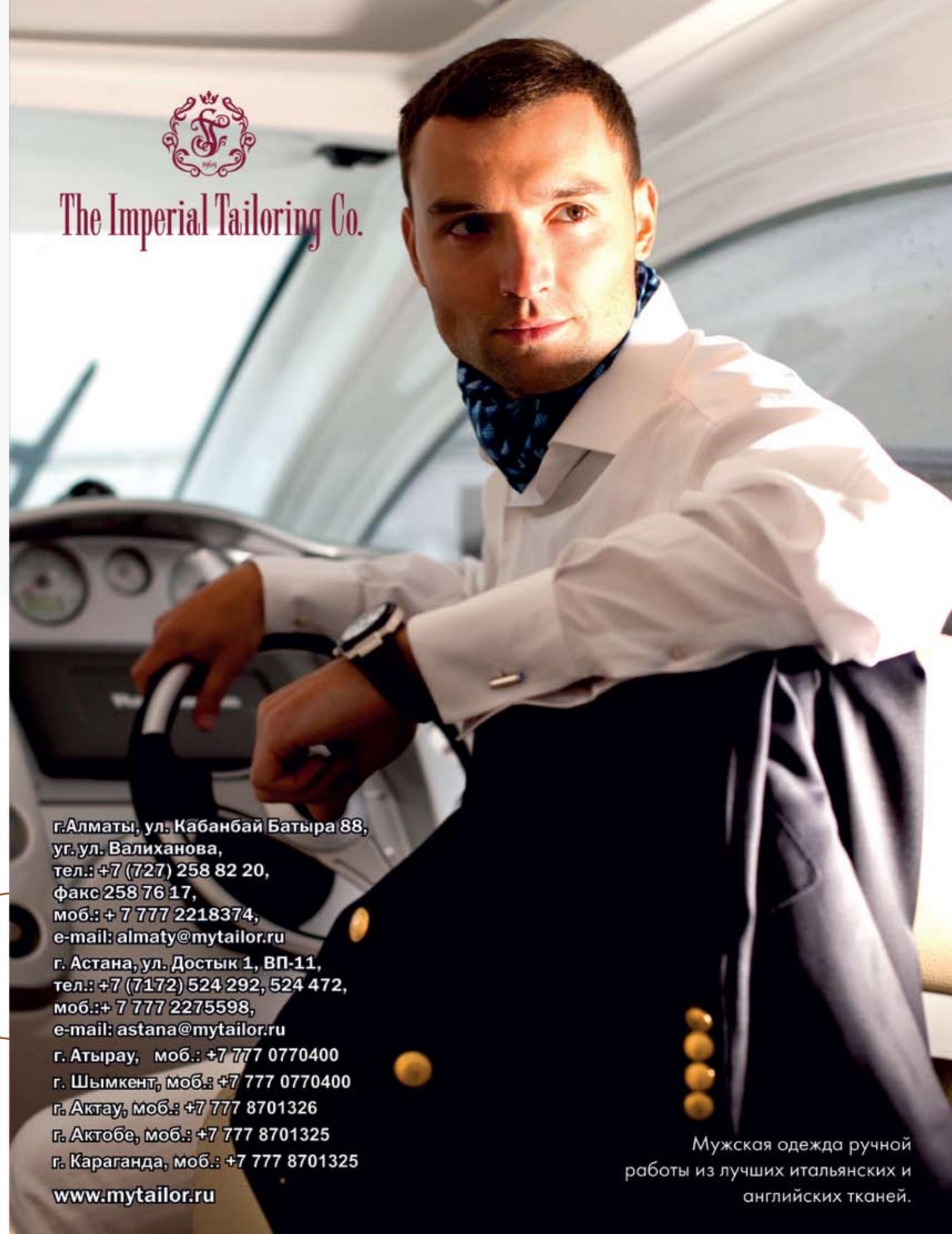
Итак, резюмирует доктор, если очень тщательно проанализировать имеющиеся результаты, то можно сделать вывод, что, конечно, в ряде случаев ГЗТ может повысить риск развития некоторых заболеваний, но в большинстве случаев – риск очень незначительный. Конечно, эффективность терапии, как и побочные эффекты, зависит от индивидуальных особенностей – возраста, образа жизни и сопутствующих заболеваний. Таким образом, менопауза – это естественный процесс, и вопрос медикаментозного вмешательства является спорным, если имеет место хоть какой-то риск для здоровья, пусть и минимальный. Ведь симптомы при менопаузе можно ослаблять приемом травяных препаратов. Для профилактики остеопороза лучше включать в ежедневный рацион побольше молочных продуктов и средств, содержащих кальций, а предупреждать сердечно-сосудистые заболевания можно и нужно с помощью здорового образа жизни – занятия спортом, рационального питания.

Алия Сагитова

741 С заботой о Вас!



The Imperial Tailoring Co.



г. Алматы, ул. Кабанбай Батыра 88,
уг. ул. Валиханова,
тел.: +7 (727) 258 82 20,
факс 258 76 17,
моб.: + 7 777 2218374,
e-mail: almaty@mytailor.ru

г. Астана, ул. Достык 1, ВП-11,
тел.: +7 (7172) 524 292, 524 472,
моб.: + 7 777 2275598,
e-mail: astana@mytailor.ru

г. Атырау, моб.: +7 777 0770400
г. Шымкент, моб.: +7 777 0770400
г. Актау, моб.: +7 777 8701326
г. Актобе, моб.: +7 777 8701325
г. Караганда, моб.: +7 777 8701325

www.mytailor.ru

Мужская одежда ручной работы из лучших итальянских и английских тканей.

НЕ ЛЕЧИТЬ —

За грибами ходят не только в лес. «Грибной сезон» может быть в душе, сауне, плавательном бассейне, тренажерном или спортивном зале. Везде, где влажно, тепло и немало скопление людей, есть опасность заразиться грибковыми инфекциями.

Еще не так давно микозы в основном были у прошедших военную службу юношей и у пожилых людей. Сейчас их диагностируют почти у каждого пятого человека, и все больше грибковой инфекцией поражаются молодые. И многие все чаще убеждаются в том, что это далеко не такое безобидное заболевание, как кажется. Главная опасность кроется в том, что оно заразно и довольно сложно поддается лечению, если болезнь запущена. А вот заразиться грибом легко. Считается, что примерно треть случаев происходит в семье, от родственников, от общих вещей, одежды, обуви, полотенец.

«Легко протекая, болезнь поначалу мало чем себя выдает. Сначала поражается кожа стоп и кистей ног, затем ногти. И вот тогда уже не заметить инфекцию просто невозможно, — говорит дерматолог-венеролог **Эльвира Рахимова**. — И дело не только в красоте ногтей. Важно знать, что если не вылечены ногти, то источник инфекции будет продолжать жить, и останется риск поражения других органов».

В начале заражения, когда видно лишь шелушение между пальцами, трещинки и может ощущаться небольшой зуд, вылечить инфекцию гораздо легче, чем при поражении ногтей. Закрепляясь на коже, клетки грибка затем внедряются в ногти. Поэтому чем раньше начать лечение, тем оно будет эффективнее. Впрочем, отмечает врач, лечатся и любые запущенные формы, главное — скрупулезное выполнение медицинских назначений. Пренебрегать ими нельзя, ведь со временем инфекция может распространяться на другие органы и системы, вызывать обострения хронических болезней, к примеру, варикоза, сахарного диабета или рожистого воспаления. Грибковые инфекции угнетают иммунитет, отравляют организм токсинами, вызывают аллергические реакции. Ну а уж о внешнем виде ногтей и запахе от ног и говорить не приходится, это неприятно и для самого человека, и для его близких.

Итак, онихомикоз (грибок ногтей) и микоз стоп лечат у дерматолога. Хороший специалист, прежде чем назначить капли и другие средства, направит сначала на анализы для определения штамма грибка. Хотя сейчас много универсальных лекарственных средств, которые действуют на разные виды инфекций, точный диагноз не помешает. И, конечно, партнером медика в борьбе с грибом должен стать сам пациент.

«Купив в аптеке лекарство, не нужно спешить сразу капать или мазать средство на ногти, — поясняет Эльвира Рахимова.

ОПАСНО



— Очень важно сначала сделать мыльно-содовую ванночку, смешав столовую ложку соды с 20 г хозяйственного мыла на литр горячей воды, и после сорокаминутной ванночки обстричь ногти. Только тогда стоит наносить лекарственное средство». Сейчас в медцентрах проводят аппаратную обработку ногтей, процедура безболезненная, позволяющая максимально приготовить их к лечению. А ванночки следует делать раз в неделю. Необходимо также обработать обувь 40-процентным раствором уксусной кислоты, причем тампон желателно оставить в обуви в закрытом пакете на 48 часов. И, конечно, надо настроиться на длительное лечение.

А меры профилактики довольно простые, гигиенические. У каждого члена семьи должны быть свои полотенца, расчески, губки. В салонах красоты не нужно стесняться смотреть, обрабатывают ли дезинфицирующими средствами инструменты для маникюра и педикюра. В душевых фитнес-залов использовать резиновые тапочки, насухо вытирать ноги. Не лишним будет перед бассейном втереть в кожу стоп антигрибковую мазь.

О том, насколько это заболевание серьезное, говорит и такой факт: наши соседи в этом году запустили всероссийскую акцию «Профилактика грибка ногтей и стоп

ради сохранения жизни. Победим грибок вместе!». Организаторы — Министерство здравоохранения РФ и Научный центр микологии России — проводят разъяснительную работу и продвигают научные разработки в этой области.

Наши соседи в этом году запустили всероссийскую акцию «Профилактика грибка ногтей и стоп ради сохранения жизни. Победим грибок вместе!»

Комплексно и в то же время индивидуально подходят к лечению этих болезней в европейских странах. Там обязательно выявляют вид грибка, исследуя его под микроскопом и делая лабораторные тесты на резистентность к тому или другому противогрибковому препарату, что позволяет лечить быстро и эффективно. И западные ученые продолжают постоянно внедрять научные разработки, создавая новые средства.

И все же без желания и активности самих людей, заразившихся этой инфекцией, результата не будет. Поэтому смело идите к доктору и избавьтесь от вредного грибка!

Алия Сагитова

ИНТЕРЕСНОЕ ОБ ИЗВЕСТНОМ.

МЕДИЦИНА – ДРЕВНЕЕ ИСКУССТВО

Часть 2

Латинский язык получил свое название от племени латинов, которые в начале I тыс. до н.э. населяли небольшую область Центральной Италии – Лациум, главным городом которой становится Рим. В первые века новой эры «мертвый» язык ассимилировал с греческой медицинской терминологией, основателем которой был Гиппократ. В эпоху Возрождения (XV – XVI века) латынь стала признанным языком врачей. Как в наше время никуда нельзя без английского языка, так и в ту пору без латыни нельзя было стать ученым мужем. Знание латыни помещало представителей культурной и ученой прослойки средневекового общества в высшую касту. Зашифрованная речь и рецепты медика ограждали пациента и его семью от информации, которую было позволительно знать только врачу и фармацевту. Отсюда, наверное, «растут ноги» неразборчивых записей современных докторов. И до сих пор мы чаще говорим «пневмония», а не воспаление легких, «диабет», а не «сахарная болезнь» и т.д. Новые медицинские термины, как

правило, создаются из комбинирования или реконструкции уже употребляемых. Поэтому остается «снять шляпу» перед древними и средневековыми врачами.

Философия и медицина сделали человека самым разумным из животных, гадание и астрология – самым безумным, суеверие и деспотизм – самым несчастным.

Диоген

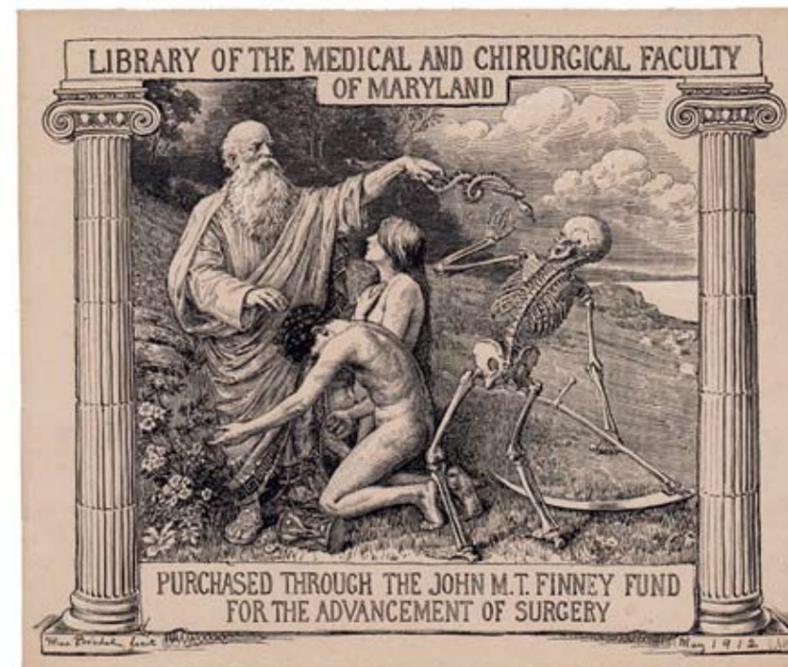
Медицина прошлых тысячелетий часто была окутана тайнами и легендами, порождая мифы и сказания. Согласно мифу греческим богом Аполлоном проведено первое (а может, и нет) «кесарево сечение», благодаря которому на свет появился обожествленный впоследствии Асклепий (Эскулап). Почему назвали «кесарево» (царское), потому что по одной версии этим же способом родился в 102 году до н.э. Юлий Цезарь. Аполлон был не толь-

практически вся современная медицинская терминология берет начало из греческого, латинского и арабского прошлого. Слова фармация, карантин, генезис, дерматит, гинекология, доктор, артерия, диабет, терапия и др. пришли и закрепились в нашем лексиконе очень давно. Наиболее популярный в медицине латинский язык (lingua Latina) сегодня считается подобно санскриту «мертвым» и в то же самое время является официальным языком государства Ватикан.



ко богом-врачевателем, но и богом карающим. В «Илиаде» Гомера он ниспослал мировую язву (чума) на греков (ахейцев), воевавших под Троей, в наказание за то, что они оскорбили его жреца. Его сыну Асклепию приписываются и первые попытки омоложения старцев с помощью крови Медузы Горгоны, и оживление умерших травами и змеиным ядом. Змея неслучайно стала символом врачевания в нескольких странах древнего мира – Египте, Вавилоне, Греции, Финикии. Именно змея была символом

египетского бога Тота, патрона врачей, а богиня жизни и здоровья Изида изображалась всегда со змеями, символизирующими вечную жизнь. Финикийцы верили, что змея обладает силой омоложения. Плиний (24 – 79 г. н. э.) считал, что змея стала эмблемой медицины потому, что, сбрасывая кожу, она как бы возрождается, подобно телу больного после лечения. Вавилонский бог врачей Нингизид носил посох, вокруг которого вились две змеи. Гермесов кадудцей со змеями в настоящее время в ряде стран Америки при-



знан как официальная медицинская эмблема. Сегодня мы уже знаем, что змеиный яд отличается сложным составом (белки, аминокислоты, жирные кислоты, ферменты, микроэлементы) и обладает уникальными свойствами в зависимости от вида и дозы (например, в качестве болеутоляющего, противовоспалительного средства при заболеваниях периферической нервной системы).

Гимнастика есть целительная часть медицины.

Платон

Возвращаясь к Асклепию, примечательно, что опыт первых храмов и клиник божественного врачевателя, располагавшихся в Трикке и Эпидавре (Греция), а ныне являющихся историческими памятниками, в дальнейшем был распространен на Тибрском острове и острове Кос. Врачи последнего считались асклеиадами, т.е. его потомками. Процедура исцеления в асклепейонах включала лечебные ванны, диету, массаж, гимнастику, кровопускания, слабительные, молитвы, жертвоприношения и другие обряды очищения «от скверны», т.е. злых духов. Известные медицинские термины «миазма» (осквернение) и «фармакос» («козел отпущения», на которого переносилось заболевание) происходят из этой магической практики. В уплату за услуги больные приносили в храм изображения исцеленных частей своего тела. При археологических раскопках в Эпидавре в большом количестве найдены мраморные ноги и руки, серебряные сердца, золотые глаза и уши. На стенах последователи храмовой медицины вывешивали *anatemata*,

т.е. таблицы с описанием истории болезни и лечения, служившие своеобразной рекламой храмам и учебными пособиями. В то же время философ-материалист Демокрит (около 460 – 377 гг. до н. э.) подвергал критике данную методику исцеления, опирающуюся в основном на магические манипуляции, погружение в «инкубационный» сон. Гиппократ (около 460 – 377 гг. до н. э.) тоже относил себя к асклеиадам. Легендарный врач был последователем Косской медицинской школы, которая рассматривала организм в тесной связи с окружающей природой, разработала принцип наблюдения и лечения у постели

больного, а также развивала основы врачебной этики.

Сегодня современных врачей нередко называют на римский манер «эскулап» или просто «гиппократ». Помните строчки А.С. Пушкина «Я ускользнул от Эскулапа, худой, обритый, но живой...». Почему же Гиппократ стал самым популярным медиком древности? Потому, что он был так называемым врачом-периодиком, т.е. не практиковал у себя на родине, а странствовал по городам Греции, Малой Азии, Скифии, восточному побережью Черного моря, Ливии и Египта.

Гиппократу наряду с «Гиппократовым сборником» приписывается знаменитая клятва, однако существование ее зафиксировано задолго до его рождения. Первое литературное оформление «Клятвы» было сделано лишь в III веке до н.э. в знаменитой Александрийской библиотеке, основанной в столице эллинистического Египта Александрии. Вот знаменитое начало Клятвы: «Клянусь Аполлоном-врачом, Асклеием, Гигиеей и Панахеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство». При этом Гигея (богиня здоровья) и все исцеляющая Панакея (покровительница лекарственного врачевания) являлись дочерьми Асклепия. Их имена легли в основу таких общеизвестных терминов, как гигиена и панацея. Не менее знаменитыми потомками божественного врачевателя были Махаон, ставший знаменитым хирургом, и Подалирий, лечивший внутренние болезни (Гомер, IV песнь «Илиады»). Дарамбер (парижский врач, 1841 – 1872 гг.) насчитал в поэме Гомера описание 141 повреждения туловища и конечностей, лечение которых состояло в извлечении стрел и других ранящих предметов, выдавливании крови, применении болеутоляющих и кро-

востанавливающих растений, наложении повязок.

Таким образом, у всех богов Древнего мира была своя реальная история жизни, в последующем завуалированная мифическими деталями. Мы не будем обсуждать новое видение на последовательное появление в древности того или иного бога-врачевателя, т.е. когда за теряющим «рейтинг» Аполлоном появляется его сын Асклепий, а тот, в свою очередь, скорее всего имеет собирательный образ. Например, Цицерон (106 – 43 до н.э.) пишет, что были известны три Асклепия: «Из Эскулапов первый – сын Аполлона. Ему поклоняются в Аркадии. Он изобрел медицинский зонд и, как говорят, первым стал бинтовать раны. Второй Эскулап был братом Меркурия. Этот, пораженный молнией, говорят, был похоронен в Кинсурах. Третий – сын Арсиппа и Арсиной, первым открыл способы очищения желудка и удаления зубов...». Выдающимся представителем еще одной древнегреческой медицинской школы был философ и врач Алкмеон (жил в V в. до н. э.), открывший перекрест зрительных нервов и слуховой канал. А головной мозг он рассматривал как орган познания и причину некоторых болезней. Первое описание эпидемии и причины их возникновения находим у Геродота (около 484 – 425 гг. до н. э.). По его мнению, чума и дизентерия в войске Ксеркса (персидский царь, правил в 486 – 465 гг. до н. э.) возникли от употребления в пищу травы, листьев и древесной коры вместо хлеба, от скопления войск и гниения тысяч незахороненных тел. В Элладе зародилось и самостоятельное направление медицины – анатомия (от греч. anatome – рассечение), основоположником которой по праву считается Герофил из Халкидона (335 – 280 гг. до н. э.). Он вскрывал трупы и подробно описал твердую и мягкую мозговые

оболочки, части головного мозга, печень, двенадцатиперстную кишку, которой впервые дал это название, стекловидное тело, сетчатку глаза. Ему принадлежит учение об артериальном пульсе, который напрямую связывал с деятельностью сердца.

Медицина заставляет нас умирать продолжительнее и мучительнее.

Плутарх

К концу периода «до нашей эры» в результате географического перемещения целых народов, военных походов, активного взаимодействия разных культур произошел естественный обмен медицинскими знаниями и умениями между странами Европы и Востока, за исключением Китая, о котором европейцы узнали лишь в XIII веке. Преемницей Гиппократовых знаний и трудов древнеримского ученого Галена стала Византия, ученые которой могли одновременно применять прогрессивные знания древних медиков, открывать медицинские школы (Александрия) и утверждать, что «Земля есть плоскость, окруженная океаном и покрытая небесным сводом, где находится рай».

Одним из самых выдающихся врачей Византии был Орибасий из Пергама (325 – 403 гг.), который обобщил и систематизировал наследие античных врачевателей, создав энциклопедию «Collecta medicinalia» («Врачебное собрание») в 72 томах. До нас дошли лишь 27, из них мы узнали сведения о Гиппократе, Галене, Геродоте и других древних ученых.

В империи использовался и опыт арабоязычной медицины, открывались монастырские больницы. Первая была построена в 370 г. Василием Великим в Кесарии (территория современного Израиля) и представляла собой маленький город со зда-

ниями для размещения больных с известными тогда болезнями, в том числе была колония для прокаженных (прообраз лепрозориев). Медицина входила в программу византийского образования и преподавалась в тесной связи с четырьмя основными предметами – математикой, геометрией, астрономией и музыкой, которые объединялись под названием «Quadrivium» (лат. «четырепутье»). Первыми христианскими врачами считались братья-близнецы Косьма и Дамиан, преданные мученической смерти во времена императора Диоклетиана (284 – 305 гг.). Сейчас они почитаются как покровители врачей и аптек.

Еще один континент, потрясавший в древности своим искусством исцеления людей, – это Америка. В государстве ацтеков существовал специальный орган, который занимался регулированием деятельности врачевателей (что-то вроде минздрава). Ацтекские врачеватели знали около 3000 лекарственных растений, большинство из которых не росло на Евразийском материке. Эти растения они не только добывали, но и выращивали в специально созданных садах (первые известные истории аптекарские сады и



огороды). Примечательна была практикуемая техника родовспоможения, к которой допускались рожавшие женщины. Так, за несколько месяцев до родов беременной устраивали паровую баню, во время которой ошупывали живот, определяли положение плода и при необходимости исправляли его (!). При начале родовой деятельности женщину мыли в бане, поили сасауактли для предотвращения разрывов, отварами растений для обезболивания и родостимуляции. При патологических родах применяли эмбриотомию, а вот об опыте «кесарева» сведений нет. Для стимуляции выделения молока также применяли специальные медицинские растения (кормили грудью до 2-3 лет). Другим



достижением древних индейцев была трепанация черепа по медицинским показаниям. Следы трепанации сохранили 2% ископаемых черепов, обнаруженных в районах Куско и Паракас, при этом до 70% больных выздоравливало (образование костной мозоли).

Территория полиэтничного государства Дешти Кипшак, объединявшая современную Россию, Казахстан и другие страны СНГ, также славилась лекарским мастерством. На Руси народных врачей называли лечцами («Русская Правда» Ярослава Мудрого, XI в.). Уже тогда были известны лечеб-

ные свойства укуса, медного купороса, скипидара, селитры, разных минералов, в т.ч. серы, мышьяка, серебра, ртути, сурьмы. В народе были популярны целебные свойства «кислой воды», или нарзана (богатырь-вода). О навыках излечения наших пращуров говорит и Керчинская находка – золотой сосуд из Куль-Обского погребения (V в. до н. э.), на котором изображено, как скиф-воин делает перевязку раненому товарищу, а другой лечит больного зуб. Лечебную миссию осуществляли

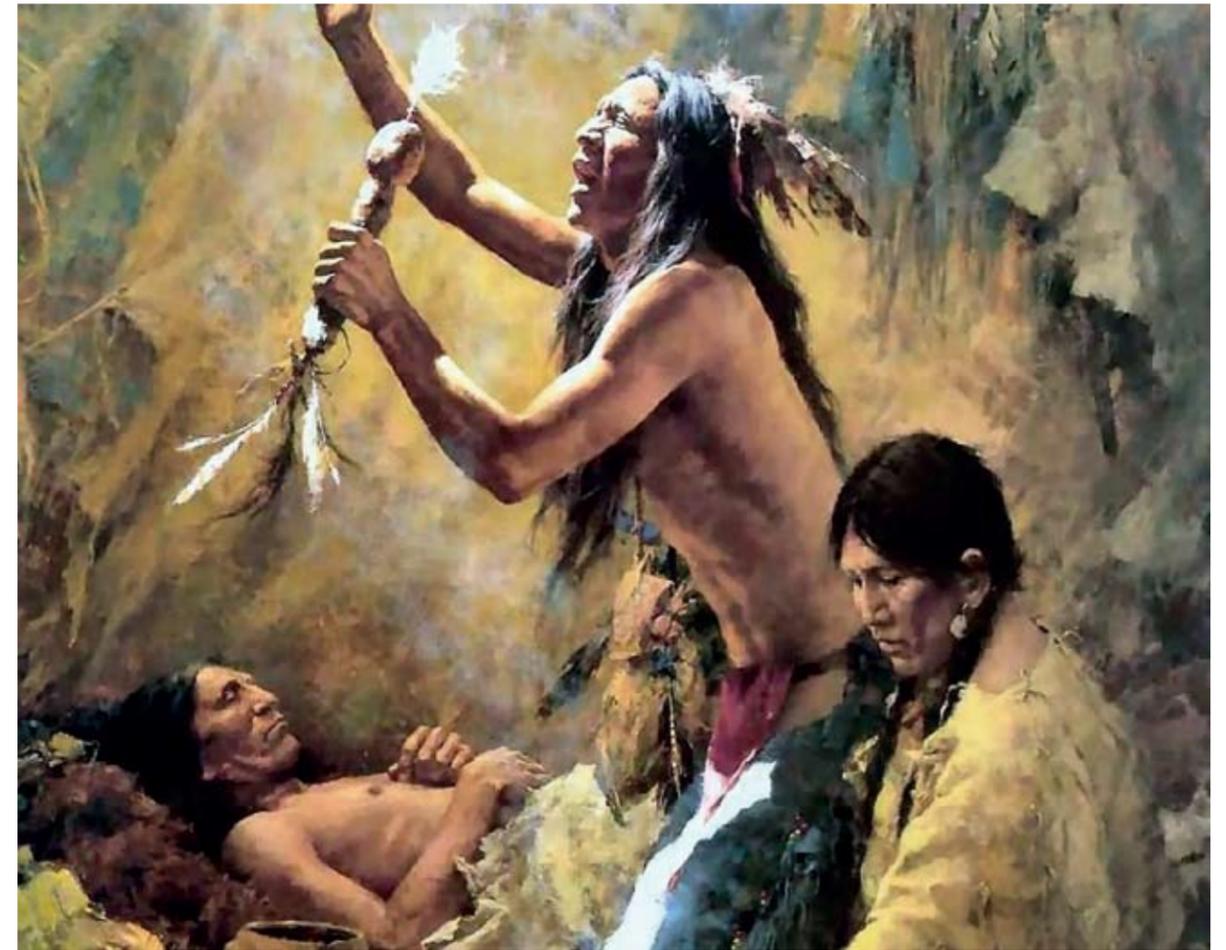
в основном монахи-подвижники, например, преподобный Агапит (умер в 1095 г.), прославившийся излечением проказы. Параллельно существовала народная (мирская) медицина, представителями которой были кудесники, волхвы, ведуны и ведуньи. Они очень скоро вошли в группу изгоев, преследуемых Церковью. В литературе XII в. имеются сведения о женщинах-лекарках, бабках-костоправах, искусно производивших массаж, о привлечении женщин для ухода за больными.

На территории современного Казахстана в древности была популярна народная медицина, которая мало чем отличалась от методов излечения, применявшихся знахарями народов Евразии и других континентов. Масштаб-

ные экспедиции М.П. Грязнова, Б.Г. Гафурова, А.Х. Маргулана, А.Г. Медоева, А.Н. Формозова выявили существование на землях нашей страны уникальных культур эпохи бронзы. Памятников неолита на территории Казахстана известно более 600. Археологи находят все те же каменные и костяные артефакты, использовавшиеся древними врачами.

Все знают такое явление, как шаманизм, пересекающее в себе религиозные мотивы и элементы врачевания путем изгнания злых духов как причины недуга человека. Пещерная живопись доисторических людей доказывает, что около 40 000 лет назад применялись магия и различные ритуалы, т.е. шаманизм является очень древним искусством-религией. На этой почве появились некоторые родовые обряды, в том числе при родах, свадьбе и похоронах. Если женщина мучается в родах, то это значит, что в нее вселился злой дух, которого необходимо выгнать разными устрашающими мерами. С этой целью шаман старается испугать роженицу, чтобы вместе с тем и дух выскочил из нее, бьет плетью по юрте, а иногда и по роженице (из энциклопедии Брокгауза и Эфрона). Шаманы были своего рода первыми психотерапевтами, владея знаниями о разных снадобьях, меняющих сознание и волю людей, тем самым оказывая им помощь при стрессах и болезнях. Эта генерация «нетрадиционных психотерапевтов» до сих пор востребована населением планеты.

Наши предки-лекари также занимались профилактикой и непосредственно лечением заболеваний. Они смогли эмпирическим путем разделить все болезни на наружные и внутренние, при этом выделяли группу заразных («жукпалы ауру») и незаразных («кай наукас»). Одна из известных поговорок гласит: «Сыныктан озгенін бәрі



жугады» («Кроме перелома, все заразно»). Яркими представителями медицины тюркского мира были бахсы, лечившие заговорами, ритуальными постукиваниями и лекарственными растениями. В то же время они занимались складыванием сказок, сочинением незамысловатых песен, хранили предания, нередко колдовали.

Проведя экскурс в далекое прошлое, понимаем, насколько труд врача был тяжелым, и насколько терпеливым и настоящим должен был быть врач, постоянно совершенствуя свое искусство. Пролетали тысячелетия, мелькали века, сменялись правители, погибали цивилизации, но врачевание оставалось всегда прогрессивной наукой и востребованным

у людей искусством. Эта профессия долгое время считалась прерогативой избранных, ее были достойны единицы, обладавшие незаурядным умом и мышлением, жертвенностью и готовностью обучаться всю жизнь. Медик прошлого сочетал в себе ученого, философа, поэта, музыканта, т.е. являл собой всесторонне развитую личность. В то же время специальность врача была опасной, так как таила в себе риски заразиться от пациента или прогнать властителя. В наше время имидж медика понес убытки, а профессия стала ординарной. Элитарное, или эксклюзивное, образование, которое получали Гиппократ, Гален, Парацельс, Пирогов, Бехтерев, Склифосовский, Эрисман и др., заменено

массовой подготовкой выпускников медицинских вузов. Не буду вести дискуссии о том, что хорошо, а что плохо. Закончу словами Антона Павловича Чехова, врача и драматурга:

«В человеке все должно быть прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли...».

Сауле Сарсенбаева, д.м.н., профессор кафедры интернатуры и резидентуры по педиатрии КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова

ЛЕЧЕНИЕ С УВЛЕЧЕНИЕМ

В век стрессов, депрессий и синдрома хронической усталости так важно уметь отвлекаться, расслабляться, уходить от мрачных мыслей и переживаний. Кто-то выбирает для этого бассейн и фитнес, кто-то - скандинавскую ходьбу, многие стали заниматься рукоделием. А еще лучше, если физическую активность и хобби удастся совмещать.



с канвой, нитками и иголками есть схемы и инструкции. И многие стали дарить сделанные своими руками подушки или картинку друзьям. Вот и у меня все началось с подарка родственницы. Честно говоря, вид водопада, вышитого крестиком, сначала вызвал вопрос – и куда я это повешу, вроде бы сейчас немодно. Но оказалось, что картина очень хорошо смотрится у аквариума – они удачно связались темой воды. К тому же автор вышивки рассказала, как это увлечение ее успокаивает, какую дарит радость. Дело в том, что у женщины в семье не так давно случилась трагедия, и казалось, что никто и ничто не сможет уже вернуть ее к прежней жизни. Но новое увлечение помогло ей отвлечься, увлекло настолько, что она словно родилась вновь. Последовав ее примеру и взяв у нее пару уроков, я немало информации почерпнула и во Всемирной сети. Оказывается, возможности этого вида рукоделия уже используются в медицине. Чем же, к примеру, полезно для здоровья вышивание крестиком? Считается, что этот вид рукоделия стимулирует нервные окончания пальцев, что приводит к активизации больших областей головного мозга, к усилению кровотока и снабжению клеток кислородом. Все это способствует активной работе мозга, что полезно всем – и детям, и взрослым, и пожилым людям. Здесь задействованы одновременно осязание и зрение, и медики считают, что это приводит к образованию прочных нейронных связей отделов головного мозга.

Увлечение наших бабушек вышиванием крестиком вдруг вернулось и стало массовым занятием. Девушки и дамы обмениваются опытом владения этим старинным ручным ремеслом в интернете. Магазины полны наборов для вышивания, в которых вместе

Занятие в одном монотонном ритме действительно успокаивает нервную систему, расслабляет, снимает стресс. Ведь занимаясь такой тонкой работой, мастерица должна отключиться от всего, что может помешать делать правильные ровные стежки, выстраивать рисунок, полностью концентрироваться на творчестве. Все это нормализует артериальное давление и пульс. Однообразные движения успокаивают сердечный ритм, уходит напряжение в мышцах и нервной системе. А еще ты испытываешь положительные эмоции, поскольку знаешь, что подарить вышивку дорогому человеку или что работа будет, возможно, передаваться из поколения в поколение, станет семейной реликвией. Конечно, нельзя переусердствовать и работать по несколько часов, это неблагоприятно действует на зрение и может вызвать боли в спине. Сейчас немало есть и других полезных для здоровья рукоделий. Считается, что вязание на спицах и крючком, плетение кружев способствуют лечению сердечно-сосудистых заболеваний, остеохондрозов, последствий тяжелых травм. Доказано даже, что вышивание крестиком помогает детям с нарушениями умственного развития, а у взрослых лечит головные боли, усталость, нервное напряжение, заболевания рук и ног. Бисероплетение устраняет бессонницу и хронические заболевания дыхательных путей. Резьба по дереву способствует излечению гастритов, язв, бронхитов, аллергических дерматитов, одышки. Особо специалисты выделяют спицетерапию, считая ее лекарством от очень многих заболеваний, особенно нервных. Механизм лечебного воздействия спицетерапии связан с возникновением в головном мозгу нового очага возбуждения, который создается творческой приятной работой. А это возбуждение распространяется на другие очаги, возникшие от стрессов, и оздоравливает их. Вывязывание петель аналогично по воздействию перебиранию четок, что также оказывает целебное действие. Хорошо известен и такой метод реабилитации после тяжелых болезней, как арт-терапия. Люди, перенесшие инсульт, например, нуждаются в развитии мелкой моторики, и потому им полезно занятие рисованием, вязанием, вышиванием. «Преодолевая возникшие двигательные нарушения во время рукоделия, они шаг за шагом восстанавливают утраченные функции, снова живут активной жизнью, – говорит врач-невролог Мадина Аксенова. – Рукоделие улучшает и физическое, и психологическое состояние». Ученые доказали даже, что такие занятия могут положительно влиять на уровень гормонов, что важно для женщин, особенно в пожилом возрасте. Исследователи Пенсильванского универ-



ситета изучили профессиональные предпочтения женщин с разным уровнем гормонов. Они доказали, что работа, профессия, занятия могут влиять на уровень гормонов. Совершая мелкие движения руками, женщина тем самым непроизвольно улучшает работу гипоталамо-гипофизарной системы. Объяснение этого механизма с научной точки зрения приводит к выводу, что отказ от ручного труда, от рукоделия делает женщин менее женственными, и этот процесс происходит на гормональном уровне. Подобно иглоукальванию, тонкая моторика стимулирует активные точки, которые улучшают процесс образования женских гормонов. Но вот что интересно: женские хобби помогают и мужчинам, причем очень давно. Когда-то вышивка золотом считалась лишь их прерогативой. Для релакса вышивали и короли – Людовик XVI, Фридрих Великий. И даже спортсмены, такие как знаменитый боксер Константин Цзю, хоккеист Федор Храпак, признаются, что вышивание для них – отличная разгрузка перед боем или матчем. Медики, психологи утверждают, что кроме всех этих положительных последствий ручной работы есть у нее еще одно действие. Человек, занимающийся любимым ремеслом и рукоделием, дольше сохраняет память и острый ум. И все это вкуче увеличивает продолжительность и качество жизни.

Алия Сагитова





Сегодня в арсенале онкопсихологов имеется огромное количество высокоэффективных методик, которые являются усиливающими, вспомогательными, поддерживающими средствами для основного лечения и реабилитации онкологических больных.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ ОНКОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ



Ильмира Хусаинова – магистрант медицины общественного здравоохранения, руководитель отдела психолого-социальной помощи Казахского НИИ онкологии и радиологии

Для осуществления этой цели разрабатываются и успешно применяются в клинической практике психокоррекционные программы, основным принципом которых является гармоничное сочетание различных методов, успешно используемых в психотерапии для лечения и реабилитации онкологических больных. Процесс «игры в песок» высвобождает заблокированную энергию и «активизирует возможности самоисцеления, заложенные в человеческой психике». (К.Г. Юнг)

К сегодняшнему дню песочная терапия является признанным психотерапевтическим методом, позволяющим детям и взрослым выражать трудно осознаваемые чувства, совладать с травматическими переживаниями, прояснить насущные жизненные проблемы. К несомненным достоинствам метода можно отнести: индирективность терапевтической позиции, мягкое терапевтическое воздействие на психику пациента, широкий спектр показаний для применения. Исследователи отмечают, что песочная терапия оказывает существенное влияние на про-

текание процесса психологической коррекции у клиентов с алекситимическими нарушениями, с аутистическими сложностями характера, с синдромом ПТСР.

В ходе длительной экзистенциальной терапии истории в песке могут становиться дополнительным и очень живым способом понимания собственных переживаний клиента. Пониманию предшествует чистое описание. А оно, в свою очередь, строится на принципах феноменологического подхода, разработанных учителем М. Хайдеггера – Э. Гуссерлем. Это означает на практике, что явления описываются такими, какими они осознаются; признается субъективность и множественность перспективы переживаний (т.е. при рассказе человека о себе и своей жизни – терапевт слушает, спрашивает и никак не оценивает, не осуждает и не одобряет). Терапевт выступает в позиции включенного созерцателя, который отходит от общепринятых знаний. При этом содержание для описания берется из повседневной жизни; в центре внимания – человек во всей его целостности и неповторимости. И в ходе песочной терапии феноменологическая установка становится весьма уместной.

Теперь несколько слов о понятии «экзистенция», являющимся родовым для слова экзистенциальное (консультирование). О. Больнов в «Философии экзистенциализма» пишет: «Эссенция, как известно, выражает то, что есть нечто...». Это означает, что есть два подхода к человеку, к его жизни: эссенциальный и экзистенциальный.

Эссенциальный подход предполагает, что человеку даются всевозможные характеристики, оценки, предъявляются требования. Эссенциальный подход,

или опыт, как бы отвечает на вопрос: *что или кто* есть данный человек.

Экзистенциальный подход, по меткому выражению М. Хайдеггера, требует *не рассчитывать, а считаться* с человеком. Для экзистенциального терапевта это звучит как призыв – считаться с фактом единичного, реального существования другого. Относиться к человеку так, как будто стоишь

перед чем-то большим, чем просто человек, уважая непостижимую тайну его бытия и *при-бытия* в этот мир.

В практике консультирования существуют определенные установки консультанта, позволяющие рассматривать опыт клиента экзистенциально. Одной из важнейших установок является готовность консультанта к переживанию «Я – Ты» отношений (по

Песочная терапия оказывает существенное влияние на протекание процесса психологической коррекции у клиентов с алекситимическими нарушениями, с аутистическими сложностями характера, с синдромом ПТСР.





М. Буберу). И в ходе сессий с использованием ресурса песочной терапии естественным образом создаются условия для диалога между терапевтом и клиентом. Хотя большая часть сессии проходит в тишине, включенное присутствие терапевта позволяет клиенту переживать опыт экзистенциальной коммуникации.

Рассматривая взгляды практических песочных терапевтов о методе песочной терапии можно отметить *достоинства этого метода* (Н.В. Зиздо):

1. Возможность посмотреть на себя со стороны. Собственные внутренние процессы сложны для понимания и осознания человека. Нередко нам приходится слышать: «Ты бы посмотрел на себя со сто-

роны!». Это действительно полезно. Но вот вопрос – как это сделать? Записать себя на видео или аудио, регулярно смотреть на себя в зеркало? Но это будет взгляд на «видимое». А как быть с «невидимыми» внутренними процессами? И здесь на помощь приходит песочница с миниатюрными фигурками. В контексте песочной терапии возможность посмотреть на себя, на свой внутренний мир со стороны становится доступной, ибо песочные картины являются отражениями нашего внутреннего состояния.

2. Возможность созидательных изменений событий и взаимоотношений. Преобразуя ситуацию в песочнице, человек получает опыт самосто-

ятельного разрешения трудностей как внутреннего, так и внешнего плана. Накопленный опыт самостоятельных конструктивных изменений человек переносит в реальность.

3. Возможность раскрытия и осознания Тайн бытия. Знакомая с детства картина: ребенок создает из песка замок, некоторое время любит его, а потом волна или он сам разрушает творение. Один сюжет жизни завершается, уступая место следующему. И так бесконечно. Именно это простое действие хранит уникальную Тайну бытия: всё приходит и уходит, нет ничего такого, что было бы непоправимо разрушено – просто старое уступает место новому. Многократно проживая эту Тайну, человек достигает состояния равновесия, при этом в его внутреннем пространстве существенно уменьшается доля суеты и обыденности.

4. Проявление творческих возможностей. В результате «диалога» рук с песком и водой происходит творческое самовыражение человека, благодаря которому на бессознательно-символическом уровне становится возможным «отреагирование» внутреннего напряжения и поиск путей развития.

5. Безопасность и экологичность в использовании данного метода. Создание песочных композиций, в отличие, например, от рисунка, не требует особых умений. Сделать что-то не так невозможно, что особенно важно для тех, кто привык строго оценивать себя. Песочные игры подходят тем, кому трудно облечь свои переживания в слова, например, потому, что они очень остры и болезненны, или просто потому, что человек не обладает даром красноречия.

Итак, взаимодействуя с песком и миниатюрными фигурками, подчеркивает автор, независи-

мо от возраста, приближаем к себе наш внутренний мир, чтобы внимательнее рассмотреть его: понять свои желания, разобраться с воспоминаниями, открыть источники внутренней силы, найти уязвимые места, увидеть лучшее решение сложной проблемы. И, научившись находить гармонию в песочной картине, мы получаем опыт владения собой и способ конструктивного взаимодействия с окружающим миром.

Анализируя песочные картины (Л.М. Овсянки), можно диагностировать следующие феномены:

1. Наличие внутренних конфликтов. Если в песочнице идут бои, добро борется со злом, но зло побеждает, если песочная страна находится на стадии разрушения или запустения.

2. Уровень и направленность агрессии. Если в песочнице разворачиваются баталии или имеет место персонаж, к которому проявляются агрессивные действия. Гетероагрессия проявляется через противоборство армий, аутоагрессия – в разрушительных действиях по отношению к главному герою, в неприятностях, которым подвергает его автор.

3. Конфликты со значимыми и близкими людьми. В этом случае имеет место противоборство героев, играющих реальных членов окружения автора.

4. Потенциальные, ресурсные возможности. Проявляются как чудесные предметы, несущие избавление и счастливое разрешение ситуации. Впоследствии мы можем к ним обращаться для усиления своего «Я». Отличие песочной терапии от остальных методов в том, что она позволяет человеку создавать мир, который обеспечивает ему путь к его сокровенным мыслям и чувствам. Этот мир

Песочная терапия является исцеляющим методом, активизирующим психическую энергию для позитивных перемен.

можно рассматривать, ощущать, испытывать, изменять, обсуждать и фотографировать.

Песочная терапия активизирует ресурсы самоисцеления человека и обеспечивает возможность для дальнейшего его продвижения к психологическому здоровью.

Наша практика песочной терапии в онкологическом стационаре не ограничивается работой с детьми. Песочная терапия является психодиагностическим и терапевтическим инструментом в работе с родителями детей, взрослыми пациентами. Песочная терапия используется как в индивидуальном подходе, так и в групповой работе.

На практических семинарах для психологов и социальных работников мы раскрываем основы практического применения песочницы в медицинских стационарах с пациентами и медперсоналом, кто обращается за психологической помощью.

Применяемый метод можно назвать универсальным.

В пространстве песочницы о себе говорит все: какой выбран символ, в какой части он располагается, какая цветовая палитра подобрана, как объекты обращены в отношении друг друга. В песочницу не попадают случайные образы, бессознательное тщательно подбирает предметы, через которые человек сможет его понять.

Песочная терапия является исцеляющим методом, активизирующим психическую энергию для позитивных перемен. Она затрагивает глубинные психические конструкты, поэтому очень важно, чтобы психолог уважал созданный мир, так как ему открывается душа человека, а это одно из ценнейших сокровищ.

Ильмира Хусаинова,
магистрант медицины
общественного
здравоохранения,
руководитель отдела
психолого-социальной помощи
Казахского НИИ онкологии и
радиологии,
Эльзара Исхакова, к.п.н.,
психолог-консультант
КазНИИОиР



КУДА ДЕЛАСЬ МОЯ ШЕВЕЛЮРА?

Выпадение волос – проблема, волнующая мужчин и женщин по всему миру. По статистике от потери волос страдают в среднем 65% мужчин и 40% женщин. Давайте попробуем разобраться в причинах возникновения и методах лечения облысения.

Почему выпадают волосы

Врачами выявлено много причин выпадения волос. Однако 95% случаев облысения у мужчин связаны с андрогенной алопецией (от лат. Alopecia – облысение).

Существует гормон дигидротестостерон, способный подавлять активность волосяных луковиц и снижать их функциональные возможности. Поскольку у мужчин уровень этого гормона в крови отличается, одни сохраняют густоту волос без особых усилий до преклонного возраста, а другие лысеют уже к 30 годам. В этом случае речь идет о генетически обусловленном явлении.

Андрогенной алопеции подвержены как мужчины, так и женщины. Это заболевание характеризуется наличием очагов облысения в лобной и теменной зонах у мужчин и поредением и истончением волос в верхней части головы у женщин.

«Это наследственный тип алопеции, у женщин он встречается довольно часто, но его проявления не так очевидны – это связано с гендерными

различиями гормонального фона, – рассказала врач-трихолог **Мадина Мирзакеева**. – Страдают от этого недуга в основном мужчины, но по наследству андрогенная алопеция передается чаще по женской линии».

Андрогенная алопеция – не единственная причина потери волос. По словам врача-трихолога, чрезмерное физическое и эмоциональное напряжение нередко приводит к выпадению волос.

У человека, пережившего стресс, волосы могут начать редеть равномерно по всей поверхности головы. То есть на протяжении нескольких месяцев их рост останавливается, а выпадение при этом продолжается. Так проявляется телогеновая форма алопеции. После окончания периода стресса волосы, скорее всего, снова станут густыми.

Еще одна разновидность потери волос, которая провоцируется стрессом, – очаговая алопеция. Иммунная система нападает на волосяные фолликулы, и на теле и голове появляются отдельные облысевшие участки. В таких случаях воло-

сяной покров восстанавливается со временем, но иногда для этого требуется дополнительное лечение.

«Самые распространенные причины облысения: стрессы, дефицитные состояния, нарушения сна, инфекционные и эндокринные заболевания», – сообщила врач-трихолог. По ее словам, прием противосудорожных, гормональных препаратов и нейролептиков также может провоцировать выпадение волос.

Как отмечает эксперт, в каждом конкретном случае алопеции есть причины, механизмы развития и способы лечения. Разбираться в этом, а также назначать терапию должен врач. Главное как можно раньше провести диагностику и начать соответствующую терапию.

Облысение – не приговор

Хорошая новость в том, что победить выпадение волос можно. Но, как сказал известный русский клиницист М.Я. Мудров, любую болезнь лучше предупредить, чем лечить. Для этого эксперт рекомендует придерживаться здорового питания, высыпаться, ухаживать за волосами и избегать стрессов. Если же выпадения волос не удалось избежать, то нужно немедленно обращаться к врачу.

Современная эстетическая медицина предлагает широкий спектр методов лечения различных видов облысения: мезотерапию, аутоплазмолитерапию и физиотерапевтические процедуры.

Также для борьбы с выпадением волос применяются препараты для усиления их роста на основе миноксидила (это вещество входит и в состав некоторых косметических средств) и фитосредств: масла черной смородины, примулы вечерней, бурачника, авокадо и жожоба. Но имейте в виду, все эти препараты имеют определенные противопоказания и принесут больше вреда, чем пользы, если будут неправильно подобраны.

Способы лечения зависят от вида облысения. При гнездовой алопеции волосы обычно восстанавливаются на 100%. Если волосы выпадают на фоне заболевания, то полное восстановление вероятно только в комплексе с комплексным лечением. При андрогенной алопеции успех напрямую зависит от стадии заболевания.

На начальных этапах облысения восстановить волосы гораздо легче. Но когда процесс запущен и видны необратимые изменения, единственным методом коррекции остается хирургический – трансплантация волос.

«Суть метода заключается в перераспределении собственных волос на голове – так закрываются участки облысения. Пересадка – единственный эффективный метод при поздних стадиях андрогенной алопеции», – рассказывает врач-трихолог.

Трансплантация волос применяется и при рубцовых алопециях – после обширных ожогов или травм. Этот метод эффективен и дает результат за одну или две процедуры.

По словам эксперта, пересадка, как и любое хирургическое вмешательство, имеет ряд противопоказаний и рисков. Поэтому лучше не запускать проблему и использовать консервативные способы лечения на ранних этапах облысения.

Если лечение не приносит желаемых результатов (такое тоже может быть) – не отчаивайтесь. Звезда «Крепкого орешка» Брюс Уиллис потратил кругленькую сумму на лечение в швейцарской клинике. Но трансплантация волосяных луковиц с затылочной области на макушку, темя и виски потерпела неудачу: пересаженные волосы все равно стали выпадать. Когда волосы Уиллиса совсем поредели, он их просто сбрил, введя в Голливуде такую прическу в моду.

Вячеслав Балыков



НА ЛЬДУ БЕЗ РИСКА

Ни с чем несравнимое удовольствие – скользить, лететь по сверкающему льду под зимним солнцем! Важно только не забывать о мерах предосторожности, чтобы не испортить эту радость движения, полета, отдыха.

Зимой травм бывает не меньше, чем летом. На коньках, например, можно довольно ощутимо покалечиться. Чтобы этого не случилось, надо правильно выбирать коньки, одежду и, конечно, быть осторожным и внимательным.

Мы любим катание на льду за скорость, за прекрасное чувство скольжения, какой-то легкости, даже невесомости. Возможно, такое ощущение существует на генетическом уровне, ведь этому увлечению более трех тысяч лет! Исследователи Оксфордского университета утверждают, что в те древние времена в качестве лезвий использовались заточенные кости. Увлечение это распространилось не только в европейских странах, но и в Китае, и в других странах. Это подтверждается и находкой археологов у Борового озера – коньками, которые были сделаны из голенной кости лошади. Позже в XIII веке в Голландии появились коньки со стальны-

ми лезвиями – в этой стране много рек, каналов, поэтому это было не только отдыхом, но и средством передвижения в путешествиях.

Сейчас катание стало не только развлечением, но и спортом – бег на коньках, хоккей, фигурное катание. А коньками стальные устройства стали называть из-за того, что они были похожи на конек деревянного дома – такой же загнутый верх и носок. В России их еще называют снегурками, а по-казахски коньки – жадырақ торғайлар. Самый знаменитый каток не только в Казахстане, но и в мире – «Медеу» – находится близ Алматы. Но и в других наших городах и поселках не-

мало катков как под открытым небом, так и закрытых. Дети и взрослые ловят каждый воскресный зимний день, чтобы заняться своим любимым видом отдыха. Но при этом и те и другие не должны забывать основных правил безопасности.

При падениях на коньках могут быть не только легкие последствия – синяки и кровоподтеки, предупреждает травматолог Аскар Ибрагимов. Нередки травмы запястья – растяжения или переломы, когда человек для смягчения удара подставляет руку. А падая на колено, фигурист может серьезно повредить коленную чашечку, вызвать ее смещение. Со вре-

менем, если не лечить, это усиливает повреждение связок, которые держат сустав. Довольно неприятным последствием сильного падения может стать сотрясение мозга.

Но не будем отпугивать от этого прекрасного занятия желающих, лучше дадим советы, как избежать травм и детям, и взрослым. Внимательность, аккуратность, выполнение советов и требований тренера или того, кто дает вам первые уроки, безусловно, помогут. Сначала нужно овладеть техникой, а уж потом показывать рекорды скорости! На катке нельзя забывать о том, что рядом с вами катаются другие люди. Чтобы избежать столкновений, внимательно смотрите по сторонам, выбирайте верную амплитуду движения и учитесь вовремя реагировать на нежелательную встречу.

Но, прежде всего, нужно правильно выбрать коньки. Не так давно появилось такое понятие, как прогулочные коньки. Это те же ролики, только для льда, состоящие из ботинка с сапожком внутри, бакли, лезвия и шнурков. Есть фигурные коньки для более виртуозного катания, в них лезвия длиннее – для лучшего разгона и скольжения. У хоккейных коньков ботинки более жесткие, а лезвия короче.

Для только начинающих малышей лучше взять коньки с двумя полюзьями. И пусть ботинки будут пластиковыми, так как они наиболее устойчивые. А

если потом ребенок будет заниматься фигурным катанием постоянно, предпочтительнее сменить их на изготовленные из натуральной кожи, чтобы он мог овладевать сложными элементами катания. Впрочем, для хоккея специалисты все же советуют пластиковые.

Обратить внимание необходимо и на наличие в ботинке подушечек для защиты лодыжки и поддержки пятки. И, конечно, они должны сидеть плотно, чтобы голеностоп был надежно зафиксирован, иначе нога будет подворачиваться. Плохая фиксация – это риск растяжений и других травм. Но понятно, что плотность должна быть такова, чтобы не нарушать кровообращения в ноге.

Удобство и безопасность зависят от выбранного размера коньков. Лучше если он будет на один больше, чтобы надевать их с теплым, но не очень толстым носком.

Экипировка для катка может быть самой простой. На «Медеу» в солнечные дни катаются даже в купальниках. И все же надо помнить, что лучше всего подходят хлопчатобумажная футболка и свитер, но не шерстяной. Рекомендуют также надевать термобелье, которое отводит влагу, точнее пот, неминуемый при активных движениях. Если солнца нет, обязательна непродуваемая куртка, так называемая ветровка. Кстати, совсем не лишними будут яркие цвета одежды – красные, желтые, оранже-

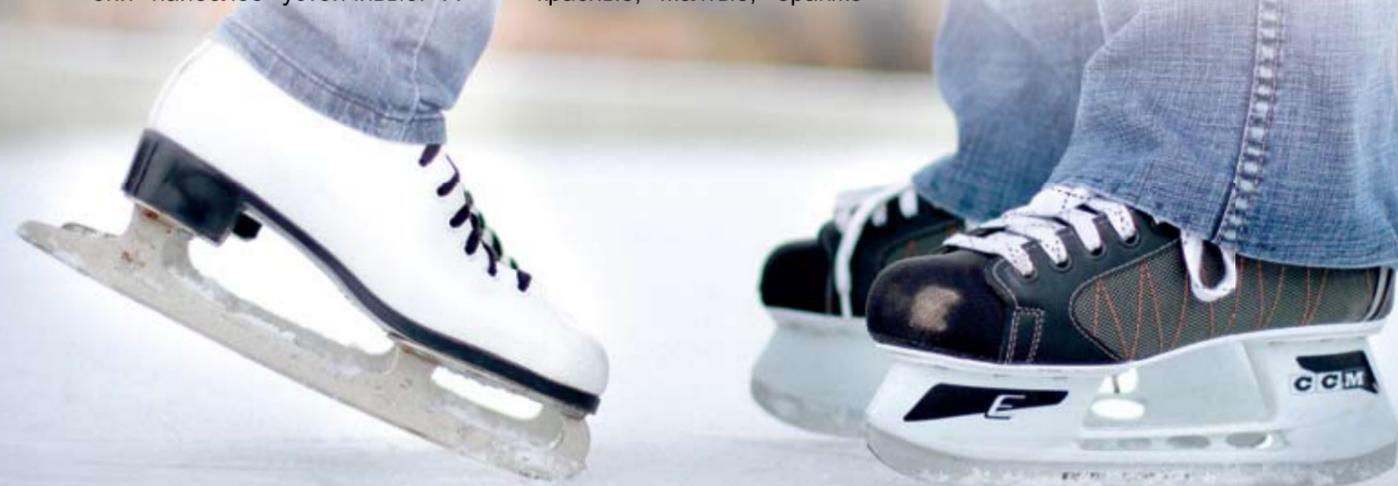


вые, они помогают избежать столкновений с другими фигуристами.

Не помешают также наколенники и налокотники, причем не только новичкам, но и опытным фигуристам.

Что же кроме положительных эмоций, отличного настроения и уверенности в себе дает нам катание на льду? Врачи уверяют, что это очень эффективная профилактика сколиоза и остеохондроза, лучшее предупреждение простуд, легочных и сердечно-сосудистых заболеваний. За счет множества разнообразных движений этот вид отдыха и спорта помогает сбросить лишний вес, тренировать выносливость. Это, наконец, свежий воздух, солнечные ванны, ощущение здорового духа в здоровом теле!

Алия Сагитова



РЕБОРНИСТ – ВОПЛОТИТЕЛЬ ДЕТСКИХ МЕЧТАНИЙ

О куклах-реборнах сегодня в Казахстане знают немногие. Данное направление пока только набирает популярность. Куклы, которых порой едва отличишь от живых младенцев, – это творение, создаваемое умелыми руками художника-реборниста.

«Реборн» в переводе с английского – «перерожденный». Такое название получили куклы, которые сегодня являются самыми реалистичными в мире. Мягкие волосы, ясные блестящие глаза, ногти, складки на коже – все выглядит настолько правдоподобно, что, не подойдя достаточно близко, невозможно с уверенностью определить, кукла перед тобой или живой ребенок. Увидев однажды короткий сюжет о реборнах по телевизору, Нина Новикова поняла, что непременно хочет овладеть искусством изготовления таких чудо-игрушек, и вот уже на протяжении шести лет она не устает творить.

Изготовленный или рожденный?

Название «реборн» игрушки получили не случайно. Создание каждой куклы – это довольно длительный процесс. Каждый образ сначала должен быть «прорисован» в мыслях художника. Далее из высококачественного винила отливается молд – голова, туловище, ручки и ножки. Отдельно подбираются глазки, волосы, реснички и даже ногти будущего «младенца». Реборн собирается в буквальном смысле по частям. После того как все части тела соединены, реборнист приступает к самому кропотливому, но в то же время интереснейшему этапу – окрашиванию. Для того чтобы цвет кожи реборна был максимально приближен к натуральному, мастеру необходимо нанести более 20 слоев специальной краски. Причем чтобы со временем цвет не изменился, каждый слой запекается в аэрогриле. Реборнист умело изображает естественный детский румянец, просвечивающиеся сосуды и небольшие покраснения на лице и теле. Благодаря необычайно натуральным оттенкам создается удивительное впечатление того, что перед тобой не кукла, а живой ребенок, которого так и хочется непременно взять на руки и прижать к себе.

Как и все в этом мире, искусство создания реборнов не стоит на месте. Поэтому при желании вы сможете



получить куклу, которая будет дышать, как живая, или у которой в груди будет биться игрушечное сердце, имитирующее сердцебиение ребенка. На изготовление одной куклы у мастера может уходить от одной недели до месяца. У каждого реборна есть своеобразное свидетельство о рождении – документ, в котором указывается его имя и дата создания.

Так как каждая кукла изготавливается вручную, вы не сможете приобрести одинаковую пару, даже если усердно будете просить мастера об этом. Можно с уверенностью сказать, что какого бы реборна ни выбрал ваш ребенок в качестве подарка – другой такой игрушки не найти.

Профессия или хобби?

На сегодняшний день в Казахстане очень мало реборнистов. Несмотря на то, что у чудо-кукол масса поклонников во всем мире, не так много людей, которые занимаются изготовлением реборнов. Нина Новикова нашла себя в этом искусстве после того, как 25 лет проработала в юридической сфере, и сейчас посвящает этому занятию все свободное время.

«Изготовление каждой куклы – это удивительный процесс, в который я погружаюсь полностью. Мне это очень интересно,» признается Нина. – *После того как я нашла нужную мне информацию, овладела техникой и сделала свою первую куклу, я поняла, что это – мое. Когда я показала игрушку своим близким, то увидела в их глазах искреннее удивление и безмерный восторг. Мне очень понравилась реакция взрослых, и это дало мне стимул продолжать заниматься этим делом. Позже я познакомилась с российскими реборнистами, провела свою первую выставку и открыла сайт (superkukla.kz). Сейчас у меня есть поклонники, коллекционеры и постоянные покупатели. Самое приятное – это получать отзывы о своей работе. Некоторые дети, кому родители купили у меня реборна, звонят мне по сей день. Они делятся своими чувствами, советуются со мной в вопросах ухода за куклой и интересуются, когда я*

выставлю на сайт новые творения. Это всегда вдохновляет и поддерживает меня в моем увлечении. Поначалу члены моей семьи скептически отнеслись к тому, что я стала реборнистом. Они считали изготовление игрушек несерьезным занятием. Но после того как в доме начали появляться эти необычные «малыши», они поменяли свое отношение на противоположное. Сегодня если в семье мы обсуждаем, какой подарок дарить родственнику по тому или иному поводу, мой муж всегда категорично заявляет: «Дарим куклу!».

Дорого или бесценно?

Несмотря на то что реборнизм зародился в Европе, жители западных стран считают большой роскошью дарить своим детям такие игрушки. Там реборнов зачастую покупают пожилые женщины, у кого нет своих детей, или те, кто, вырастив ребенка, хочет вернуть ощущения, которые дарит забота о новорожденном младенце. У нас, к счастью, менталитет иной, и реборны покупаются исключительно в качестве игрушки или же для пополнения коллекции.

Наблюдая за тем, как ребенок играет с куклой-реборном, понимаешь, что цена за такую игрушку обоснована. Осторожные переодевания, нежные объятия и бережное отношение к как бы живому малышу учат и детей, и их родителей заботиться о тех, кто меньше и слабее них. В век передовых технологий и огромного количества электронных гаджетов, заполонивших детские игровые полки, детям так не хватает простого общения с обычными куклами, о которых с такой теплотой вспоминает каждый взрослый. Подарите своему ребенку реборна, и он поведает вам много нового о мире своих ощущений и детских мечтаний.

Евгения Ким



КОФЕ.

ВСЕ ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ!

Вокруг кофе всегда было много споров и разногласий, которые не утихают до сих пор. Давайте разберемся, в чем же заключается вред, и есть ли хоть толика пользы в употреблении этого напитка.

Кофе прочно закрепился в нашей повседневной жизни. В крупных городах кофейни появляются как грибы после дождя. Стало модно разбираться в сортах зерен, вкусовых оттенках и способах заваривания этого напитка.

Сейчас набирают популярность альтернативные способы заваривания кофе с использованием таких приспособлений, как «Кемекс», «Аэропресс» и «Харио».

Кофейные эксперты отмечают, что эти приспособления были придуманы давно, но людям они стали интересны только в последние несколько лет. Альтернативные способы заваривания не меняют вкус напитка. У каждого кофе есть свои характеристики, но в зависимости от метода заваривания аромат, сладость или кислотность

напитка могут раскрываться ярче. Главное, чтобы кофе не был горьким.

«Если вам принесли горький кофе, значит, либо были использованы дефектные, либо пережаренные зерна. Такой кофе пить не стоит, – рассказал бариста одной из кофейен города Алматы. – У хорошего эспрессо первый глоток должен иметь сочный ягодный вкус, со сладковатым послевкусием».

Для многих из нас день без кофе немислим, для других же кофе стоит в одном ряду с алкоголем, сигаретами и прочими стимуляторами.

Кофе – энергетик или наркотик?

Главным компонентом кофе является кофеин. Доказано, что он оказывает возбуждающее воздействие на ЦНС и приводит к усилению процессов возбуждения в коре головного мозга. Он способен повышать двигательную активность, умственную и физическую работоспособность. Поэтому его принято использовать в качестве стимулятора. Но психологической зависимости кофе не вызывает, в отличие от наркотических веществ.

Более того, по мнению ученых, взрослому человеку полезно выпивать по 2 чашки кофе в день.

Но немногие пьют настоящий кофе в зернах. Большинство предпочитает его растворимый аналог. По словам врача-кардиолога высшей категории **Ирины Яковлевны Вербицкой-Романовой**, растворимый кофе во многих случаях производит обратный эффект. «Поскольку растворимый кофе лишен оболочки, он вызывает сонливость и оказывает мочегонное действие», – сообщает она.

Растворимый кофе быстрее и проще готовить, но по вкусовым и полезным свойствам он уступает зерновому.

Полезные свойства кофе

Каждое кофейное зерно содержит множество витаминов и микроэлементов, среди которых: железо, натрий, калий, кальций, фосфор и сера. Кроме того, в кофе имеется более 30 органических кислот.

Натуральный кофе повышает содержание полезного холестерина в крови человека, а

также способен нормализовать работу центральной нервной системы.

Ученые Гарвардской школы здравоохранения выяснили, что кофе служит профилактикой появления камней в желчном пузыре и снижает риск возникновения и развития сахарного диабета.

Доказано, что кофе содержит серотонин – «гормон счастья», который помогает избавиться от депрессии и поднимает настроение. По статистике люди, регулярно пьющие кофе, в несколько раз реже совершают самоубийства, чем те, кто его не употребляет.

Одна чашка кофе в день может значительно продлить сексуальную активность женщин в возрасте после 50 лет. В небольших количествах кофе способен улучшать сперматогенез и потенцию у мужчин.

Кофе улучшает кровоснабжение головного мозга, увеличивая при этом мозговую активность. Кофеин способен повысить продуктивность человеческого мозга почти на 10%.

Кому нужно ограничить кофе

Помимо полезных и лечебных свойств кофе есть ряд ограничений и противопоказаний, связанных с его употреблением.

Нужно помнить, что передозировка кофе приводит к головокружению, головной боли и бессоннице. Дубильные вещества, содержащиеся в напитке, могут иссушать слизистую желудка. По этой причине не стоит пить этот напиток натощак.

Не следует употреблять кофе людям с диагнозами ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, заболевания почек, глаукома, повышенное артериальное давление, повышенная возбудимость и бессонница, также он противопоказан при обострении хронического гастрита и язвы.

«Пить кофе не рекомендуется и людям со склонностью к тахикардии и аритмии, поскольку содержащийся в бодрящем напитке кофеин может вызывать учащенное сердцебиение, – поясняет врач Вербицкая-Романова. – К тому же кофе способствует задержке жидкости в организме, поэтому он нежелателен для людей со склонностью к отекам».



*Качественный сервис –
залог профессиональной деятельности*



*Наша благородная миссия –
обеспечить клиентам полный комфорт!*



+7 (7172) 792 713, 792 712 +7 702 999 9459, e-mail: cccastana2012@mail.ru

Следует отметить, что не рекомендуется употреблять кофе пожилым людям и детям. Раньше считалось, что он противопоказан и беременным. Однако последние исследования в этой области доказали, что кофе не оказывает серьезного влияния на здоровье матери и будущего ребенка.

Долгое время ученые считали, что употребление кофе может приводить к развитию рака поджелудочной железы, толстой и прямой кишки. Однако недавно было доказано, что кофе, наоборот, снижает активность некоторых канцерогенов.

В заключение хочется отметить, что каждый должен сам решить, в каких количествах ему следует пить кофе. Главное помнить, что все должно быть в меру. Напиток должен доставлять удовольствие, а не приводить к появлению различных «болячек» из-за чрезмерного его потребления.

Вячеслав Балыков



МЕДИКЕР

С заботой о Вас!

СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ МЕДИКЕР



16 Медицинских
центров

www.mediker.kz

Круглосуточный call center:
+7 (7172) 901 955
+7 (701) 999 36 52

Горячая линия:
+7 800 080 43 57
(звонок бесплатный по территории
Республики Казахстан с городских телефонов)