



№5 (08), март, 2012



МЕДИКЕР

Женщины В МЕДИЦИНЕ

Проблемы
низкорослости
у детей

Витилиго:
причины,
осложнение,
лечение

Все что,
Вы хотели
знать об
ОНКОЛОГИИ

Маржан
Лепесова:
“Все начинается
с детства”



«Медикер» предоставляет широкий спектр медицинских услуг в круглосуточном режиме по всей территории Республики Казахстан:

- ✂ Амбулаторно-поликлиническая помощь
- ✂ Стационарная помощь
- ✂ Круглосуточное обслуживание вызовов
- ✂ Медицинское сопровождение при эвакуации и транспортировке
- ✂ Проведение предсменных медицинских осмотров
- ✂ Проведение обязательных медицинских осмотров по пр. 709 МЗ РК
- ✂ Стоматологическая помощь
- ✂ Санаторно-курортное лечение
- ✂ Сезонная вакцинация против гриппа
- ✂ Розничная аптека
- ✂ Медицинское сопровождение различных мероприятий

«Медикер» имеет медицинские учреждения в городах Астана, Алматы, Атырау, Усть-Каменогорск, врачебную амбулаторию «Медикер-Астана», педиатрический центр «Медикер - Астана», МПЦ «Мунайши» и Медико-реабилитационный центр «Кендирили» в Мангистауской области. «Медикер» сотрудничает с более 400 лечебными учреждениями по всему Казахстану.

**МЕДИКЕР – это высокое качество
медицинской помощи и безупречный сервис!**

Астана и Акмолинская область тел.+7 (7172) 550-425, 550-426

Кокшетау тел.+7(7162) 550-049

Алматы и Алматинская область тел.+7 (727) 259-73-91, 259-73-92, 264-45-95

Актобе и Актобинская область тел.: +7 (7132) 594-696, 594-697

Ақтау и Мангистауская область тел.+7 (7292) 530-488

Город Жанаозен тел. +7 (72934) 64-970

Атырау и Атырауская область тел. +7 (7122) 465-302, 465-220

Караганда и Карагандинская область тел.+7 (7212) 589-068

Жезказган тел. +7 (7102) 999-741

Костанай и Костанайская область тел. +7 (7142) 593-254

Кызылорда и Кызылординская область тел. +7 (7242) 205-040

Павлодар и Павлодарская область тел.+7 (7182) 593-693, 593-694

Экiбастуз тел.+7 (7187) 75 56 74

Тараз и Жамбылская область тел.+7 (7262) 595-939

Усть-Каменогорск и ВКО тел. +7 (7232) 29 85 05, 29 85 06

Семей тел.+7 (7222) 521-738

Уральск и ЗКО тел.+7 (7112) 593-914

Шымкент и ЮКО тел.+7 (7252) 589-895

Круглосуточный информационно-координационный центр обеспечен мобильной связью, бесплатной для клиентов «интеллектуальной» телефонной линией.



Начало года – это всегда новые планы и надежды на лучшее. Подытожив все, что было достигнуто ранее, мы корректируем текущие дела и стремимся к новым вершинам.

Прозвучало Послание Президента Н.А. Назарбаева к народу Казахстана, задан новый импульс и вектор развития всех сфер экономики и жизнедеятельности государства. Теперь все зависит от нас. Работа руководителей и специалистов в сфере здравоохранения – это, прежде всего, добросовестное выполнение своего профессионального долга, а ее качество зависит от опыта и личной ответственности каждого.

Я, как руководитель медицинской компании, не могла не отметить того, что развитию здравоохранения в Казахстане в Послании уделяется особое внимание. И, что особенно важно, подчеркнута необходимость развития медицинского страхования.

Отечественная медицина, как и любая бюджетная сфера развивающегося государства, конечно, испытывает трудности, но есть и положительные тенденции – об этом говорил Глава государства. Например, успешно реализованная программа развития кардиологической службы республики позволила сократить смертность и улучшить статистику по сердечно-сосудистым заболеваниям. Хотелось бы рассчитывать на то, что в скором времени заработает аналогичная программа по снижению онкологических заболеваний.

На эти цели государством выделяются немалые средства. Но если речь идет о нашем здоровье, разве бывает когда-нибудь достаточно? В области здравоохранения, больше, чем в какой-либо другой сфере, нужны частные инвестиции. Необходимо развивать страховую медицину, что практикуется во всех развитых странах. О развитии здравоохранения с учетом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за свое здоровье говорил в Послании Глава государства: «Человек должен понимать, что ему невыгодно болеть, и хотя у нас бесплатное здравоохранение, будущее – за страхованием в медицине».

Это не говорит о том, что система медицинского страхования вытеснит ныне существующую. Социальные и рыночные механизмы охраны здоровья людей должны развиваться параллельно. Но, как показала мировая практика, качество услуг страховой медицины в конечном итоге будет несопоставимо выше. Именно эта система позволяет приглашать на работу в медучреждения высококлассных специалистов, внедрять новейшие разработки и технологии, применять высокотехнологичное оборудование, проводить исследования и делать научные открытия в области медицины. Ведь прогресс бывает только там, где его ждут и куда идут финансовые вложения.

И, конечно, в этой связи надо сказать о социальной ответственности компаний, страхующих своих работников. Уходя в прошлое те времена, когда успешная работа компаний измерялась только прибылью. Сегодняшние нормы цивилизованного бизнеса предполагают заботу работодателя о здоровье трудовых коллективов – ведь это гарантирует и качество работы, и социальное благополучие общества. Успешный работодатель понимает, что без квалифицированных



и здоровых кадров ни о каких инновациях не может быть и речи.

Те успешные шаги, которые сделаны в нашей республике по внедрению добровольного медицинского страхования, уже приносят результаты. Растет количество современных клиник с новейшим оборудованием, поднимается уровень квалификации врачей, оказываются качественные медицинские услуги. А благодаря соцпакетам, включающим медицинскую страховку, работодатели получили возможность привлекать на работу профессиональных специалистов.

Сильное государство – это прежде всего здоровые граждане! Поэтому наша компания будет продолжать улучшать качество медицинских услуг, выполняя тем самым свою важную миссию – помогать нашим клиентам быть здоровыми!

С уважением,
Гулжан Садырбаева,
Генеральный директор
ТОО "Медикер"



Редакционный совет:

Главный редактор

А. Избасаров
Доктор медицинских наук, профессор, врач уролог-андролог высшей квалификационной категории, член Всемирной и Европейской Ассоциаций Урологов

К. Ормантаев
Доктор медицинских наук, профессор, академик НАН РК, заслуженный деятель науки РК

М. Алчинбаев
Доктор медицинских наук, профессор, лауреат Государственной премии РК, председатель Ассоциации урологов, главный уролог Министерства здравоохранения РК

Г. Садырбаева
Генеральный директор ТОО «Медикер»

Р. Жусупова
Директор ТОО «Energy Focus»

И. Снигирева
к.м.н., заместитель главного врача МЦ «Медикер»

Р. Ахметов, к.м.н.

Руководитель проекта

Ж. Кыдырбаева
Kydyrbayeva.Zh@medicare.kz

Литературный редактор

М. Сагитова

Дизайн, верстка, иллюстрация

Айкерим Карибаева

Авторы:

В. Литвинова, **Ш. Рахимова**, **Б. Султанова**,
И. Снигирева, **Е. Устинова**, **М. Толымбекова**,
М. Халина, **С. Сагитова**, **О. Иванова**,
О. Витковский, **Г. Лекерова**, **З. Жапарханова**,
А. Кусаинова, **С. Смагулова**, **М. Хайдарова**,
Б. Шарипова, **В. Глазунов**

Переводчики

Е. Хайдаров, **И. Балмаганбетова**

Корректор

И. Хромушина

Фотограф

В. Шаповалов

Журнал зарегистрирован Министерством культуры и информации Республики Казахстан, Комитет информации и архивов.

Свидетельство 10882-Ж от 26. 04. 2010 г.

Все предложения, пожелания и замечания по изданию направляйте в редакцию журнала «Медикер». Любое воспроизведение материалов или их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Мнение редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.

Распространяется на территории Казахстана.

Выходит один раз в 2 месяца.

Тираж 7 000 экземпляров.

Партнер по распространению:
Курьерская компания EXLINE,
тел. +7 727 3900300, www.exline.kz

Адрес редакции:

010000, Республика Казахстан,
г. Астана, ул. Кабанбай батыра, 17,
блок Б, 16 этаж, офис 8
Тел. +7 (7172) 79 49 88, 79 49 87
+7 (727) 263 55 43

Отпечатано в типографии «Pride Print»,
г. Алматы, ул. Мирзояна, д. 13-15, тел. +7 727 378-77-47



8



12



26



34



44



Актуально

8 Женщины в медицине
12 Педиатрический центр "МЕДИКЕР"

Вопросы и ответы

16 Все, что Вы хотели знать об онкологии

Образование пациента

20 Хронический пиелонефрит
24 Преждевременные роды
26 Витилиго: причины, осложнения, лечение
30 Проблемы низкорослости у детей

Дети

34 Главное вовремя заметить:
"Что нужно знать об основных чертах
нервно-психического развития и
моторного развития ребенка"
38 Занимайтесь с удовольствием

Личность

40 Маржан Лепесова:
"Все начинается с детства"

Это интересно

40 Электронная болезнь-
или интернет серфинг

Лечение за рубежом

44 Теледоктора вызывали?

"Скорая помощь"

46 Если у ребенка ночью заболит ушко

Здоровье

48 Дао здоровья

История медицины

52 Дочь своего отца

Традиционная медицина

54 Смейтесь на здоровье

Психология

56 Цени себя, цени других

Красота

60 Нити красоты и молодости

Конкурс

62 «Открой для себя Казахстан»

Спорт

64 Бахыт Сарсекбаев: "Привык все
доказывать делом"

46



48



54



60



62





Начало жизни, свет и доброта



Накануне Международного женского дня 8 Марта нельзя не напомнить о том, что в нашей стране, как и во всем мире, в медицинской отрасли преобладают женщины. Сегодня уже трудно представить образование, науку, медицину в Казахстане без их значительного участия. По статистическим данным, доля женщин в общем кадровом составе отрасли равна 67,8 %. В руководящей должности женщин врачей 39 %, а заместителей руководителя 73 % женщин. На основной работе в организациях образования, научных организациях и аппаратах органов управления – 70 %, специалистов в сельской местности 65%. Женщин специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием 94 %, а в сельской местности 95 %.

Врач традиционно пользуется особым статусом в любом обществе и к нему предъявляются высокие этические и правовые требования. Принято считать, что «настоящий» врач является эталоном для широкой общественности в вопросах не только охраны здоровья, но и морали. Медик должен быть всецело предан делу Медицины, милосерден, требователен к себе, скромнен в быту и потребностях, трезв в оценках, проявлять силу духа и решительность в сложных жизненных ситуациях. Ряд исследований показали, что женщины-врачи лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины. Вместе с тем, женщины-врачи испытывают большие, по сравнению с мужчинами, трудности в овладении врачебной профессией, связанные с множественными социальными ролями женщин, существующими в обществе отдельными предрассудками.

И, тем не менее, в нашей стране немало женщин-врачей, ученых, сыгравших большую роль в отечественной медицине. Это, например, Нина Амировна Каюпова – доктор медицинских наук, профессор, академик Академии профилактической медицины РК, директор НИИ акушерства и гинекологии с 1983 по 1999 годы, заместитель председателя Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте РК (1999–2005). Она и сейчас остается активной, являясь главным научным сотрудником научного отдела НЦ «Акушерство, гинекология и перинатология» Республиканского научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка, главным редактором журнала «Акушерство, гинеко-

логия и перинатология», членом совета Ассамблеи народов Казахстана.

Другая наша соотечественница Раиса Салмагамбетовна Кузденбаева – единственная женщина академик НАН РК, директор Фармакологического центра РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Гордостью страны можно назвать Жанар Габиденовну Мустафину – профессора НИИ глазных болезней, заведующую кафедрой офтальмологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова. Заслуженный врач Республики Казахстан, сопредседатель комиссии по делам семьи и женщин при акиме Алматинской области, она удостоена ордена «Парасат» Республики Казахстан, является действующим членом Нью-Йоркской академии наук.

От коллектива Министерства здравоохранения Республики Казахстан и от себя лично поздравляю Вас, прекрасную половину человечества, с наступающим Международным женским днем 8 марта! 8 марта – это светлый весенний праздник, символ красоты, нежности и обаяния. Женщина и весна всегда олицетворяют собой начало жизни, любовь и красоту. Ваши доброта и отзывчивость, душевная щедрость, преданность и самоотверженность вызывают чувство восхищения. Ваш неиссякаемый природный дар – в любых жизненных ситуациях хранить огонь семейного очага, излучать свет и тепло, заботу и нежность – достойны глубокого уважения и признательности. В то же время в хрупкой женщине всегда скрыта великая сила. Она может все: быть мягкой, преданной женой, заботливой матерью, верной подругой и вместе с тем – мудрым руководителем и грамотным служащим.

Хочу пожелать всем женщинам весеннего настроения, гармоничных и добрых взаимоотношений с родными и близкими, коллегами, исполнения желаний, счастья, радости, добра и, конечно, новых трудовых успехов на благо нашей страны!

С уважением, Мусинов Серикбол Рахимканович
Ответственный секретарь Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

**Благотворительность приходит
с раскрытыми ладонями,
ее назначение – отдавать.**
Перл Бак

«20 шагов в защиту детства» – под таким девизом в Казахстане прошел благотворительный марафон в рамках празднования 20-летия Независимости Республики Казахстан. Призыв помочь детям-сиротам и детям из многодетных и малообеспеченных семей поддержали депутаты, а откликнулись НПО, бизнесмены, крупные компании – всего 672 организации. В их числе была и медицинская сервисная компания «Медикер». В медицинской сервисной компании «Медикер» прекрасно понимают, что без заботы о подрастающем поколении невозможно говорить о полноценном обществе и о будущем нации. Не галочки ради, не формально, а очень просто и по-человечески надо давать детям то, в чем они нуждаются. – Конечно, мы хотели бы, чтобы у всех казахстанских детей было Детство, чтобы жизнь их была наполнена радостью! Поэтому и нужен такой марафон! Приятно каждый раз убеждаться в том, что в Казахстане нет равнодушных к чужой боли людей. В России, я знаю, даже создан Союз благотворительных организаций, который организует всю благотворительность в стране, и было бы неплохо создать такой же союз и в Казахстане. У нас есть свои спонсоры, свои меценаты, готовые прийти на помощь. Они также способны организовать благотворительную программу, чтобы на эти деньги помогать нуждающимся, – пояснила генеральный директор Компании «Медикер» Гульжан Садырбаева. Одними из первых, кому в рамках благотворительного марафона помогли сами «медикеровцы», были больные дети из гематологического отделения столичного Центра материнства и детства.

– Нельзя сказать, что мы обделены вниманием со стороны компаний-меценатов. Благотворительную помощь нам время от времени оказывают. Каждый вклад мы хорошо помним и ценим. Но вот наши коллеги из «Медикер» запомнились особенно. Представители Компании как-то по-простому, в рабочем порядке приехали к нам в отделение, поинтересовались, что нам нужно, и привезли все жизненно важное для наших маленьких пациентов, страдающих тяжелыми онкогематологическими заболеваниями, – рассказывает заведующая детским отделением, врач Валентина Тюрина. – Это прежде всего дорогостоящие противогрибковые медицинские препараты, такие как «Дифлюкан», «Дифлюзол», «Микомакс» и др. В аптеке их купить, конечно, можно, но в отделении, где они пользуются большим спросом, их порой не хватает. «Медикер» здесь нас очень хорошо поддержал. Ребятишки хоть и не смогли по достоинству оценить такую помощь в силу своего возраста, зато долго вспоминали детский праздник с вкусными подарками, который устроили для них сотрудники «Медикер».

Спортивный инвентарь: мячи, обручи, скакалки, шашки, шахматы – казалось бы, мелочь. Да, действительно, когда она под рукой. А если ее нет, то и детство трудно назвать таковым. Откуда у учащихся средней школы возьмется такое «богат-

**В 2011 году Компания «Медикер»
оказала спонсорскую помощь!**

* Кызылжудынской средней школе Айтекебийского района Актюбинской области – приобрела мячи, обручи, скакалки, шашки, шахматы, спортивную форму.

* Медицинскому пункту средней школы Айтекебийского района Актюбинской области – приобрела облучатель бактерицидный, термометры, лотки, аптечки, весы, шины транспортные и пр.

* Детскому саду «Болашак» в Актюбинской области – приобрела игрушки, хозяйственные товары, постельные принадлежности.

* Центру материнства и детства в г. Астане, отделение гематоонкологии – приобрела противогрибковые средства типа «Дифлюкана», «Дифлюзола», «Микомакс».

* Ветеранам ВОВ г. Атырау – выдала 89 подарочных сертификатов на 20 000 тенге на медицинское обслуживание в МЦ «Медикер-Атырау».

* Ветеранам ВОВ г. Жанаозена – выдала 20 подарочных сертификатов на 10 000 тенге на приобретение лекарств в аптеке МПЦ «Мунайшы».

* Специальной коррекционной школе-интернату в г. Астане – оказана спонсорская помощь для приобретения двух передвижных бактерицидных облучателей.

* Средней школе №2 г. Жанаозена оказана материальная помощь для приобретения одежды, обуви для детей из социально незащищенных малообеспеченных семей, детей из неполных семей.

ство»? Вот и обращается администрация Кызылжудынской средней школы Айтекебийского района Актюбинской области в медицинскую сервисную компанию. Благодарны «медикеровцам» и малообеспеченные семьи г. Жанаозена, чьи дети к зимнему сезону получили теплую одежду и обувь. Не были забыты и ветераны – им «Медикер» предложил медицинские сертификаты на приобретение лекарств и медицинское обслуживание. Без очередей и лишней суеты ветеранов встретили в медцентре врачи и медсестры, где они смогли пройти обследование и получить консультации специалистов.

– Прописали рецепты, и мы сразу же купили лекарства. Спасибо большое за внимание и заботу, спасибо за хорошее обслуживание, – звучали отзывы ветеранов.

– Акция закончилась, но благотворительностью мы, как и прежде, будем продолжать заниматься. В этом я вижу большой гуманизм и глубочайшее проникновение в нужды людей. Мы призываем всех шагнуть навстречу «защите беззащитных». Знаете, еще известный историк Василий Ключевский говорил: «Истинная цель дела благотворительности добиться того, чтобы некому было благотворить», чтобы все всегда были под чьей-то защитой, – заявила генеральный директор «Медикер» Гульжан Садырбаева.



ЖЕНЩИНЫ В МЕДИЦИНЕ

Трудно представить, но всего каких-нибудь двести лет назад медицина была практически полностью мужским занятием. А в Казахстане женщины начали обучаться специальности врача еще позже. Но в наши дни деление на мужские и женские профессии стало чисто декларативным. И казахстанская медицина просто невозможна без женщин.

Виктория Литвинова

ВРАЧ, МЕДСЕСТРА, МИНИСТР

Сейчас белый халат ассоциируется с представителями обоих полов, и все же многие предпочитают попасть на прием к женщине, поскольку нам кажется, и не без оснований, что она проявит больше внимания и участия, по-матерински посочувствует и поможет. Впрочем, миссия любого медика – помогать. И все же среди хирургов реаниматологов чаще встречаются мужчины. Хотя можно привести немало примеров, особенно в акушерстве и гинекологии, да и других областях медицины, где оперируют представительницы так называемого слабого пола.

Средний медицинский персонал, которому сейчас стало уделяться куда больше внимания, представлен почти полностью женщинами. Редко можно увидеть в больнице медбрата, и, как правило, для мужчины этот

статус – лишь ступенька к профессии врача. Медбратами работают в основном студенты медицинских вузов, и это очень хорошая практика. Таким образом, получается, что именно на женских плечах – вся главная рутинная работа, исполнение всех назначений врача, лечение, ассистирование, непосредственное общение с пациентом. Больной на операционном столе, как правило, перед тем как уснуть под наркозом, видит глаза и руки сестрички. Как тут не вспомнить участницу Великой Отечественной войны, Курской битвы Мавлиху Курбангалиеву, многие годы работавшую хирургической сестрой железнодорожной больницы Алматы. Сейчас в Казахстане статус медсестры меняется, многие из них стали получать высшее медсестринское образование, овладевать госпитальным менеджментом.

Статистика свидетельствует о том, что значительная часть профессиональных медицинских работников в мире – это женщины. Так, женщины составляют в США 44% студентов-медиков и 23% врачей (при этом существует тенденция увеличения женщин-врачей в системе американского здравоохранения); в Финляндии – 49% всех врачей женщины; в Швеции – 38%; в Дании – 35%; в России – 69%. В нашей республике почти такие же показатели, как в соседней стране. Конечно, большая часть женщин работает в практической медицине, у руководства отрасли, как правило, стоят мужчины. Но сейчас в Казахстане государственное здравоохранение возглавляет женщина, и это период, когда в отрасли идут позитивные изменения, реформы. Немало представительниц прекрасного пола руково-

дят клиниками, медицинскими центрами, поликлиниками. А сколько замечательных медицинских сестер, профессионалов с большой буквы, работает в больницах, непосредственно оказывая помощь пациентам. Много среди казахстанских медиков-женщин профессоров, докторов и кандидатов медицинских наук, известных врачей и общественных деятелей. Известна своими исследованиями в области лазерной стоматологии Лидия Яковлевна Зазулевская, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель РК, действительный член Лазерной академии наук РФ и академии Профилактической медицины РК, Отличник здравоохранения СССР, Отличник здравоохранения РК.

Более двадцати лет возглавляла кафедру патологической физиологии Казахского медицинского университета имени С. Асфендиярова профессор,

доктор медицинских наук Халида Садыковна Насыбуллина. Столько же руководила дерматовенерологической службой Казахстана доктор медицинских наук, профессор Зура Бостановна Кешилева – член Американской и Европейской академии дерматовенерологии, почетный директор Казахского научно-исследовательского кожно-венерологического института.

Основателем отечественной школы кардиологов называют профессора Райхан Абикеевну Сатпаеву, первую женщину-казашку, получившую ученую степень доктора медицинских наук. Много лет заведовала кафедрой нормальной физиологии Ханиса Канышевна Сатпаева, основательница валеологии в нашей республике, доктор медицинских наук, профессор.

Немало сделала для развития детской онкогематологии Кулян Омаровна Омарова, главный научный со-

трудник Национального центра «Педиатрия и детская хирургия» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, доктор медицинских наук, главный внештатный детский онкогематолог. Известный педиатр – заведующая кафедрой педиатрии Алматинского государственного медицинского института Нина Ахметовна Барлыбаева.

Под руководством директора Казахского НИИ глазных болезней Турсынгуль Кобжасаровны Ботабековой, доктора медицинских наук, профессора, главного внештатного офтальмолога МЗ РК, впервые в Казахстане создан центр витреоретинальной патологии и внедрена витреоретинальная хирургия, являющаяся самым сложным разделом офтальмохирургии.

БОГИНИ – ПЕРВЫЕ МЕДИКИ

Интересно, что в научных и исторических исследованиях указывается на



то, что у многих народов начало эры медицины связано с женскими именами. У египетского народа, одного из самых древних, первым врачом была воинственная Нить – мать богов, владычица Сауса, древнейшая и важнейшая богиня Египта. Ее дочь – Изида – настоящая героиня врачебного искусства. Она открывала лечебные свойства многих растений. У греков первым врачом была Артемида, которая почиталась как богиня охоты, гор, но еще оказывала заботу о благополучном состоянии здоровья людей, за что была названа спасительницей народа. К ней обращались за помощью в различных болезнях, особенно при травматических поражениях, ревматизме и катарах дыхательных путей – болезней, которые в то время встречались очень часто.

Имена первых врачей у северных народов (германцев и славян) – это Герта, Фриг и Жива. Древние итальянцы первые следы медицины связывали с именем женщины Палес – древнейшей богини странствующих. Именно ей приписываются советы по выбору здоровой, незараженной воды, по употреблению здоровой пищи, соблюдению тщательной чистоты. Именно она

учила дезинфекции с целью предупреждения болезней. Только в более позднюю эпоху, когда влияние обоих полов на семью стало уравниваться, мужчины, получая необходимые наставления от женщин, стали заниматься врачебным делом. Причем и женщины, и мужчины оказывали свои лечебные услуги безвозмездно, и сознавая высокую важность лечебного дела, не ограничивались только своей личной практикой, а старались распространять медицинские сведения между своими детьми, передавая им собственный опыт.

Женская доля

Затем среди мужчин появились субъекты, которые требовали за свои услуги вознаграждение. И вскоре появилось множество странствующих врачей-мужчин. Они путешествовали не только в своем отечестве, но и в дальних чужих странах, надеясь на заработки для своего пропитания. Женщины по своему положению не могли пускаться в странствия, и это послужило одной из основных причин ограничения деятельности женщин на врачебном поприще. Позднее, когда люди стали разграничиваться по родам занятий и спосо-

бам поиска средств себе на пропитание, врачи выделились из общей массы в особые кружки, возникли врачебные роды и гильдии, которые состояли из ремесленников-врачей. Божественное искусство стало обыкновенным человеческим ремеслом. Будущий врач должен был, как и всякий другой ремесленник, поступать на обучение очень рано, еще в детстве. Это было совершенно невозможно для женщин, поэтому в этот период женщины были еще больше оттеснены из медицинской практики.

Несмотря на неблагоприятные условия, в XVI – XVIII веках многие женщины посвящают себя медицине, а некоторые из них приобретают славу своей ученостью. Ведь женщины веками ухаживали за больными, были сестрами (или партнерами) врачей. При рождении ребенка они были повитухами и акушерками. На сельских фермах, которые преобладали в западном мире, почти все женщины занимались домашней медициной.

Началом женского медицинского образования можно считать 1850 год, когда в США, в Филадельфии, был основан Женский медицинский колледж, а вслед за ним последовало

открытие других школ и медицинских ассоциаций. Мичиганский университет допускал женщин на равных основаниях с мужчинами с 1870 года. Кульминацией этого движения во второй половине XIX века стало открытие в 1893 году Медицинской школы Джона Хопкинса с совместным обучением мужчин и женщин. В течение этого же десятилетия врачи-женщины приступили к легальной практике в Бельгии и России. В XX веке женщины стали не только врачами, учеными в лабораториях, но и лауреатами Нобелевской премии. Первой женщиной в мире, получившей в 1849 году степень доктора медицины, была Елизавета Блэкуэлл. Как видим, наши соотечественницы продолжают этот славный путь, по-матерински и по-сестрински служа здоровью людей. Можно назвать еще много славных имен, вошедших в Золотой фонд отечественного здравоохранения. И все это еще раз подтверждает: у медицины Казахстана, как и многих других стран, – женское лицо и женские руки. Поздравляем всех женщин – врачей, медсестер, преподавателей, руководителей медучреждений с Международным женским днем 8 Марта. Здоровья вам, сил и терпения, дальнейшего совершенствования в профессии, добрых пациентов и талантливых учеников!



It's impossible to imagine Kazakhstan's medicine without women. Dozens of glorious women names became part of Golden fund of our domestic healthcare. Women amount to basically whole middle level of medical personnel, many female doctors are running clinics, hospitals, medical centers and at last a woman heads the Ministry of Health in our country. Read more "Women in medicine" which we publish on the eve of the International women's day.

Әйелдер қазақстандық медицинасына үлкен үлес қосқан. Олардың көпшілігі отандық денсаулық сақтау жүйесінің Алтын қорына кірді. Әйелдер көпшілігімен орта медициналық персонал ретінде жұмыс істейді, кейбіреулер клиникаларды, ауруханаларды, медициналық орталықтарды басқарады. Ақыр аяғында, қазіргі күнде республикамыздың денсаулық сақтау Министрлігінің басшысы–әйел. Бұл туралы Халықаралық әйелдер күнінің қарсаңында шығатын нөмірде, «Медицинадағы әйелдер» мақалада оқи аласыз.



Пицик Валентина Васильевна,
заведующая ПЦ «Медикер», врач-педиатр

«Думай о будущем и не навреди»

**Пицик Валентина Васильевна,
заведующая Педиатрическим центром
«Медикер»**

Ребенок – бесценное сокровище семьи. Именно в свои чада родители вкладывают все знания, таланты, надеясь увидеть в них перспективных духовно развитых личностей, достигших тех высот, которых не постигли отцы и матери. А если в доме заболевает ребенок, то кажется, что рушится весь мир. Ведь не зря мама начинает причитать «уж лучше самой захворать, чем...». В такой ситуации доктор – главная надежда и своего рода волшебник, дарующий исцеление.

Забота о здоровье детей и стремление создать комфортные условия лечения послужили стимулом для менеджмента ТОО «Медикер» открыть уникальный Педиатрический центр в столице нашей родины Астане. Таким образом, мечты родителей о месте, где можно обследовать ребенка без суеты, постепенно сбываются...



Лакбаева Асем Кайрбековна – лор врач



**Об особенностях детского медучреждения
рассказывает заведующая центром Валентина Васильевна Пицик:**

– Наш центр, один из немногих, специализирующийся на лечении детей в Астане. Мы с искренней заботой и любовью создавали этот уникальный проект. За достаточно короткие сроки появилось оснащенное современным оборудованием учреждение, совмещающее в себе буквально все этапы обследования, начиная от сбора анализов, диагностики до прохождения лечения под наблюдением квалифицированных врачей и среднего медперсонала. Стоит отметить, что изначально руководство компании поставило целью не копировать обычные поликлиники, а наоборот, нужно было сделать так, чтобы каждый ребенок, приходя к нам, не испытывал стресс, отвлекался. Ради детской улыбки мы продумали всё – от дизайна интерьера (стены и потолки коридоров и кабинетов, раскрашенные в веселые цвета и рисунки, игровые зоны, телевизоры с любимыми мультфильмами) до схемы приема. Надо просто однажды к нам прийти и убедиться навсегда.

Чем сейчас конкретно дышит новый центр?

– Несмотря на свою юность, Педиатрический центр вступил в активную деятельность. С уверенностью могу заявить, что у нас работают лучшие Айболиты: педиатры, эндокринолог, невропатолог, отоларинголог, гастроэнтеролог, стоматолог. Проводятся различного характера обследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, щитовидной железы, ЭЭГ головного мозга. Забор анализов ведется здесь же на месте. То есть мы стараемся, чтобы родителям с детьми было комфортно, и минимизируем лишнюю беготню по кабинетам и очереди.



Кулахметов Сержан Серикпаевич – врач-стоматолог



Горбинский Григорий Владимирович – врач-педиатр



Валентина Васильевна, какие важные аспекты в педиатрической практике волнуют Вас лично как детского доктора? На что бы Вы призвали коллег обращать внимание в работе в целом, в лечении деток в частности?

– Если брать профессиональную сторону, то озабоченность вызывает рост аллергии, которая стала чуть ли не пандемией в мире. Поэтому в нашем центре планируем проводить консультации аллерголога и дерматолога. Также вызывает тревогу современный ритм жизни мам и пап, в который нередко вовлечены и дети. Все это включает в себя питание, режим сна и бодрствования. Необходимо учитывать особенности юного организма, и малышам за взрослыми не угнаться. Негативную лепту вносят часто родители, которые требуют, чтобы врач назначил лекарство, которое в мгновение ока поставит чадо на ноги. В этой связи советую врачам беседовать с родителями и объяснять нюансы.

На Ваш взгляд, что из зарубежного опыта приемлемо для отечественной педиатрии?

– Безусловно, подходы отечественной медицины отличаются. Во время поездки в США я обратила внимание, что не пациент идет к специалисту, а

доктор обходит больных. Есть специальные комнаты, куда помещают пациентов, и они спокойно ждут, когда врач зайдет. Здесь исключается столпотворение у кабинетов. Но это целая выработанная система, здания больниц строятся по соответствующему принципу. Тем не менее, факт достоин внимания. Смеем заверить, зарубежным коллегам есть чему поучиться и у нас. Не забывайте, советская медицина считалась в свое время самой сильной, и я горжусь, что мне посчастливилось учиться под руководством настоящих знатоков своего дела.

Ваше мнение по поводу гомеопатических препаратов, БАДов, витаминов. Можно ли их применять в качестве профилактики?

– Это достаточно тонкая тема. Ряд исследований показывает, что современные продукты растительного и животного происхождения не обеспечивают в полной мере организм минералами и витаминами. Все больше появляется продовольствия с синтетическими добавками, красителями, а настоящее натуральное – становится раритетом. Скажу одно, если уж применять добавки, то обязательно после консультации с доктором, ведь нередко слу-

чай аллергической реакции, последствия могут стать необратимыми. Немаловажным является и репутация производителя, наличие сертификата и клинических исследований с доказательной базой о безопасности и пользе БАДа.

Наверное, мама или папа педиатр – настоящая находка для семьи. Как часто срабатывает поговорка «сапожник без сапог»?

– К счастью, эта поговорка обошла мою семью стороной. Двое моих детей выросли здоровыми и умными. С детства я привила им знания о здоровом образе жизни, правильном питании, духовном росте и теперь пожинаю приятные плоды. В нашем доме исключены фастфуд, сладкие газированные напитки и т. п. Приветствуются овощи-фрукты, горячая домашняя пища. Даже находясь вне родительского контроля, мои сын и дочь не изменяют полезным привычкам.

Валентина Васильевна, что бы Вы как мать, женщина и врач посоветовали нашим читателям, Ваши слова напутствия.

– Быть матерью и отцом – очень большая ответственность. Женщинам и мужчинам, молодым парням и де-

вушкам нужно это осознать и понимать. Здоровье ребенка, его воспитание и то, кем он станет в будущем, во многом зависят от семьи. Особенно пристального внимания требуют первые 5-6 лет жизни малыша. Мне жалко наблюдать, когда новоиспеченные мамы, родив, тут же через месяц-два бегут на работу устраивать карьеру. Надо определить, что важнее – дитя или офис. Также нужно помнить, что профилактика намного эффективнее, нежели борьба с болезнью. Предотвратить легче. Поэтому здоровый образ жизни должен стать ведущим лозунгом в каждом доме. Надеюсь, призыв найдет отклик у родителей. Благодарю за плодотворную беседу.

Шаира Рахимова

Concern for a child became a driving force of LLP Medicare to create a unique project, the pediatric center in the capital of Kazakhstan, Astana. There are no analogues to this in the world. Quite quickly this institution obtained modern

equipment and has all stages of examination starting from analysis, diagnosis to a full treatment under close watch of high class doctors and qualified medical staff. Major motto of local doctors is - "Think of the future and do not harm"

Баланың денсаулығын жасақтау мақсатымен ЖШС «Медикер» республикамыздың елордасы Астанада бірегей педиатриялық орталықты салу жобасын жүзеге асырды. Масштабтары бойынша бұл орталықтың аналогтары жоқ. Мекеме қысқа уақыттың ішінде салынып, осы

күнгі жабдықтаумен жасақтанды. Осы жерде анализдерді тапсыру мен диагностикадан бастап, жоғары білімді дәрігерлер және мамандырылған персоналдың елбірек бақылауындағы емдеуді аласыз. Ал осындағы докторлардың басты ұраны - "Келешекті ойлап, зиян келтірме"

Европейские новости раковых заболеваний

Все, что Вы хотели знать об Онкологии

Благодаря достижениям современной медицины вероятность излечения раковых заболеваний на сегодняшний день очень высока.
ГЛАВНОЕ – распознать их на ранних стадиях.

На наши вопросы отвечает главный врач отделения онкологии Университетской клиники г. Фрайбурга профессор Роланд Мертельзман.

В чем причина образования злокачественных опухолей и клеток?

Рак возникает в результате изменения генетической информации в клетке. Происходит мутация гена, вследствие чего клетка получает новую функцию и начинается хаотичное и неконтролируемое деление клеток. Причиной подобных сбоев может стать все, что влияет на генетический состав клетки: облучение (как в случае с Чернобылем), вирусы или воздействие химических веществ. Кроме того, существует и риск случайной ошибки при делении клеток. Как правило, вероятность возникновения подобного «сбоя» увеличивается с возрастом.

Говорят, к этому заболеванию приводят негативные эмоции... Психологические проблемы не могут вызвать генетических нарушений внутри клетки. На сам процесс развития опухоли эмоциональное состояние не влияет. Однако негативный внутренний настрой отрицательно сказывается на образе жизни (человек невнимательно относится к питанию, злоупотребляет алкоголем, курит). Все это, в свою очередь, может привести к развитию рака.

Какие онкологические заболевания наиболее распространены?

У женщин чаще всего диагностируют рак молочной железы, на втором месте — рак яичников и рак шейки матки. Все эти болезни излечимы, если диагноз установлен на ранней стадии. В случае более позднего обнаружения рака возможно предотвратить или замедлить его распространение. К сожалению, в последнее время участились случаи рака легких у женщин. Причина заключается в том, что в последние 20 лет дамы пристрастились к сигаретам. А риск заболеть этим видом рака значительно выше у курящих людей. Также распространен рак толстой кишки. Обнадешающий факт: возможности лечения такой болезни сегодня значительно улучшились. Самыми распространенными злокачественными заболеваниями у детей являются лейкомия и острая лейкомия. В целом же у маленьких пациентов рак встречается крайне редко, потому как считается заболеванием пожилых людей.

С какой скоростью растут опухоли? Какие формы рака наиболее агрессивны?

На этот вопрос трудно ответить однозначно. Необходимо учитывать факторы, влияющие на распространение ракового заболевания в организме. Из-за низкой выживаемости по-прежнему наиболее опасным считается рак легких. Коварность этой болезни заключается в том, что на ранних стадиях она протекает бессимптомно. Поэтому пациенты нередко обращаются к врачам, когда шансов на спасение мало. Для пожилых людей опасной считается острая лейкомия. Все же хочется подчеркнуть, что не стоит обобщать эту тему. Каждое раковое заболевание и каждый пациент сугубо индивидуальны, поэтому необходимо внимательно изучать историю болезни пациента для подбора наиболее подходящего для него лечения. То же касается и скорости роста злокачественного новообразования. Существуют опухоли, рост которых можно наблюдать на протяжении нескольких дней. Другие же онкологические опухоли развиваются и растут годами.

Университетская клиника г.Фрайбурга, Германия

14 специализированных клиник
58 000 стационарных пациентов в год
1 000 амбулаторных пациентов ежедневно
10 000 сотрудников
Лауреаты Нобелевской премии – 8 профессоров

UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM



Телефоны русскоговорящих сотрудников: +49 761 270 84710, +49 761 270 84240
Факс: +49 761 270 84060
www.uniklinik-freiburg.de info-ims@uniklinik-freiburg.de

Назовите современные методики диагностики

Для рака молочной железы — маммография. Также дамам рекомендуется проведение гинекологических обследований на наличие рака шейки матки. Другими методами диагностики являются МРТ (магнитно-резонансная томография), КТ (компьютерная томография) и ПЭТ-КТ (позитронно-эмиссионная томография). Прорывом в исследовании раковых заболеваний стала молекулярно-генетическая диагностика. Она помогает распознать наличие дефекта в определенной клетке и обеспечивает возможность целенаправленного лечения. Для своевременного выявления рака кишечника и толстой кишки на ранней стадии рекомендуется периодическое проведение колоноскопии. Но есть и спорные моменты: до сих пор существуют много противоречивых мнений по поводу профилактических обследований предстательной железы путем анализа крови.

Какие существуют методы лечения онкозаболеваний? Можно ли прибегать к нетрадиционной медицине?

Самые распространенные в нашей клинике — химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия, лучевая терапия, аутологическая и аллогенная трансплантация костного мозга и стволовых клеток. Дополнительно применяются многочисленные сопутствующие методы: терапия боли, диетотерапия, физиотерапия, психологическая поддержка. Важно: во Фрайбургском Онкоцентре для каждого пациента разрабатываются индивидуальные схемы лечения на междисциплинарных онкологических консилиумах. На тему альтернативных методик лечения ведется немало дискуссий. Научно подтвержденные положительные результаты данных методов мне не знакомы. И все же они приобрели определен-

ную популярность из-за эффекта плацебо. На мой взгляд, их можно рассматривать положительно в том случае, если они не мешают научным методам официальной медицины.

Как оградить себя от рака?

Активный образ жизни, поддержание веса в норме, отказ от вредных привычек, здоровый сон — позитивные предпосылки для избежания риска появления злокачественных опухолей. Считается, хорошая профилактика таких болезней — употребление большого количества фруктов и овощей, а вот мясо стоит ограничить. По моему мнению, не стоит придерживаться таких жестких правил. Я рекомендую есть все то, что нравится — организм сам понимает, что ему требуется. Главное, все должно быть в меру.

Химиотерапия без побочных эффектов?

Новшество в области медикаментозного лечения рака представили европейские ученые. Разработанный ими метод CARL успешно защищает здоровые ткани организма от воздействия агрессивных химиопрепаратов. Метод CARL — это абсолютно новый уникальный способ очищения крови от излишков химиопрепаратов с помощью специальных фильтров CARL. В настоящее время он успешно применяется для снижения побочных явлений химиотерапии при лечении злокачественных опухолей яичников и груди. В процессе химиотерапии пациенту вводится препарат Келикс/Caelux, который способен уничтожать раковые клетки. Однако при его воздействии происходит токсическое поражение не только злокачественных, но и обычных, здоровых клеток организма. Особенно страдают слизистые оболочки и чувствительные участки кожи, поэтому подобные поражения также называются «ладонно-подошвенным синдромом». Легкие формы течения этого синдрома неприятны, тяжелые

же формы очень болезненны и оказывают негативное влияние на качество жизни пациента.

Данный синдром ранее был неизлечим. В ряде случаев требовалось сделать перерыв в лечении до исчезновения симптоматики, в тяжелых случаях лечение приходилось прекращать. Сейчас же ситуация кардинально меняется: как показывают актуальные научные исследования, при применении метода CARL для очищения крови до сих пор не было выявлено ни одного случая поражения кожи или прочих существенных побочных эффектов химиотерапии.

/ НОВЫЕ возможности выявления раковых клеток /

Медикам давно известно, что раковые опухоли можно успешно обнаруживать и лечить с помощью радиоактивных меток. Ученые из Фрайбурга, Берна и Калифорнии представили в журнале «Ядерная медицина» (Journal of Nuclear Medicine) результаты своих последних исследований в области радионуклидной терапии.

До сих пор считалось, что для выявления и лечения рака радионуклидные вещества — так называемые «агонисты» — должны проникать в опухолевую клетку и накапливаться в ней. Международная команда исследователей из Университетской клиники г. Фрайбурга (Германия), Института патологии университета г. Берна (Швейцария) и института Салка в Ла Йолла (Калифорния) синтезировала новое вещество («антагонист»), которое оседает на поверхности опухолевых клеток, не проникая в них. Данная группа ученых впервые продемонстрировала на пациентах, что молекулы, обладающие «антагонистическим» действием, лучше закрепляются на поверхности раковой клетки. Тем самым, они характеризуются значительно более сильным накоплением в опухолевой ткани, чем традиционные средства. Выяснилось, что новое радиоактивно-меченое вещество дает возможность точнее оцени-

вать распространенность нейроэндокринных опухолей тонкой кишки и щитовидной железы! «Это является первым доказательством того, что «антагонисты» позволяют эффективнее визуализировать опухоли», — говорит доктор Дамиан Вильд из Университетской клиники г. Фрайбурга. «Можно предположить, что с помощью дополнительной радиоактивной составляющей мы также сможем и разрушать опухоли». Как объясняет профессор Жан-Клод Ройби из Института патологии университета г. Берна, до сих пор «антагонисты» использовали только в случаях редких нейроэндокринных опухолей. В скором времени, однако, они будут востребованы и при лечении других онкологических заболеваний. Кроме того, вполне вероятно, что в будущем можно будет побеждать рак одной инъекцией, не причиняя вреда здоровым тканям!



Багдат СУЛТАНОВА,
доктор медицинских
наук, профессор. Зав.
соматическим отделе-
нием "PRIVATE CLINIC
ALMATY", член Евро-
пейской Ассоциации
нефрологов и Россий-
ского Диализного об-
щества.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: ФАКТОРЫ РИСКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗЫ

САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ. ПИЕЛОНЕФРИТ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, ПРОТЕКАЮЩИЙ В ПОЧКЕ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ И ПРИЛЕГАЮЩЕЙ К НЕЙ ЗОНЕ, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЙ. СНАЧАЛА ПОРАЖАЕТСЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНАЯ СИСТЕМА И КАНАЛЬЦЫ ПОЧЕК, ПОЗЖЕ В ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ ПОЧЕЧНЫЕ КЛУБОЧКИ И СОСУДЫ, ЧТО ВПОСЛЕДСТВИИ ОСЛОЖНЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ БАКТЕРИИ.

Основным возбудителем заболевания до 80% признана кишечная палочка – E.Coli. Ее высокая патогенность определяется повышенной способностью к адгезии (прилипанию к внутреннему эпителию) и инвазии (внедрению) с повреждением почечной ткани. Кишечная палочка обладает способностью к пролиферации (разрастанию) в среде обитания. Возбудителями при этом могут служить и другие грамотрицательные (синегнойная палочка, протей, энтерококки, энтеробактер, клебсиелла) и грамположительные (стафилококки, стрептококки) бактерии. Также пиелонефрит может быть вызван и другими инфекционными агентами, такими как микоплазмы, грибки, вирусы, или их различными сочетаниями.

Следует учитывать то, что мочевые пути располагаются рядом с другими органами – кишечником, органами малого таза, половой системой. Следовательно, бактерии из них могут проникать в мочевую систему, где впоследствии и размножаются. Не всегда пиелонефрит возникает только в тех ситуациях, когда наблюдаются проблемы с оттоком мочи из почки. Пиелонефрит может возникать и при высокой контаминации (накоплении) бактерий в желудочно-кишечном тракте или других органах и системах.

Женщины более предрасположены к возникновению этого заболевания. Это связано с рядом причин, среди которых и анатомические особенности женской уретры, и инфицирование при дефлорации (нарушение целостности девственной плевы), и вульвовагинит, а также беременность, применение оральных контрацептивов. С эпидемиологической точки зрения в наибольшей степени подвержены риску развития этого заболевания 3 группы населения: девочки раннего возраста, беременные женщины и роженицы, а также лица преклонного возраста.

При гематогенном и лимфогенном пути проникновения источником инфекции могут быть очаги хронической инфекции в любом органе или системе (болезни полости

/ К факторам риска развития пиелонефрита относятся сахарный диабет, хронические инфекции, в том числе и ЛОР органов, аномалии развития органов мочевой системы, генетическая предрасположенность, инфекции мочевыводящих путей. Инфекция проникает в почку тремя основными путями. Это гематогенный (через систему кровообращения), лимфогенный (лимфатическую систему) и восходящий – уриногенный (из нижних отделов мочеполовой системы). /

рта, бронхит, пневмония, остеомиелит, мастит, инфекционные заболевания органов брюшной полости и малого таза и т.д.). Восходящим путем инфекция в почку попадает из нижних отделов мочевыделительной системы (мочевой пузырь, уретра, предстательная железа). В настоящее время в международной классификации болезней пиелонефрит относят к тубулоинтерстициальным нефритам, вызываемым инфекционными агентами. Термины «пиелонефрит» и «инфекционный тубулоинтерстициальный нефрит» считаются синонимами. Частота пиелонефрита составляет от 1 до 4 на 1000 человек. Заболевание может возникнуть в любом возрасте. Хроническим пиелонефрит считается при повторном воспалении, только через 3 месяца после впервые выявленного острого пиелонефрита. Как правило, хронический пиелонефрит (ХП) – это следствие неадекватного или неполного лечения пиелонефрита острой формы. Вероятнее всего, что острое воспаление в почке было снято, но при этом возбудители опасной болезни остались, либо отток мочи из почек так и не пришел в норму. Адекватным считается такое лечение, когда исчезают не только клинические признаки болезни, но и уничтожается микробный агент, вызвавший воспалительный процесс в почке. Клиническая картина хронического пиелонефрита (ХП) разнообразна. Это связано со степенью распространенности и активностью воспалительного процесса в почках, особенностями возбудителя, степенью нарушения функционального состояния почек, наличием сопутствующих заболеваний и т.д. При поражении одной почки (одностороннем пиелонефрите) часто вплоть до стадии ее сморщивания процесс может не проявлять себя клинически. ХП вне обострения протекает с весьма малой симптоматикой. И только целенаправленный расспрос выявляет такие симптомы, как боли «жгучего» или «пекущего» характера в поясничной области, эпизоды незначительного повышения температуры (37 – 37,4°C), озноб, расстройство мочеиспускания. Обычны проявления астении – утомляемость, общая слабость, чувство «разбитости», снижение работоспособности. Осложнением ХП является развитие артериальной гипертензии и развитие почечной недостаточности. **Часто единственным проявлением ХП является изолированный мочево́й синдром (изменения в анализах мочи): повышенное присутствие лейкоцитов, бактерий и незначительного бел-**

ка в моче – не выше 1 г/сутки, анемия (снижение уровня гемоглобина в крови). К сожалению, иногда ХП впервые клинически проявляется уже симптомами хронической почечной недостаточности (ХПН) с повышением уровня креатинина крови, артериальным давлением и ренальной анемией. То есть проявлением глубокого необратимого снижения функции обеих почек. Диагноз ХП ставится с учетом данных анамнеза, систематических исследований анализов мочи, бактериологических посевов мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Остаются актуальными лучевые методы диагностики – радиоизотопные, рентгенологические, а также ультразвуковые исследования. Нельзя переоценивать возможности УЗИ почек, когда описывается ультразвуковая картинка и без всяких на то оснований выставляется диагноз – хронический пиелонефрит. Диагноз ставится только при совокупности всех результатов исследования и только врачом-клиницистом. Следует отметить, что пиелонефрит, как и все хронические заболевания, имеет волнообразное течение с периодами активного воспаления и ремиссии. **Лечение. Безусловно, лечение проводится только под строгим контролем врача и базируется, прежде всего, на коррекции нарушений уродинамики (пассажа мочи) и адекватной правильно подобранной антибактериальной терапии.** В настоящее время клиницисты имеют в своем арсенале достаточно широкий выбор антибактериальных средств, способных оказать эффективную помощь больным ХП. Среди них – антибиотики, фторхинолоны, не фторированные хинолоны, производные налидиксовой и пипемидовой кислот, производные нитрофурана, триметоприма, которые условно называются уроантисептиками. Уроантисептики – это антибактериальные препараты, которые выводятся через почки и тем самым оказывают антисептический эффект. Существует и большая группа уроантисептиков растительного происхождения, или фитопрепараты (канефрон, фитоллизин, уринал, почечный сбор и т.д.), употреблять которые также нужно только по назначению врача. Их применение показано после проведения антибактериальной терапии, для закрепления лечебного эффекта. Длительность их использования – не более 2-х недель, поскольку их бесконтрольное, долгое применение способ-

ствует вымыванию полезных витаминов и минералов из организма. **Для лечения тяжелых и среднетяжелых форм ХП назначают комбинацию других антибактериальных препаратов, с учетом бактериальной флоры и ее чувствительности к антибиотикам.** В случаях очень тяжелого (септического) течения пиелонефрита, особенно у пожилых пациентов, возможна иммуноткоррекция введением больших доз иммуноглобулинов, а при синегнойном пиелонефрите – введение антисинегнойной плазмы. При проведении безопасной антибактериальной терапии необходим контроль функционального состояния почек для соответствующей коррекции доз препаратов. Ориентирами служат уровень креатинина крови или скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Противорецидивная терапия при ХП после купирования атаки предполагается длительная (многомесячная) лечение антибактериальными препаратами в малых дозах. Остается актуальным принцип непрерывно-прерывистой схемы, предложенной О.Л. Тиктинским (1984 г.), или ее различные модификации. Роторный принцип: каждую 1-ю неделю месяца пациенты принимают антибактериальный препарат, следующие 2 недели (2-3 нед.) – растительные антисептики, последняя 4-я неделя месяца – витаминизация и отдых от препаратов для сдачи контрольных анализов и бакпосева мочи. В лечении ХП важное место занимает коррекция артериального давления с применением препаратов-нефропротекторов, т.е. «защитников» почек от сморщивания или для сохранения функции почек. Важное место в лечении ХП и его осложнений занимает коррекция нарушений обмена веществ – прежде всего гиперлипидемии (повышение уровня холестерина), гиперурикемии (повышение уровня мочевой кислоты), гипергликемии (повышение сахара крови), что позволит отодвинуть наступление ХПН (хронической почечной недостаточности). Большое значение придается улучшению свертывающей системы крови, что позволяет улучшить почечный кровоток, а значит, поддерживать функцию почек на должном уровне. Прогноз при ХП весьма сложный и серьезный. Клинически он может протекать бессимптомно и проявить себя лишь в терминальной стадии хронической почечной недостаточности, что может приводить к необходимости перевода на заместительную почечную терапию (программный гемодиализ) или к решению вопроса о пересадке донорской почки.

/ Частота пиелонефрита составляет от

до 4 на 1000 человек /

/ Заболевание может возникнуть в любом возрасте. Хроническим пиелонефрит считается при повторном воспалении, только через 3 месяца после впервые выявленного острого пиелонефрита /



Pyelonephritis is the most common disease of urinary system, reasons for disease development and its treatment

Несеп жүйесінің ең таралған ауруы пиелонефрит. Науқастың себептері мен емдеуі

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Преждевременные роды остаются серьезной проблемой даже в наши дни, время расцвета медицины и высоких технологий. Как обойти факторы риска, предотвратить угрозы и родить здорового малыша? Об этом со знанием дела расскажут врачи-акушеры PRIVATE CLINIC ALMATY.

Витковский Олег, зав. акушерским отд., врач акушер-гинеколог выс. кат.

Лекерова Гульжан, врач акушер-гинеколог выс. кат.

По определению ВОЗ, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (154 – 259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации). В Казахстане принято определение ВОЗ. Для сравнения, в Великобритании в группе преждевременных – роды при сроке от 24 до 37 недель беременности; роды до 24-х недель считаются самопроизвольным абортом.

В США преждевременными называют роды на 20 – 36 неделе беременности, а в России – на сроке от 28 до 37 недель беременности.

Преждевременные роды – это наиболее частая причина перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому вопросы, связанные с их предупреждением и ведением, считаются весьма важными в акушерстве. Частота и тяжесть осложнений, связанных с преждевременными родами, возрастают по мере уменьшения гестационного возраста (возраст эмбриона и плода с момента оплодотворения. – Ред.) новорожденных.

В Великобритании 7% всех родов – преждевременные. Их частота выше в крупных городах. С учетом современных возможностей неонатального ухода выживает 30% детей, рожденных на 24-й неделе беременности, и почти 80% детей, рожденных на 27-й неделе. Самый высокий риск инвалидизации (около 40%) при родах на 24-й неделе, риск снижается до величины менее 10% к 27-й неделе. В США только 10% новорожденных недоношены, но они формируют более 50% перинатальной заболеваемости и смертности. По данным российских авторов, частота преждевременных родов составляет 6 – 10% от всех родов, частота перинатальной заболеваемости и смертности – от 30 до 70%.

Перинатология рекомендует классифицировать новорожденных в зависимости от массы тела при рождении: новорожденные, родившиеся с массой тела до 2500 г, считаются плодами с низкой массой при рождении; до 1500 г – с очень низкой; до 1000 г – с экстремально низкой. Разделение связано с различиями в отношении перинатального прогноза у разных групп новорожденных. У детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, достоверно чаще развиваются стойкие нарушения ЦНС, неврологические расстройства, нарушения зрения, слуха, дисфункциональные нарушения дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем.

Причины возникновения преждевременных родов тесно связаны с демографическими, медико-биологическими и клиническими факторами.

ФАКТОРЫ РИСКА

1. Преждевременные роды в анамнезе.
2. Курение.
3. Низкое социально-экономическое положение.
4. Инфекционные заболевания.
5. Преждевременное излитие околоплодных вод.
6. Истмико-цервикальная недостаточность.
7. Аномалии развития матки.
8. Вредные факторы внешней среды.
9. Многоплодная беременность.
10. Злоупотребление лекарственными средствами.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

1. Отказ от курения.
2. Диагностика и лечение бессимптомной бактериурии.
3. Диагностика и лечение бактериального вагиноза в группе женщин с преждевременными родами в анамнезе.

ГЛОССАРИЙ

АНАМНЕЗ – история болезни, жизни.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – неполноценность нервно-мышечного аппарата шейки матки.

БАКТЕРИУРИЯ – обнаружение бактерий в моче.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – общий инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся высоким содержанием бактерий во влагалище и снижением молочных бактерий.

ТОКОЛИТИКИ – средства, снижающие тонус и сократительную деятельность матки.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ – лечение, направленное на нормализацию обмена веществ.

КОРТИКОСТЕРОИДЫ – гормоны коры надпочечников

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ДОКАЗАНА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НА ЧАСТОТУ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:

- усиленного антенатального ухода: увеличение дородовых посещений, постельный режим, психологическая и социальная поддержка, диеты, воздержание от секса, госпитализация в «критические сроки», раннее профилактическое использование токолитиков, метаболическая терапия.
- наложения шва на шейку матки, кроме группы женщин с выявленным «укорочением» шейки матки менее 15 мм.
- лечения бактериального вагиноза, кроме группы беременных с преждевременными родами в анамнезе.
- профилактического назначения антибиотиков при целом плодном пузыре.

СИМПТОМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:

- боль в животе (необязательно регулярные схватки)
- боль в пояснице
- уменьшение двигательной активности плода
- тошнота и рвота
- диарея/учащение позывов к дефекации
- усиление выделений из влагалища
- кровотечение из половых путей.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:

- тахикардия
- умеренное повышение температуры тела (вместе с тахикардией свидетельствует об инфекции)
- пальпируемые сокращения матки
- сглаживание и раскрытие шейки матки
- излитие околоплодных вод.

Преждевременное начало родовой деятельности расценивают не как отдельное заболевание, а как исход различных осложнений беременности. Значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в акушерстве, поч-

ти не повлияли на показатели преждевременных родов. В настоящее время их риск не снизился. С недоношенностью вследствие преждевременной родовой деятельности по-прежнему связано 20 – 30% перинатальной смертности (Кулаков В.И., 2002 г.).

КЛЮЧЕВЫЕ ПУНКТЫ:

- преждевременными родами завершается приблизительно 7% беременностей
- только 50% женщин с угрозой преждевременных родов рожают до 37-ми недель беременности
- преждевременный разрыв плодных оболочек сопровождается высоким риском инфекционных осложнений
- приблизительно в 50% случаев установить причины преждевременных родов не удастся
- токолитики следует использовать только ради того, чтобы выиграть время для введения кортикостероидов с целью профилактики респираторного дистресса плода
- преждевременные роды в анамнезе – фактор риска преждевременных родов при беременности
- измерение длины шейки матки в 22 – 24 недели беременности позволяет выделить женщин с высоким риском преждевременных родов.

Проблема преждевременных родов имеет и психосоциальный аспект, поскольку рождение недоношенного ребенка, его болезнь или смерть – это тяжелая психическая травма. Женщины, потерявшие детей, ощущают боязнь за исход последующих беременностей, испытывают чувство собственной вины, что, в конечном итоге, приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от предполагаемой беременности. Поэтому проблема преждевременных родов имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

Reasons of premature labor are closely related to demographic, medical - biologic and clinical factors. How to avoid the risk factors, prevent threats and give birth to a healthy baby?

Ерте босануының себептері демографиялық, медициналық-биологиялық және клиникалық факторларымен тығыз байланысты. Тәуекел факторлардан қашып, қауіп-қатерлерді болдырмай, сау баланы қалай табуға болады?



Ирина Снигирева,
зам. гл. врача
МЦ «Медикер-Алматы», кмн.

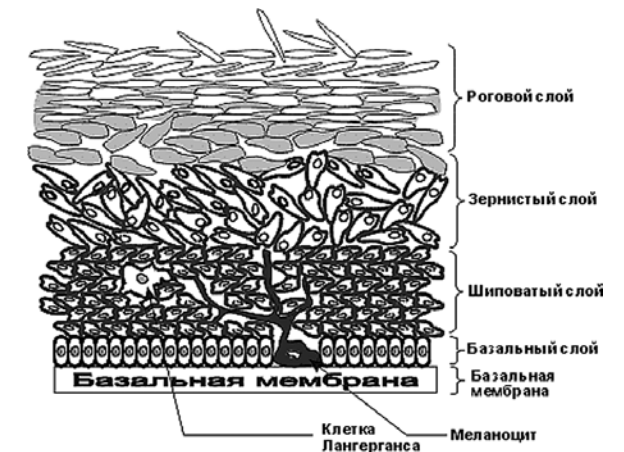
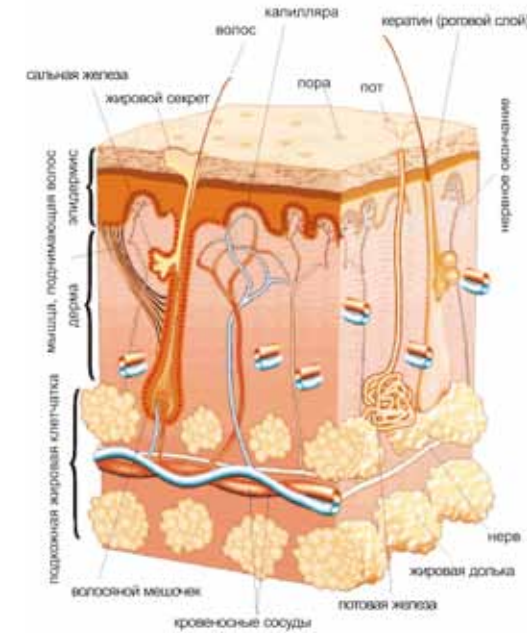


ВИТИЛИГО: ПРИЧИНЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ

Витилиго – это заболевание, при котором появляются белые пятна на коже, что обусловлено потерей пигмента на этих участках. Обычно это единственный симптом заболевания, не представляющий серьезной опасности для здоровья, но внешний вид кожи может являться источником стресса. В последние годы методы лечения этого заболевания усовершенствовались, и в некоторых случаях пигментация на пораженных участках кожи восстанавливается.

Строение кожи

Для того чтобы понять причину витилиго, полезно иметь базовую информацию об анатомическом строении кожи. Наша кожа представляет собой весьма сложный орган и, если рассматривать ее срез под микроскопом, то легко различить следующие слои: наружный – эпидермис и внутренний – дерму. С более глубоко лежащими тканями кожа соединяется при помощи слоя жировой ткани, называемого подкожной жировой клетчаткой, или гиподермой. В разрезе это выглядит так:



Эпидермис – самый верхний слой кожи, состоит из 5 слоев, и толщина его колеблется от 0,03 до 1,5 мм и более (ладони, подошвы).

От чего зависит цвет кожи

В глубоком слое эпидермиса расположены клетки, называемые меланоцитами, которые продуцируют пигмент меланин, от количества и состава которого зависит цвет кожи – чем больше меланина, тем темнее кожа. Меланин защищает тело человека от проникновения внутрь ультрафиолетовых лучей. Меланоциты активизируют свою работу под влиянием солнечного света, вот почему при загаре кожа темнеет.

Почему возникает это заболевание?

В пораженных витилиго участках кожи содержится очень мало меланоцитов или они полностью отсутствуют, что является следствием повреждения или разрушения этих клеток в организме. Таким образом, меланин не вырабатывается и кожа обесцвечивается. До настоящего времени не известна причина повреж-

дения/исчезновения меланоцитов. Предполагают, что иммунная система играет роль в разрушении или происходит саморазрушение по неизвестным пока причинам. В связи с чем витилиго можно отнести к аутоиммунным заболеваниям. Это означает, что иммунная система, которая в норме защищает организм от инфекций, не работает должным образом. Происходит выработка антител, которые и разрушают/повреждают меланоциты.

Кто болеет витилиго?

В среднем заболевание развивается у 1 из 100. Мужчины и женщины болевают в равной степени. Нет зависимости от национальности и расовой принадлежности. В 50% случаев заболевание проявляется в возрасте до 20 лет. В развитии витилиго играют роль генетические факторы, и заболевание может развиваться у нескольких членов одной семьи (30%). Витилиго не является инфекцион-

ным заболеванием, поэтому при контакте с больным заражения не происходит.

Какие участки кожи поражаются витилиго?

Заболевание может возникать на любых участках кожи, однако наиболее часто поражаются лицо, шея и волосистая часть кожи головы, далее следуют – тыльная поверхность кистей, колени, локти и гениталии. На руках и ногах часто пятна располагаются симметрично. В области волосистой части головы волосы также поражаются, меняя окраску на серую или белую. Крайне редко наблюдается полная или почти полная депигментация кожного покрова. Такая форма называется универсальной, или полной.

Как прогрессирует заболевание?

Заболевание начинается с появления на коже маленьких пятен молочно-

Методы лечения можно разделить на 4 группы:

1. Косметические средства, маскирующие депигментированные участки кожи.

2. Лечение, направленное на восстановление пигмента.

3. Лечение, целью которого является полная депигментация кожи.

4. Использование солнцезащитных (SPF 30 и более) и других средств для защиты пораженных витилиго участков кожи.

белого цвета. Контраст между пораженными и здоровыми участками кожи зависит от цвета кожи. Так, у людей с белой кожей эта разница становится заметна только летом, когда появляется загар. Контраст у смуглых людей, конечно, более выражен. Течение и тяжесть заболевания бывают разными. У одних больных лишь несколько пятен небольших размеров появляются в течение довольно длительного времени, и далее заболевание не прогрессирует. У других пациентов в течение короткого времени появляется много пятен, но затем никаких изменений не отмечается в течение многих месяцев или даже лет. Однако очень часто очаги депигментации постепенно увеличиваются в размерах, а также появляются новые пятна, следствием чего является поражение обширных участков кожи. В настоящее время невозможно предсказать течение и тяжесть заболевания после появления первых симптомов.

Следует отметить, что обычно белые пятна остаются постоянно, очень редко на пораженных участках кожи происходит восстановление пигментации.

Симптомы витилиго

Общее самочувствие больных удовлетворительное, они не предъявляют жалоб на боль или зуд кожных покровов. Однако внешний вид тела часто может приводить к серьезным психо-эмоциональным нарушениям, особенно у тех больных, у кого поражаются лицо или руки. Пятна при витилиго четко очерчены, имеют ровные или фестончатые края, чаще округлой формы. Цвет пятен может быть от белого до молочно-белого. Кожа в очагах поражения (кроме нарушения окраски) внешне не изменена, без признаков атрофии и шелушения. Размеры, форма, количество и локализация пятен у каждого больного индивидуальны. При отсутствии меланина нет естественных защитных механизмов от солнечных лучей, в связи с чем при загаре участки кожи, пораженные витилиго, сгорают значительно быстрее, чем нормальная кожа.

Варианты лечения витилиго

Следует отметить, что до настоящего времени нет такого лечения, которое бы гарантировало полное излечение. Однако процесс развития заболевания можно не только замедлить или остановить, но также добиться и некоторого улучшения, т.е. частичного восстановления пигмента.

Основной целью терапии витилиго является устранение косметического дефекта и восстановление пигментации кожного покрова. Выбор терапевтических методов индивидуален и зависит от множества факторов, включая возраст и соматический статус больного, тип и стадию заболевания, размер и локализацию депигментированного очага. Все методики строго индивидуальны, имеют определенные показания и противопоказания.

Косметические средства, маскирующие депигментированные участки кожи, не влияют на течение заболевания, но улучшают внешний вид кожи, что помогает больным чувствовать себя уверенно.

Установлено, что, используя некоторые методы лечения, можно не только замедлить прогрессирование витилиго, но и способствовать восстановлению пигмента. Универсального метода лечения, который бы давал положительные результаты во всех случаях, не существует. Ответная реакция у каждого больного индивидуальна и зависит от типа витилиго. Только специалист может рекомендовать метод лечения, который может дать положительные результаты. Далее представлена короткая информация на существующие в настоящее время методы лечения витилиго, направленные на восстановление пигмента.

Стероидная мазь/крем назначается в течение 4 – 6 недель. Если в начале заболевания образовались маленькие очаги депигментации, то стероидные мази/кремы предотвращают рост этих очагов. Иногда в результате лечения может существенно восстановиться нормальная окраска



кожи. Эффект применения стероидов местно частично основан на подавлении активности иммунной системы, которая, возможно, атакует меланоциты. Длительное использование стероидных мазей вызывает такие побочные эффекты, как истончение кожи, образование стрий. Обычно не рекомендуется использовать стероидные мази/кремы в области лица. Такролимус-мазь используется как альтернативное лечение стероидным мазям. Такролимус также помогает восстановлению пигмента в очагах витилиго. Эффект этого препарата основан на подавлении активности клеток иммунной системы в коже. Этот препарат наиболее эффективен при поражении кожи лица, он также может использоваться у детей.

PUVA терапия – сочетанное лечение, состоящее из приема медикамента (Псорален), который повышает чувствительность кожи к воздействию УФ лучей, и УФ-облучения в диапазоне «А» (длинный спектр). Это длительное лечение: сеансы проводятся 2 раза в неделю в течение 6 – 12 месяцев. К побочным эффектам этого ме-

тода лечения относятся ожоги и появление веснушек.

Фототерапия узкополосными ультрафиолетовыми лучами спектра «В». Это другой вид световой терапии, который в настоящее время используется чаще, чем PUVA. Лечение проводится также 2 раза в неделю, но здесь нет необходимости принимать медикаменты для повышения чувствительности кожи к воздействию лучей, а сеанс менее продолжительный. Кроме того, побочных действий меньше, чем при использовании метода PUVA.

Трансплантация кожи. Этот метод лечения требует много времени и не всегда успешный. Кроме того, не во всех клиниках и не для всех пациентов он доступен.

Дополнительное лечение. Нет убедительных данных об эффективности каких-либо дополнительных методов лечения.

Депигментация.

У некоторых больных с универсальной или полной формой витилиго, когда большая часть поверхности кожи депигментирована, лечение может быть направлено на то, чтобы

обесцветить оставшиеся нормальные участки. В итоге кожа будет равномерно белая по всей поверхности. Такое лечение может быть предпринято после всестороннего обсуждения со специалистом, так как искусственная депигментация – это необратимый процесс и занимает около 1 года для своего завершения.

Не рекомендуется пользоваться искусственным заггаром. Ультрафиолетовое облучение не только может повредить кожу, вызывая ожоги, но и способствует развитию рака кожи (меланомы) у больных витилиго значительно чаще, чем в общей популяции.

Осложнения витилиго. Витилиго не трансформируется в другую патологию. Однако появление других аутоиммунных заболеваний (т.е. связанных с иммунной системой) встречается у больных витилиго несколько чаще. Например, заболевания щитовидной железы, диабет и пернициозная анемия.

Некоторые больные витилиго стесняются своей внешности, что приводит к своей недооценке и даже депрессии. В таких случаях лучше работать с психологом, чем преодолевать проблему самостоятельно.

Vitiligo – is a condition that causes depigmentation of sections of skin. It occurs when melanocytes, the cells responsible for skin, die or are unable to function. Methods of last years in treatment have advanced so that skin depigmentation showed recovery.

Витилиго – терінің кейбір учаскелерінде пигменттің жоғалуы себебінен шыққан ақ дақтар ауруы. Соңғы жылдарда емдеу тәсілдері жетілдіріліп, белгілі тері учаскелеріндегі пигментация бұрынғы қалпына келтіріледі.



Зауре Жапарханова
к.м. н., доцент кафедры эндо-
кринологии Казахского Наци-
онального медицинского уни-
верситета им. С.Д. Асфендияро-
ва, детский врач-эндокринолог
высшей категории

**Высокорослые и люди сред-
него роста всегда кажутся
более привлекательными.
А вот те, у кого рост ниже
среднего, нередко страда-
ют, относя свой маленький
рост к физическим недо-
статкам, отчего испытывают
эмоциональную напряжен-
ность.**

(Продолжение статьи из номера 4(08) 2011 г.)

ПРОБЛЕМЫ НИЗКО- РОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Многие процессы в челове-
ческом организме регулиру-
ются биологически активны-
ми веществами – гормонами.

Физическое развитие человека не является исключением и тоже зависит от ряда гормо-
нов. Одним из них является соматотропный
гормон, или гормон роста, который выраба-
тывается железистым придатком головного
мозга – гипофизом. Его выработка обеспе-
чивает рост скелета в детстве за счет воз-
действия на ростковые зоны костей, а так-
же обеспечивает необходимые для разви-
тия органов и тканей изменения обмена ве-
ществ. Условно выделяют эндокринозави-
симые и эндокриноНЕзависимые варианты
низкорослости.

Дефицит гормона роста – наиболее выраженная задержка роста

Среди важнейших эндокринных причин отмечают недо-
статочную продукцию гормона роста (ГР, соматотропная
недостаточность), дефицит гормонов щитовидной железы
и половых гормонов, а также избыток глюкокортикоидов.

- Гипопитуитаризм. Соматотропная недостаточ-
ность часто сочетается с дефицитом выработки других так
называемых «тропных» гормонов гипофиза (адренотропи-
нотропного – функция коры надпочечников, тиреотропно-
го – функция щитовидной железы, гонадотропных – поло-
вое развитие) и называется это заболевание гипопитуита-
ризм. Дефицит выработки нескольких гормонов обуслов-
ливает симптомы заболевания. На первом плане – выра-
женная пропорциональная задержка роста. При рожде-
нии и в первые 2-3 года жизни дети с соматотропной недо-
статочностью по росту не отличаются от здоровых детей.
Задержка роста становится заметна после 2-3 года жизни.
Темпы роста замедляются, а после 4-х лет жизни дети при-
бавляют в год не более 2-3 см. В последующем костный
возраст отстает от биологического более чем на 4 года.
Недоразвитие костей черепа проявляется в мелких чертах
лица – «кукольное» выражение лица. Волосы тонкие, голос
высокий. В таких случаях низкому росту сопутствует избы-
ток массы тела. У мальчиков отмечается задержка поло-
вого развития. Дети с дефицитом ГР склонны к гипоглике-
мическим состояниям (снижение сахара крови), у некото-
рых они могут быть первым признаком заболевания. Не-
редко встречается несахарный диабет. Без терапии макси-
мальный рост у взрослых не превышает 120 см у женщин
и 130 см у мужчин. Врожденная соматотропная недоста-
точность, помимо задержки роста, дает ожирение с абдо-
минальным типом жира, снижение мышечной массы тела,
остеопороз, гиперхолестеринемию и ранний атероскле-
роз, низкий уровень физической и интеллектуальной ак-
тивности. Всё это сильно ухудшает качество жизни паци-
ентов.

- При изолированном дефиците ГР синтез других
тропных гормонов гипофиза не нарушен, течение забо-
левания более легкое: рост взрослых несколько выше (у
женщин – около 125 см, у мужчин – 145 см), симптомов
снижения функции щитовидной железы нет. Половое со-
зревание нормальное, но наступает на 2 – 4 года позже,
пациенты, как правило, фертильны. Костный возраст от-
стает от нормы, но дифференцировка костей скелета нару-
шается меньше, чем при гипопитуитаризме.

Гормональная диагностика соматотропной недо-
статочности основана на исследовании стимулированной
секреции ГР. Однократное определение ГР в крови не име-
ет диагностического значения, так как секреция ГР под-
вержена суточным колебаниям и имеет пульсирующий ха-
рактер. До 70% суточного количества гормона выделяется
ночью. ГР активно участвует в адаптационных реакциях
организма, а поэтому его уровень в течение суток может
изменяться. Так, повышение ГР наблюдается при гипогли-

/ Синдром Ларона. Низкорослость связана с
нарушением чувствительности (невосприимчиво-
сти) рецепторов к гормону роста. Симптомы болез-
ни не отличаются от таковых при соматотропной
недостаточности. Взрослые с этим синдромом ред-
ко достигают роста 130 см. Уровни ГР у пациентов
обычно превышают нормальные показатели, до-
стигая 50 – 100 нг/мл, так секреция ГР гипофизом не
нарушена, а присутствует резистентность к ГР.

/ Психологическая карликовость, или психо-
социальный нанизм, может быть у детей из небла-
гополучных семей. Это состояние характеризу-
ется выраженной задержкой роста, отставанием кост-
ного возраста, задержкой психического и полового
развития. Для таких больных характерны прожор-
ливость, недержание мочи и кала, бессонница, су-
дорожный крик и внезапные вспышки гнева. Они
бывают чрезмерно пассивными или агрессивными,
интеллект на нижней границе нормы или снижен.
При обследовании у них выявляют непостоянный
уровень и снижение секреции ГР. При изоляции де-
тей от неблагоприятных условий уровень ГР само-
стоятельно восстанавливается, дети растут, но от-
ставание интеллектуального развития часто оста-
ется на всю жизнь.

/ Недостаток гормонов щитовидной желе-
зы у подавляющего большинства больных также
может быть причиной низкорослости и отставани-
ем костного возраста. В отличие от гормона роста
тиреоидные гормоны больше влияют на созрева-
ние тканей (прежде всего костной), чем на линей-
ный рост. Кроме низкого роста при дефиците тире-
оидных гормонов у больных имеет место сухость
кожи, урежение пульса, снижение артериального
давления, запоры, позднее появление и смена зу-
бов, отставание психического развития. В отличие
от пациентов с соматотропной недостаточностью у
этой группы больных имеет место диспропорцио-
нальная задержка роста в сочетании с характерны-
ми признаками недостаточности тиреоидных гор-
монов, что позволяет легко установить причину за-
держки роста.

/ Половые гормоны способствуют ускоре-
нию, как линейного роста, так и дифференцировки
костей скелета. Дефицит половых гормонов также
приводит к развитию низкорослости.

/ Глюкокортикоиды (гормоны коры надпо-
чечников) тормозят секрецию ГР. Высокий уровень
глюкокортикоидов (как следствие болезни или дли-
тельного приема преднизолона) могут стать причи-
ной низкого роста у детей.

кемии и физической нагрузке. Для исследования спонтанной секреции ГР в крови предложены пробы с различными препаратами (инсулин, клонидин и др.). За норму принята концентрация ГР 10 нг/мл и выше, если от 7 до 10 нг/мл – это частичная недостаточность ГР. Диагностический уровень соматотропной недостаточности – показатель ГР менее 7 нг/мл.

Неэндокринные причины – 90% случаев низкорослых детей

Самый распространенный эндокриноНЕзависимый вариант низкорослости – конституциональная задержка роста (КЗР), может протекать как синдром позднего полового развития или как семейная низкорослость. Чаще встречается у мальчиков. Как правило, у отца и/или ближайших родственников по отцовской линии отмечаются те же особенности развития. Длина и масса тела при рождении не отличаются от здоровых детей. Самые низкие показатели темпов роста – первые годы жизни, выраженная задержка роста – в 3-4 года. С 4-5 лет темпы восстанавливаются, но наступление половой зрелости запаздывает на 2 – 4 года. В силу исходно низкого роста в школьном возрасте они остаются низкорослыми.

Позднее половое развитие и более позднее закрытие зон роста – благоприятный фактор, улучшающий прогноз в отношении роста во взрослой жизни. Конечный рост пациентов достигает около 151 см у женщин и 163 см у мужчин, что укладывается в диапазон допустимых колебаний целевого роста (среднего роста родителей).

Диагноз КЗР на этих критериях не требует дополнительного лабораторного обоснования. Продукция ГР у таких детей остается на нормальном уровне. Принципиально: костный возраст этих детей равен или лишь незначительно отстает от хронологического. Важно: диагноз КЗР ставят только в случаях, когда исключены все другие причины задержки роста.

Детям с КЗР не нужна заместительная терапия гормоном роста. Следует отметить, что лечение, направленное на ускорение полового развития, сопровождается ускорением костного возраста и может быть причиной преждевременного закрытия зон роста и низкорослости во взрослом состоянии. Часто подростки (особенно мальчики) с этим типом низкорослости плохо адаптируются в обществе. Проблема иногда ставит вопрос о занятии с психологом. В более позднем возрасте ребенок достигает нормальных показателей взрослого человека с учетом генетических возможностей.

/ Некоторые хронические заболевания, сопровождающиеся серьезными нарушениями обменных процессов в организме, также могут являться причиной низкого роста. Прежде всего это тяжелые врожденные и приобретенные заболевания сердечно-сосудистой системы, анемия, нарушение питания/всасывания и связанные с этим дефицит белка, витаминов, минералов, нарушение функции почек и печени, болезни обмена веществ, патология костной системы (ахондроплазия, гипохондроплазия, не-

совершенный остеогенез). При таких вариантах низкорослости признаков нарушения функции эндокринных желез нет. Костный возраст, как правило, соответствует возрасту. На первом плане симптомы основного заболевания, что позволяет установить причину низкорослости.

/ Синдром Шерешевского-Тернера – это хромосомное заболевание, одним из симптомов которого является низкорослость. При классическом варианте синдрома рост пациентов не выше 142 – 145 см, но может быть и несколько выше. С 2-3 лет темпы роста снижаются до 2-3 см в год. Костный возраст соответствует норме только до 11-12 лет. У ребенка с синдромом Шерешевского-Тернера имеются другие характерные для этого заболевания симптомы. Они страдают первичным недоразвитием половых органов. Вместо яичников образуются тяжи из соединительной ткани, матка недоразвита. Этот синдром может сочетаться с недоразвитием других органов. Уже при рождении у девочек обнаруживается утолщение кожных складок на затылке, типичный отек кистей рук и стоп. Часто ребенок рождается маленьким, с низкой массой тела. В раннем детском возрасте у ребенка характерный внешний вид: рост маленький, недоразвита нижняя челюсть, оттопыренные уши, короткая шея с крыловидными складками, низкое расположение линии роста волос на шее, широкая грудная клетка с далеко расставленными сосками, соски втянуты, часто искривление рук в области локтевых суставов, выпуклые ногти на коротких пальцах рук. Наличие характерных признаков, результаты исследования кариотипа подтверждают диагноз.

В заключение хочется отметить, что диагностика этих состояний довольно трудна, гормональные дисфункции не всегда проявляются ярко и однозначно, могут маскироваться сопутствующими заболеваниями. Важнейшая задача врача – установить причину низкорослости, выбрать адекватные методы лечения, что, несомненно, отразится на прогнозе заболевания.

Как помочь низкорослым детям

ЭндокриноНЕзависимый вариант низкорослости, как правило, не требует заместительной гормональной терапии. Гармоничному развитию низкорослого ребенка помогут рациональное питание, отсутствие стрессов/постоянного психоэмоционального напряжения, рациональный режим, спорт, профилактика заболеваний. Неполющенное питание, стрессы (дома и в школе), частые болезни (в т.ч. ОРЗ), непосильные физические нагрузки или их отсутствие тормозят рост. Специальных диет, способствующих росту, нет. Рацион должен включать мясные и молочные продукты, хлеб, каши, овощи, фрукты. Пища должна быть богата витаминами и микроэлементами.

Ряд методик стимулирует рост с помощью физических упражнений. Полезны любые гимнастические упражнения на перекладине. Основной принцип упражнений – нагрузки, включающие прыжки для раздражения зон роста, число которых постепенно доводят до 200 – 300 в день. По-

Многие процессы в человеческом организме регулируются биологически активными веществами – гормонами. Физическое развитие человека не является исключением и тоже зависит от ряда гормонов. Одним из них является соматотропный гормон или, гормон роста, который вырабатывается железистым придатком головного мозга – гипофизом. Его выработка обеспечивает рост скелета в детстве за счет воздействия на ростковые зоны костей, а также обеспечивает необходимые для развития органов и тканей изменения обмена веществ.

НИЗКИЙ РОСТ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ СТРЕССА, ЧТО ВЛИЯЕТ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПОЗВОЛЯЮТ РЕШАТЬ СТОЛЬ АКТУАЛЬНУЮ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОБЛЕМУ, КАК НИЗКОРОСЛОСТЬ.



лезна игра в баскетбол и плавание брассом. Физкультуру надо дополнить тепловыми процедурами (сауна, ванны), массажем и закаливанием. Все это вызывает раздражение зон роста, улучшает обмен веществ, что в итоге приводит к ускорению процессов роста.

Важно: ночной сон не должен длиться менее 8 часов, во время сна происходит рост организма.

При доказанной соматотропной недостаточности много лет успешно используют генноинженерный гормон роста. Критерий эффективности лечения – увеличение скорости роста в несколько раз. При рано начатом и регулярно проводимом лечении показатели достигают соответствующих возрасту нормативов роста. В процессе терапии гормоном роста помимо увеличения линейного роста происходит улучшение обменных процессов и психического состоя-

ние пациентов. Повышается жизненный тонус, улучшается качество жизни. Следует отметить, что лечение гормоном роста не вызывает быстрого прогрессирования костного созревания. Лечение проводят до закрытия зон роста или достижения социально приемлемого роста. Рекомбинантное СТГ расширило показания к его применению у детей и у взрослых, не ограничиваясь рамками только соматотропной недостаточности. Есть данные об эффективном применении гормона роста у детей с внутриутробной задержкой роста, хронической почечной недостаточностью, анемией Фанкони, болезнью Иценко-Кушинга, скелетными дисплазиями, муковисцидозом.

В заключение хочется отметить, что современные методы диагностики и лечения задержки роста позволяют решать столь актуальную для детей и подростков проблему, как низкорослость.

Many processes in human body are regulated by biologically active substance – hormones. Physical development isn't exclusion and it also depends on certain set of hormones. Somatotrophic hormone or growth hormone generated by hypophysis is one of them.

Its production provides growth of the skeleton during childhood by affecting the growth plates of the bones and also provides the necessary change of metabolism for organs and tissue. Dwarfism often causes stress and affects the quality of life.

Адам организмнің көпшілік әжүрістері биологиялық активті заттар – гормондармен реттеледі. Адамның физикалық дамуы да гормондарға тәуелді. Олардың бірі – соматотроптық немесе өсу гормоны, ол бас миының безді қосалқысы гипофизбен өндіріледі. Ол сүйектердің өсу зоналарға әсер ететінің арқасында балалық шақта сүлденің өсуін және орган-

дар мен ткандардың дамуына қажет денедегі заттар алмасуының өзгерістерін қамтамасыз етеді. Аласа бойлы адамдар есеңгіреуден азап шегіп, өмір сапасы төмендейді. Өсуінің тоқтауын диагностикалау мен емдеу методикалар бүгінгі күнде балалар мен жасөспірімдер үшін өте актуалды мәселе – бәкенелік ауруды емдеуге жол береді.

ГЛАВНОЕ- ВОВРЕМЯ ЗАМЕТИТЬ



Е. А. Устинова, детский невролог ГУ «Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики», отделение восстановительного лечения

"ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОБ ОСНОВНЫХ ЧЕРТАХ НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКОГО И МОТОР- НОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА"

Все без исключения мамы и папы хотят, чтобы их ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Многие родители сравнивают своего дитя со сверстниками, но не многие знают, какие отличительные особенности имеет ребенок на определенном этапе развития.

Для предотвращения проблем развития в более старших возрастных группах необходимо вовремя (чем раньше, тем лучше) заметить отклонения на

ранних этапах. В первую очередь это должна увидеть мама и обратиться к специалистам (педиатр, невролог, семейный врач), который обязан знать основные этапы нервно-психического и моторного развития ребенка и принять необходимые меры.

Для ознакомления родителей, напоминания для детских специалистов, а самое главное, для здорового будущего ребенка представлен данный материал.

до 1
месяца

Почти постоянно находится в состоянии сна. При разворачивании – потягивается (с 3-х недель), принимает физиологическую позу (руки и ноги в состоянии гипертонуса). «Положительные» симптомы «натяжения» (Кернига, Брудзинского). Вызываются оральные безусловные рефлексы (поисковый, ладонно-ротовой, хоботковый, сосательный), спинальные безусловные рефлексы (хватательный, защитный, опоры, автоматической ходьбы, ползания). Движения не координированные, атетозоподобные (все время совершает беспорядочные движения руками и ногами). На 2-3 неделе вырабатывается 1-й условный рефлекс на подготовку к кормлению (смена пеленок, изменение положения...) – оживляется, ищет грудь мамы. В это же время характерно появление лабиринтного сосредоточения, т.е. перестает плакать при перемене положения тела, взятия на руки. Также к 2-3 неделе способен фиксировать взор на ярком предмете, ближе к месяцу начинает следить за движущимися игрушками (поворачивает голову). В 3-8 недель (в зависимости от характера и темперамента) появляется улыбка.

1
месяц

Во сне сохраняется внутриутробное положение. Выражены все безусловные рефлексы: «+» рефлексы Моро (в отличие от 1 недели не наблюдается тремора рук). Характерны позотонические автоматизмы: поворот головы в сторону при выкладывании на живот; шейные тонические и двигательные рефлексы (на спине – пассивный поворот головы вызывает выпрямление руки и ноги на этой же стороне, с другой стороны – сгибаются конечности (поза «фехтовальщика»); цепной рефлекс Пейпера (на животе пытается поднять и удержать некоторое время голову, что сопровождается выпрямлением туловища и подниманием ног). Движения глазных яблок становятся координированными, исчезает нистагм, четко фиксирует взгляд. Появляется слуховое сосредоточение (следит за звучащим предметом), вздрагивает при резком звуке и моргает глазами. Крик и плач приобретают более эмоциональный оттенок.

2-ой
месяц

Спокойно бодрствует. Меньше выражен гипертонус на верхних конечностях. Нарастает объем активных движений. Становятся слабее безусловные рефлексы. Лежа на животе и на боку (на весу) поднимает голову и плечи (возникает выпрямительный рефлекс на голову Ландау). Сохраняется шейный симметричный рефлекс на конечности (пассивное сгибание головы вызывает сгибание ног). С 5-6 недели – удерживает долгое время голову в вертикальном положении. Может переворачиваться со спины на бок. С 5-6 недели происходит торможение общей двигательной ак-



тивности и эмоционально-отрицательных реакций; первые проявления комплекса оживления (эмоционально-положительная реакции) в ответ на ласковый голос. Выраженная конвергенция глазных яблок при приближении предмета. Следит длительно за движением игрушки, поворачивая голову. Повторяет улыбку, реагирует подражательной мимикой. Прислушивается к звукам, улыбается на речь взрослого. С1,5– 2-х месяцев – гуление (звуки).

3 У многих регрессируют безусловные рефлексы новорожденных. Исчезает гипертонус мышц, следовательно, активизируются общие движения, появляются целенаправленные движения, которые становятся более согласованными. Ощупывает рукой пеленку, другую руку. Выражен комплекс оживления (двигательного и эмоционального). Четко выражен рефлекс Ландау. Лежа на животе, опирается на предплечья, хорошо удерживает голову, плечевой пояс, выпрямляет ноги. Поднимает голову лежа на спине. Уверенно переворачивается со спины на бок и, неуверенно, редко получается на живот. Поддерживая за подмышки, хорошо упирается ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, постепенно колени выпрямляет. Пытается отстраниться от болевых реакций. Возникает мигательный рефлекс при появлении предмета на близком расстоянии. Четко улавливает направление звука. Появляется смех. Открывает рот при виде бутылочки. Узнает близких, мать.

4 Исчезает физиологический гипертонус сгибателей нижних конечностей. С силой выпрямляет и сгибает ноги. Переворачивается со спины на живот. При подтягивании за руки садится из положения лежа. Более направленные движения – рассматривает, ощупывает, схватывает двумя руками (произвольный хватательный рефлекс), подолгу манипулирует игрушками. Находит окружающих по голосу (возникновение ориентировочной реакции). Появляется различение цветов, форм, музыкальных тонов. Громко смеется. Длительно гулит.

5 Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук. Ползает на животе вбок и назад, реже – вперед. Уверенно переворачивается со спины на живот. При поддержке под мышки стоит на полной

столе, ноги выпрямлены. Активно хватает предметы и тащит в рот. Отличает близких от чужих. Различает обращенную к нему речь. Подражает звукам.

6 Активно и свободно переворачивается с живота на спину. К верхнему рефлексу Ландау присоединяется нижний (в положении на животе – поднимает и разгибает ноги). Передвигается на животе, переставляя руки (попытки ползать), подвигается к игрушке, хватает одной рукой. Сидит самостоятельно. Хорошо есть из ложки. Предпочтение игрушке, стучит ею по столу, размахивает. Реагирует на мелодию, пытается «плясать». Прорываются отдельные слоги (начало лепета).

7 Встает на четвереньки, пытаясь ползать. Стоит сам, держась у опоры. Легко садится. Хорошо играет с игрушками, находит на вопрос «где» нужный предмет. Игрует в «ладушки». Пьет из чашки. Активизируется познавательная деятельность. Возникновение «сенсорной» речи. Повторяет слоги: «ба-ба», «ма-ма».

8 Садится и ложится сам, держась за опору. Уверенно ползает. Переступает вдоль барьера. Произвольно целенаправленно берет предметы, показывает предмет на вопрос «где». Выполняет просьбы взрослых («до свидания»...). Ест печенье, хлеб, самостоятельно держа в руке. Повторяет слоги с разнообразными интонациями.

9 Встает на колени. Влезает и опускается по ступенькам. Встает, держась за опору. Пытается стоять без поддержки. Ходит, придерживаясь за стену, мебель; свободно ходит при поддержке за руки. Подражает движениям взрослых. Манипуляция с предметами более разнообразная (вынимает, вкладывает, одевает, закрывает...). Пьет, слегка придерживая чашку. Понимает слова взрослого. Знает свое имя. Проявляет свои желания, избирательность, вкус. Стремится к общению. Выполняет простые задания. Говорит отдельные слова (мама, папа...), хорошо развито звукоподражание – ав-ав, би-би...

10 Поднимается и спускается с горки с поддержкой. Ходит за каталкой, пытается пойти сам. Самостоятельно стоит. Уверенно держит чашку и пьет из нее. Открывает, закрывает, вкладывает предметы (матрешка), собирает пирамиду. Игрует «в прятки». Знает смысл слова «нельзя». Показывает части своего тела. Развита познавательная деятельность. Говорит простые слова (возникновение моторной речи).

11 Встает и стоит самостоятельно. Иногда начинает ходить. Сосредоточенно играет (пирамидка, кубики...). Выполняет элементарные требования взрослых.

1 Самостоятельно ходит. Сам берет чашку и пьет. Пытается снять носок. Знает название многих предметов, части тела. Произносит первые осмысленные слова (8 – 12 слов).

1,3 Долго, уверенно ходит, меняя положение. Играя, различает два разных по величине предмета. Играет, производя действия (кормит куклу...). Самостоятельно ест густую пищу ложкой.

1,6 Очень подвижен, любопытен, общителен, любит играть с детьми. Влезает на маленький стул. Перешагивает через препятствия. Закрывает дверь. Переворачивает страницы книги. Подбирает предметы одного вида. Самостоятельно ест ложкой жидкую пищу. Понимает указания и слушается. Начинает подражать действиям взрослых. Играя, активно воспроизводит действия (причесывает куклу, умывает...). Приучается к опрятности. Знает 30 – 40 слов, пытается соединить два слова (мама дай...).

2 Поднимается по лестнице с поддержкой. Игрует с мячом. Общается и играет с детьми своего возраста. Рисует закрытыми линиями. Находит предметы по цвету. Умеет частично одеваться с помощью взрослых, называет себя по имени. Понимает короткий рассказ. При разговоре использует предложения из 2-3 слов. Появляются формы множественного числа. Первый период вопросов: «что это?» Словарный запас – до 300 слов.

2,6 В играх действует взаимосвязано и последовательно. Самостоятельно одевается, но еще не застегивает пуговицы, не завязывает шнурки. Предложения из 3-х и более слов.

3 Называет свои фамилию, имя, адрес. Объясняет содержание картинок, называет цвета. Различает форму и величину предметов. Повторяет короткий рассказ. Запоминает короткие стишки и мелодии. В играх – исполняет роли. С помощью взрослых застегивает пуговицы, шнурует. Первое проявление жалости, смущения, самолюбия. Контактен, дружелюбен.



*What you need to know about basic features of neurologist, behavioral and motor development of a baby from 1 month old up to 3 years*перевод old?

Бір ай немесе үш жасқа толған баланың жүйке-психикалық және қозғаушы дамуының басты ерекшеліктері туралы не білуіміз керек?



ЗАНИМАЙТЕСЬ С УДОВОЛЬСТВИЕМ

Логопеды школы «Мирас»
Толымбекова М.К., Халина М.В.



Знакомство ребёнка с окружающим миром происходит посредством языка. Именно поэтому работа логопедической службы международной школы «Мирас» является одной из составляющих по созданию благоприятных условий развития для каждого студента, раскрытия его потенциальных возможностей. Школа предоставляет уникальную возможность по осуществлению преемственности в воспитании и образовании учащихся на различных ступенях обучения (Pre-school, Kindergarten, Primary School, Secondary school).

Работа с учащимися ведётся в течение всего учебного года, и логопедическими занятиями охвачены учащиеся, начиная со старшей группы Pre-school (с 4,5 лет), Kindergarten и 1-3 классов Primary School. В начале каждого учебного года проводится комплексное обследование уровня развития речи детей (состояние звукопроизношения, уровень сформированности фонематического слуха, словаря, уровень развития грамматического строя речи). На занятиях с учителями-логопедами проводится коррекция звукопроизношения и грамматического строя, расширяется словарный запас, что одновременно является профилактикой дисграфии, т.е. нарушения письменной речи в школьном возрасте.

В школе работают опытные логопеды, которые регулярно повышают свою квалификацию на городских и международных семинарах. Благодаря тому, что оказывается своевременная логопедическая помощь, видна динамика развития речи учащихся, и последние переходят из одного звена школы в другое с исправленным звукопроизношением, грамматически сформированной речью. В процессе работы у родителей возникают различные вопросы к логопедической службе школы. Мы предлагаем ответы на наиболее часто задаваемые из них.

1. С какого возраста необходимо начинать занятия с логопедом?

а) Если это касается только нарушения произношения звуков, и при этом сохранен грамматический строй речи, ребёнок обладает достаточным словарным запасом, сохранен слух, то к логопеду с ребенком нужно обратиться в возрасте 4-5 лет. Дошкольники могут произносить звуки неправильно до 4-5 лет. Это называется «физиологическим косноязычием». Только после 4,5-5 лет (эта граница может меняться в зависимости от условий развития речи ребёнка) нужно обращаться к логопеду.

б) Если же родителей беспокоит позднее развитие речи ребёнка (не говорит до 3-х лет или произносит только отдельные слова, с трудом строит фразу, общее развитие ребёнка отстает от нормы, а также с диагнозами ринолалия, ДЦП, дизартрия, заикание, с нарушением слуха), то следует обратиться к специалистам (к невропатологу, логопеду, дефектологу) раньше.

2. Нужно ли подрезать уздечку языка?

Уздечка языка может быть подрезана в различном возрасте – это зависит от индивидуальных показаний.

Уздечку подрезают, чтобы:

- обеспечить достаточную подвижность языка во время питания в грудном возрасте, чтобы она не затрудняла сосательные движения (эту операцию при необходимости проводят уже в роддоме);
- устранить препятствия для нормального роста челюстей и прикуса;

- правильно формировалась речь, так как короткая уздечка языка может создать трудности при произношении звуков «р», «л», «ш», «ж», «ц», «ч». Возможно, ребёнку будет достаточно занятий с логопедом и выполнения специальных упражнений для растяжки уздечки, и не потребуются хирургическое вмешательство. Если же возникнет необходимость подрезать уздечку, следует обратиться в стоматологическую клинику и проконсультироваться у ортодонта.

Перед посещением необходимо подготовить ребёнка психологически, т.к. у многих детей слово «операция» вызывает панический страх. Но следует помнить, что проведение операции не гарантирует автоматического появления звука, поэтому в дальнейшем может понадобиться помощь логопеда, который проведёт упражнения для улучшения подвижности языка и исправления дефектов речи.

3. Как долго длится работа над звуками?

У каждого ребёнка продолжительность занятий с логопедом индивидуальна и зависит от структуры речевого дефекта, развития самого ребёнка и времени обращения за помощью к логопеду.

4. Нужно ли заниматься ребёнком дома, при условии, что он посещает логопедические занятия в детском саду или в центре развития?

Конечно, нужно. Чтобы коррекционная работа дала наилучшие результаты, необходимо закреплять дома материал логопедических занятий. Домашние задания могут включать: выполнение упражнений по развитию артикуляционной моторики; проведение игр по автоматизации поставленного звука в слогах, словах, предложениях и связной речи; игры на развитие фонематического слуха; игры и упражнения по развитию тонкой моторики пальцев рук.

Думаем, что наши ответы будут полезны читателям журнала.

В заключение следует отметить, что от умения ребёнка грамотно выражать мысли и презентовать свои идеи зависит успешность его вхождения в социум. Логопеды делают все возможное для оказания своевременной помощи учащимся в деле усвоения правильной, красивой речи. Как сказал Элберт Хаббард: «Цель обучения ребёнка состоит в том, чтобы сделать его способным развиваться дальше без помощи учителя».

Предлагаем вам перечень некоторых игр по развитию фонематического слуха. Фонематический слух, если говорить простыми словами, то это умение различать и выделять на слух определённый звук речи. Это поможет ребёнку в дальнейшем исправлять ошибки в собственной речи.

1/ «КТО ВНИМАТЕЛЬНЫЙ?»

Взрослый называет слова с изучаемым звуком и слова без этого звука, ребёнок внимательно слушает и определяет, в каком слове есть заданный звук. Если данный звук есть, ребёнок может хлопнуть в ладоши или поднять руку.

2/ «КТО БОЛЬШЕ?»

Ребёнку показываются картинки с изображением разных предметов (5-6), он должен сказать, в названии каких предметов имеется заданный звук. За каждое правильное название картинки ребёнок может быть поощрен фишкой.

3/ «НАЙДИ В ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКЕ ПРЕДМЕТЫ НА ЗАДАННЫЙ ЗВУК»

Ребёнку предлагается найти в обстановке комнаты предметы мебели, игрушек, посуды, одежды и т. д. на заданный звук и назвать их. Считается, что развитие тонкой моторики пальцев рук способствует лучшему развитию речи. Такие занятия укрепляют мышцы пальцев и кистей, тонкие, мелкие движения становятся более точными, быстрыми и ловкими. Таким образом, создаются важные предпосылки освоения письма в период школьного обучения.

Некоторые игры
по развитию тонкой моторики руки.

1/ Лепите с ребёнком из пластилина, глины, солёного теста. Мастерите поделки из проволоки, мозаики. Нанизывайте бусины и пуговицы на шнурок.

2/ Играйте в пальчиковые игры (в т.ч. народные) со стихотворным текстом. Например, «Сорока-белобока», «Куырмаш» и т.д. В настоящее время в книжных магазинах можно найти много книг с пальчиковыми играми.

3/ Поиграйте в «Золушку». Сортируйте различные виды пуговиц, круп (рис, гречка, горох, фасоль) по величине, форме, цвету.

4/ Пусть ваш ребёнок учится застёгивать и расстёгивать различные виды застёжек: молнии, пуговицы, кнопки, крючки, зашнуровывать ботинки, туфли, кроссовки.

5/ Выкладывайте из счётных палочек, спичек различные фигурки. Дети очень любят эту игру.

6/ Найдите старые ненужные журналы и дайте ребёнку вырезать из них картинки.



Маржан ЛЕПЕСОВА:

«Все начинается с детства»

Роль и место детской неврологии в современной медицине очень велики. Именно в детском возрасте закладывается здоровье человека, именно в этом периоде, а еще лучше во внутриутробном, можно предотвратить те или иные патологии, развитие различных заболеваний. И для этого нужно очень любить свою профессию, изучать все новое, что появляется в науке, и работать в со-

трудничестве с врачами других специальностей. Так считает Маржан ЛЕПЕСОВА, главный детский невролог Министерства здравоохранения РК, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской неврологии Алматинского института усовершенствования врачей, награжденная в честь 20-летия независимости республики орденом «Күрмет».

– Маржан Махмудовна, поздравляем Вас с наградой! Давайте в связи с этим вспомним о начале Вашего пути, о том, как Вы пришли в медицину.

– Я окончила школу с серебряной медалью в Шымкенте, поступила в Алматинский медицинский институт, и даже никаких сомнений не было в выборе профессии. Хотела, чтобы она была связана с детьми, поэтому особенно сильно меня привлекла детская неврология. Когда проходила практику в Институте педиатрии и детской хирургии, увидела, насколько это интересно. (Тогда он назывался Институт охраны матери и ребенка). Поразило и увлекло это направление. Я была старостой курса и его летописцем. Как человек активный после окончания вуза поехала поднимать здравоохранение, и поехала на родину, потому что хотела вернуться домой к родителям. Врачей не хватало, и наши выпускники без прохождения интернатуры направлялись в том году в разные регионы.

В Шымкенте работала в 1-й городской поликлинике, на участке, одновременно брала дежурства в стационаре и на полставки преподавала в медучилище. А когда вернулась в Ал-

маты, выйдя замуж, пришла на работу в Институт педиатрии, в неврологическое отделение, и поняла, что мне как можно быстрее надо получить специализацию.

– Чем так важно это направление и насколько оно тогда было развито в Казахстане?

– Роль и место детской неврологии в практическом здравоохранении очевидны. Сначала детская неврология как дисциплина развивалась в недрах общей (взрослой) неврологии. И длительное время она оставалась менее изученной и менее развитой составной частью неврологии. Применялись те же методы лечения и диагностики, как правило, широко используемые в общей неврологии. Ребенка считали «человеком в миниатюре», и лечение проводили, соответственно, как у взрослых. Словом, социально-экономическое положение и уровень развития медицинской службы в первой половине XX века не позволяли вести учет, проведение анализа и выявление причин смертности младенцев, что служило бы толчком, определяющим развитие педиатрии и службы детской неврологии в частности. Но позже пришли к пониманию

выделения этого направления как отдельной дисциплины. После развала Союза оказалось, что у нас в республике нет отдельной научной кафедры, которая бы способствовала развитию детской неврологии.

– Знаю, что Вы стали организатором и первой заведующей этой кафедрой в АГИУВ двадцать лет назад. То есть Ваша кафедра – ровесница независимости нашей страны!

– Да, до 1990 года подготовка специалистов детских неврологов в республике не проводилась. Ввиду острой необходимости в этих кадрах в 1991 году приказом Министерства здравоохранения было принято решение об открытии курса детской неврологии в республике. Основанием для этого явился новый статус молодой независимой республики, высокий уровень детской неврологической заболеваемости и отсутствие врачей нужной квалификации. Курс детской неврологии вначале был открыт в составе кафедры неонатологии АГИУВ, а с 1992 года выделен в самостоятельный курс. Штат его состоял из одного сотрудника – меня как заведующей курсами, в последующем присоединились Таирова Г.К., Текебаева Л.А.,

Казакенова А.К., Исабекова А.А., Джаксыбаева А.Х., Мырзалиева Б.Д. Сегодня в республике работает большая армия детских неврологов – около 500 человек; и если раньше они были разобщены в профессиональном смысле, то теперь имеют возможность обмениваться опытом, повышать свою квалификацию. Наш институт и сама кафедра прилагают много усилий для повышения профессиональных знаний сотрудников. Кафедра выросла – я подготовила 17 ординаторов, 8 кандидатов медицинских наук, 1 доктора наук, и сегодня они занимают активные позиции в отечественной детской неврологии. Сейчас у нас 9 резидентов. Они учат и английский язык, ведь в современной медицине без него нельзя, вся новая информация поступает на этом языке.

– Маржан Махмудовна, а как Вам самой удалось пройти специализацию, защитить научные работы в те годы, когда в нашей стране это направление еще не было развито?

– Да, когда я начинала работать, специализацию можно было пройти только в Москве, Казани, Ташкенте, Питере и Прибалтике. Все время писала заведующему кафедрой Института усовершенствования врачей Ташкента, и, наконец, место нашлось. Я всегда считала, что никак не прорвешься в профессии, в жизни, если ты не специалист. Это единственный путь, когда без блата можно чего-то достичь.

Проходя четырехмесячную специализацию, уже там наметила тему диссертации. В это время в Институт педиатрии пришел Камал Сурарович Ормантаев. Я когда-то ходила в его кружок детской хирургии. Кроме того, в институте заместителем директора работал профессор Батыр Тастанбеков, который недавно приехал окрыленный из Москвы. Время было интересное, хотелось работать, делать что-то новое и нужное. Как-то к нам приехала делегация из НИИ медицинской генетики из Москвы. Я понимала, что это очень интересно и актуально, и предложила профессору Светлане Ивановне Козловой стать моим научным руководителем. Несмотря на то, что у нее

было 20 научных соискателей и аспирантов, она все же согласилась. В 1990 году защитила кандидатскую диссертацию в Москве и тогда же стала главным детским невропатологом Министерства здравоохранения, работая старшим научным сотрудником в НИИ педиатрии. Помню, как мне помогли москвичи – специалисты лаборатории генетики, медико-генетической консультации в техническом и организационном плане. Докторскую диссертацию защищала уже в Алматы, она была посвящена врожденным порокам нервной системы у детей. Думаю, что ничего просто так не бывает. Тот, кто хочет чего-то добиться, – того ведет судьба.

Затем стала старшим научным сотрудником Алматинского института усовершенствования врачей. Профессор Тамара Чувакова предложила открыть в институте кафедру детской неврологии, тогда такой кафедры в стране не было, пришлось с нуля составлять учебные программы, другую необходимую документацию.

– В чем важность детской неврологии, насколько распространены эти болезни?

– Детская неврология имеет свои особенности, тонкости, каждый период отличается от другого – до года одна симптоматика, потом – другая. Нам нужно изучать, почему так много больных детей, как влияет на их состояние период внутриутробного развития. С опытом пришло понимание, что нужно внедрять цикл медицинской генетики, эпилепсии, детского церебрального паралича, неонатальной неврологии и неврологии развития.

Надо отметить, что наибольшее количество заболеваний отмечается в экологически неблагоприятных регионах – в Усть-Каменогорске, Семее, Павлодаре, Кызылорде, Актобе, Актау, самые высокие цифры, и число их с каждым годом растет. Многие причины заключаются в материнских болезнях. Поэтому нам нужно работать вместе с врачами других специальностей. Сейчас мы готовим и педиатров, и неонатологов, и семейных врачей. Работаем с Национальным

медицинским холдингом – провели совместно с акиматом Астаны и НМЦ две специализации, одну конференцию и один мастер-класс. Уверена, что более эффективной профилактике и лечению неврологических болезней способствовало бы Положение о детской неврологической службе. Оно предполагает полное описание всех моментов: сколько нужно оборудования, кадров на определенное количество больных, другие важные параметры. Нужно уделять больше внимания этой службе. К сожалению, детских невропатологов не хватает: заболевание сложное, ответственность высокая, родители нередко имеют повышенные требования, поэтому должны быть более высокие стимулы для врачей.

– Что Вас радует, что сейчас считаете главным в жизни и о чем мечтаете?

– Когда-то у меня была голубая мечта, а сейчас осталась лишь дымка – открыть неврологическую клинику. Пока детей чаще ведут лечиться в частные больницы и центры, но там не всегда бывают подготовленные специалисты и нередко назначается ненужное лечение. Сейчас есть только неврологическое отделение, но этого все же недостаточно: в отдельной неврологической клинике можно было бы собрать всех специалистов в этой области, всю диагностику, словом, сделать хорошую базу. К сожалению, нет крупных спонсоров для открытия такой больницы. Предприниматели понимают, что медицина сразу не «отобьет» вложенные средства. Радует, что многие вопросы все же удается решать, у нас действует своя Ассоциация детских неврологов, помогают международные организации в плане обучения врачей. Радует, что родители наших маленьких пациентов и коллеги благодарят за помощь. А самое главное для любого человека – это семья, дети. Я их не настраивала на медицину, но ориентировала на занятие наукой. И они меня радуют своими успехами.

Сауле Сагитова

ЭЛЕКТРОННАЯ БОЛЕЗНЬ, или интернет-серфинг



Олеся Иванова

У каждого из нас бывали такие ситуации: не замечаешь, как провел за компьютером незапланированный час. Кажется, только сел, потом открыл почтовый ящик, зашел на свой аккаунт в социальной сети – и, серфингуя по электронным волнам необъятного информационного пространства, не заметил, что время как сквозь пальцы убежало.

Диагноз очевиден – вы присоединились к армии интернет-зависимых. По статистике, около 2% пользователей Всемирной сети из-за своих качеств характера могут испытывать болезненную необходимость в Интернете. К такой уязвимой группе людей в Казахстане потенциально относятся 177 тысяч человек от общего количества 8,895 млн интернет-пользователей, зарегистрированных у нас в конце 2011 года.

Официально медицина не спешит классифицировать пристраившихся к Интернету как людей с психическими расстройствами. Однако в Финляндии, например, молодым людям с интернет-зависимостью предоставляют отсрочку от армии. Китай в 2008 году заявил, что собирается стать пионером в мире по официальному признанию данной зависимости болезнью, и первым начал открывать клиники, в которых борются с недугом крайне жесткими методами – строевая подготовка и электрошок.

Тревожные сигналы поступают и от казахстанской аудитории. Проблему интернет-зависимости в Казахстане не отрицают ни эксперты в области интернет-проектов, ни психологи, ни преподаватели, которые общаются изо дня в день со студентами – потенциальной группой риска. Хотя в республике еще нет специализированных центров по реабилитации от данной болезни (в Америке месячный курс стоит 14 000 долларов), специалисты заверяют, что со случаями интернет-зависимости поможет справиться любой практикующий психолог. Но есть одна маленькая загвоздка: люди не считают свое долгое времяпрепровождение в Интернете проблемой и обращаются к специалистам в очень редких случаях и уже на поздних стадиях.

Прогресс технический – регресс эволюционный. Сейчас настала эра человека малоподвижного, человека анализирующего, человека сверхразумного, бросающего вызов технологиям. Люди все меньше работают физически и все больше – умственно. Эволюция действует соответственно – отбирает ресурсы у тела и передает их мозгу, а мозг вытесняет реальный мир, ощущения, общение, звуки и вкусы на виртуальные или воображаемые в уме и все реже воплощающиеся в жизни.

Таким образом, футурологи обрисовали образ человека в будущем, и выглядит он примерно как «голова на ножках», т.е. большой череп на хиленьких ножках, и это не слишком радует. Так в чем же проблема? Почему люди уходят от настоящего мира в виртуальный?

Интернет обладает большими возможностями, которыми он награждает любого из своих пользователей. Помимо бездонного океана информации, зачастую не самой высокопроб-

ной, самое главное, что находит здесь человек, – это самовыражение. В жизни же существует много преград и трудностей, которые преодолеть может не каждый. От этих сложностей при удовлетворении своих социальных потребностей и уходят люди в искусственно созданный конструкт.

В Интернете человек может позволить себе быть другим, свободным от ярлыков, навешанных ему своими коллегами, знакомыми, попробовать себя в новом амплуа.

Но разве это плохо – быть опытным пользователем Сети с огромными возможностями самореализации? И как найти грань между плодотворной работой в Интернете и пагубной привычкой?

Симптомы и угрозы интернет-зависимости. Симптомы очень отчетливо проявляются, поэтому не заметить даже легкую стадию привыкания к Всемирной паутине нельзя. Наш эксперт Виктор Гребенников выделяет следующие из них:

- 1) появляется непреодолимая тяга к Интернету,
- 2) растет количество проведенного времени за компьютером,
- 3) изменения эмоционального состояния (нервозность, раздражительность, рассеянность) вследствие нарушения биологического ритма человека: в основном, когда работа в Сети переваливает далеко за полночь.

В принципе компьютерная зависимость имеет схожую картину поведения человека, как и в случаях с другими зависимостями, – алкогольной, наркотической, игровой, телефонной и т.д. Это было подтверждено последней новостью, растиражированной во многих передовых изданиях. «Группа китайских экспертов установила, что в головном мозгу людей, страдающих зависимостью от Интернета, происходят такие же изменения, как у тех, кто пристрастился к алкоголю и наркотикам». Пациент страдает от навязчивого состояния запустеть то, что помогает ему, на его взгляд, уйти от ежедневных трудностей.

Любая зависимость вытесняет задачи, настоящие цели подменяются ложью. А главный критерий человека с пристрастием – его непродуктивное поведение. Тогда как человек думает, что он стал опытным пользователем, на самом деле происходит социальная дезадаптация, и им управляет накинутая на него Сеть.

Не так страшен Интернет, как его используют

Но не такая уж плачевная ситуация с Интернетом. Интернет-контент в Казахстане не только развлечение, потому как в Казнете уже предостаточно сайтов и общественно полезных, и коммерчески успешных, считает Александр Ляхов, издатель многих интернет-проектов в Казахстане.

Тем не менее бурного развития локальных социальных сетей (birge.kz, horde.kz), блог-платформ (yvision.kz) в Казахстане еще не наблюдается из-за различных технических причин, и наши пользователи зарегистрированы в основном на российских и других зарубежных сетях.

Самым развитым сегментом в нашей республике являются корпоративные сайты, другой контент уступает и по количеству, и по качеству. Кроме того, в Сети как тренд отмечают и оживление дисконтных (скидочных) сервисов, что говорит о начале развития электронной коммерции в Казахстане.

И опять-таки социальные сети можно рассматривать и как положительный, и как отрицательный феномен. Если человек чувствует одиночество и регулярно заходит в социальные сети с конкретными задачами – найти знакомых, решить какие-то вопросы с коллегами, в этом нет ничего опасного. Совсем другое дело, если социальные сети нужны просто, чтобы убить время, и не происходит никакого реального воплощения задач или нет перехода на живое общение. Тогда, конечно, это уже звонок к действию.

Но сколько бы нам ни говорили о вреде работы за компьютером и угрозах Интернета, мы уже не пересядем за печатные машинки и не станем пользоваться услугами обычной почты для учебы, работы и других срочных дел. Поэтому нужно во всем проявлять чувство меры, а также прислушиваться к советам психологов для предупреждения привыкания к Интернету. Вот основные из них:

Строго регламентируйте свое время в Интернете. Чередуйте работу за компьютером с активными видами деятельности: спорт, прогулки на свежем воздухе и т.д.

Стремитесь гармонизировать с другими людьми, обществом в реальном мире и находите силы и средства для преодоления возможных социальных столкновений.

According statistics nearly 2% of web users can experience abnormal need in Internet. Officially medics aren't in hurry to classify those addicted to Internet as mentally disordered. However the symptoms of internet addiction are quite clear but the consequences could lead to a \$14000 treatment course.

Статистика бойынша бүкіләлемдік жүйені қолдайтын адамдардың дерлік екі пайызы Интернетте аурулы қажеттілігін білдіреді. Медицина бұл сырқатты психикалық бұзылу деп ресми түрде мойындамайды. Дегенмен, Интернет тәуелділіктің симптомдары анық көрінеді, ал емдеуі он төрт мың доллар тұру мүмкін.



Виртуальная реальность

Телемедицина в тандеме с Интернетом дает возможность оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь на расстоянии. Как истинное дитя прогресса, она уникальна и многогранна, включает в себя консультации врачей, консилиумы специалистов, обучение коллег. Все это происходит виртуально. К значительным достижениям этого направления также относится возможность проведения сложнейших операций специалистом, который находится за тысячи километров от пациента. Нюанс: оперирует на самом деле робот, но его действиями управляет доктор.

Первые шаги в этой сфере были сделаны еще в 60-е годы XX века, в период бурного развития военной промышленности, мореплавания, экспедиций и космонавтики. Естественно, что отчаянным первопроходцам, подверженным повышенному риску, требовался неусыпный медицинский контроль. Именно тогда посредством телеметрических записей специалисты на расстоянии фиксировали показатели здоровья исследователей и при необходимости давали рекомендации. Врачи всей планеты восприняли идею дистанционной медицины с большим воодушевлением, и это направление начало активно развиваться.

С прогрессом сообща

Телемедицина, представляя собой логическое следствие научно-технической глобализации, совершенствуется одновременно с развитием систем связи и техники. Сегодня вполне реально зарегистрировать изображение (например, данные магнитно-резонансного исследования), обработать его, затем переслать для анализа и в режиме реального времени обсудить с ведущими специалистами диагноз и возможную тактику лечения.

Телемедицина дает возможность оперативно организовать консультацию лучших врачей различного профиля, в какой бы точке земного шара врач и пациент ни находились. При этом больному вовсе необязательно покидать пределы своей страны и тратить деньги на перелеты и переезды. Это особенно важно для жителей небольших городов, где медработники не имеют достаточно опыта, а часто и возможностей оказать необходимую помощь пациентам со сложными или редкими заболеваниями. Достаточно отослать в клинику запрос, краткие сведения о пациенте, а по телетуннелю (информация доходит за считанные секунды!) передать необходимые данные – результаты магнитно-резонансной и компьютерной томографии, рентгеновские снимки и т. п. После анализа полученной информации специалист дает свое заключение.

Консультация проходит в режиме реального времени с помощью переводчика. Так, профессор Эльмар Коттер, заместитель главного врача отделения рентгенодиагностики Университетской клиники г. Фрайбурга, рассказывает об интересном случае из практики. Украинка обратилась в киевскую клинику с жалобами на недомогание. Причина оказалась неутешительной: опухоль мозга. О диагнозе сказали мужу пациентки, но он решил не сообщать супруге новость, а найти способ помочь ей. В тот же день результаты обследования женщины с помощью технологий телемедицины были отправлены нейрохирургам в Университетскую клинику г. Фрайбурга. Врачи пришли к единому мнению: необходимо срочное хирургическое вмешательство. В Украине из-за отсутствия необходимого оборудования подобная операция была невозможна, поэтому женщину решили оперировать в Германии. Для этого срочно был заказан специально оборудованный для транспортировки пациентов самолет медицинской эвакуации. И перелет, и операция прошли удачно – спустя пять недель лечения и реабилитации женщина вернулась в Киев.

Кажется невероятным, что, находясь за тысячи километров от больного, врач ставит диагноз, назначает лечение, контролирует состояние пациента в динамике. Это особенно важно для жителей отдаленных или недоступных районов. Например, специалистам инсульта отделения Фрайбургской клиники с помощью высокотехнологичного оборудования удалось обследовать пациентов больницы, расположенной в отдаленной горной местности. Причем врачи не только оценили снимки и анализы, но и в режиме реального времени смогли провести осмотр больных и назначить лечение. Здесь также следует отметить ту неоценимую услугу, которую телемедицина оказала пострадавшим во время землетрясения в Армении (1988 г.). В то время по теле- и аудиомостам советские специалисты могли консультироваться с коллегами ведущих

американских медицинских центров по оказанию помощи пострадавшим людям.

Телемедицина также позволяет следить за течением болезни у пациента, получающего лечение на дому. Для этого в квартире больного устанавливается специальное оборудование, которое фиксирует и передает информацию об изменениях в его состоянии. В случае необходимости аппарат немедленно вызывает врача на дом.

С помощью телемедицины можно получить советы специалистов по эвакуации/транспортировке больных с той или иной патологией на самолете регулярным или чартерным рейсом. Одним из важнейших аспектов этого прогрессивного направления для врача любого профиля является возможность повышать свою квалификацию. Можно просто консультироваться с авторитетными коллегами из ведущих мировых международных медицинских центров, но можно и принимать участие в консилиумах, сообщать и обсуждать случаи редких заболеваний, а также в режиме онлайн принимать участие в лекциях и семинарах.

Тонкие моменты

Сегодня телемедицина стремительно развивается. Существует масса ее разновидностей – телепатология, телерадиология, телехирургия. Все это требует специальных условий для передачи данных. В отдельных случаях, например, в телехирургии, применяются дистанционно управляемые роботы. Как и любая прогрессивная высокотехнологичная область, телемедицина имеет свои особенности. Дело в том, что, согласно законодательству, передача медицинских данных без согласия пациента и их открытое обсуждение недопустимы. Даже после получения согласия пациента на передачу информации, последняя должна быть защищена, для чего используются закрытые сети, новейшие методы передачи сведений, соблюдение стандартов получения и предоставления медицинских изображений.

Однако, несмотря на все достоинства этого метода, не стоит воспринимать телемедицину как полноценный аналог врачебной помощи. Ничто не может заменить прямой контакт с доктором. Телемедицина может лишь существенно дополнить привычную практику и помочь в постановке диагноза и выборе оптимальной тактики лечения.

Благодарим за помощь в подготовке материала Эльмара Коттера, д. м. н., профессора, зам. главного врача отделения рентгенодиагностики Университетской клиники г. Фрайбурга (Германия).

/ Если у ребенка ночью заболит ушко /

Ботагоз Шарипова



Малышей, да и детей постарше, нередко беспокоит воспаление уха. Острый период отитов проходит довольно болезненно, и нередко болезнь начинается ночью или в выходной день, когда нельзя получить помощь врача. Сегодня Ботагоз Шарипова, детский отоларинголог, врач высшей категории, дает советы родителям о том, что и как нужно предпринимать, чтобы помочь ребенку. **Отит** – это воспаление уха. Различают наружные, средние и внутренние отиты. Наружные отиты – это воспаление стенок слухового прохода, причиной чего может быть простуда или травма. Внутренние отиты – это воспаление внутреннего уха с развитием лабиринтитов. Острые средние отиты являются наиболее частым заболеванием детского возраста, от 3-х месяцев до 3 – 5 лет. Причины возникновения отитов делятся на общие и местные. Общие – большой удельный вес вирусов, бак-

териальная инфекция, грибковая флора, детские инфекционные заболевания, недостаточность естественного иммунитета, экссудативный диатез, искусственное вскармливание, патология бронхолегочной системы, наследственный фактор. Местные причины – наличие миксоидной ткани в барабанной полости у новорожденных, широкая и короткая слуховая труба, низкое расположение устьев слуховой трубы, наличие воспалительного процесса в полости носа, аденоидные вегетации. Чаще всего инфекция проникает в барабанную полость через слуховую трубу. Основным симптомом острого среднего отита является сильнейшая боль в ухе, снижение слуха. Ребенок становится беспокойным, раздражительным, кричит, хватается за ушки. Более старшие дети четко указывают на стреляющие боли в ушах.

/ Профилактика /

Для уменьшения риска возникновения острого среднего отита необходимо родителям запомнить несколько простых правил.

- При кормлении грудью или через бутылочку с соской голова ребенка должна быть приподнята. Не кормить лёжа! Иначе молоко может попасть через слуховую трубу в барабанную полость.
 - После кормления ребёнка надо поддержать вертикально для удаления воздуха из желудка. При срыгивании в горизонтальном положении молоко забрасывается в слуховую трубу.
 - Во время насморка мама должна правильно высмаркивать нос ребенку. Чтобы инфекция не попала в слуховую трубу, ноздри надо зажимать поочередно. Отсасывать из носа надо мягко, не резко и лучше не с помощью груши, а специальным отсосом «бэби комфорт», который свободно можно купить в аптеке.
- И еще: поставить окончательный диагноз и определить правильное лечение может только отоларинголог. Заниматься самолечением при отите нельзя ни в коем случае, поскольку исчезновение боли ещё не означает прекращения болезни.

First aid with symptoms
of child's ear disease

Балада құлақ ауруының
симптомдары болғанда
бірінші көмек беру

Маме необходимо:

Первое/ Закапать в обе половинки носа поочередно по 1-2 капли сосудосуживающего препарата (назол-беби, називин для грудного и детского возраста, отривин и т.д.). Капли надо капать в положении лёжа на спине, повернув голову набок. Тогда капли попадут в полость носа и носоглотку и тем самым снимут отёк слизистой устья слуховой трубы. Через 5 – 10 минут освободить нос от слизи – высморкать нос раздельно через каждую ноздрю, не прижимая противоположную.

Второе/ Повернуть больного на бок, с положением больного уха кверху, в слуховой проход закапать 2-3 капли или отипакса, или 2-3%-ного борного или левомицетинового спирта, или алотита, а если ничего нет, то можно водки. Спирт, находящийся в каплях, уменьшит боль и будет рассасывать транссудат барабанной полости. Ребёнка надо поддержать в таком положении 5 минут, затем закрыть слуховой проход ватой, или можно ввести в слуховой проход фитилёк из ваты или марли и сверху закрыть ватой.

Третье/ Сделать компресс из полуспиртового или водочного раствора. Для этого надо взять кусок марли, сложенного вчетверо, прорезать посередине снизу вверх не до конца, смочить тёплым раствором и надеть на ушную раковину, как «штанишки», сверху закрыть большим ватным тампоном и завязать шарфиком или надеть шапочку. Необходимо обратить внимание: не надо применять компрессную бумагу или целлофан.

Четвёртое/ Дать ребёнку обезболивающее и жаропонижающее средство (панadol, парацетамол, ибупфен, нурофен и другие). В результате ребёнок успокоится, уснёт, а утром надо обязательно показать оториноларингологу для профессионального лечения и предотвращения осложнений.



ДАО здоровья

Альжан Кусаинова

Звезды, или, как их нынче именуют, медиа-персоны – тоже люди. Они иногда болеют, плачут и страдают. Если они и отличаются от обычных смертных, то тем, что пребывают в состоянии недуга недолго. Некогда болеть!

Как правило, это люди весьма энергичные, позитивные и здоровые. Почему? Потому что приучили себя следовать своей здоровой политике.

Когда человек волею судеб много и подолгу встречается, общается с большими потоками людей, будь то поклонники, последователи, единомышленники или противники их идей, он учится ценить свое здоровье. Энергетический баланс дирижирует буквально всем – качеством нашей жизни, настроением и тонусом. Если постоянно болеть, хныкать, жаловаться или вечно лечиться, вряд ли вы сумеете долго оставаться в орбите внимания, даже если вы суперзвезда. Верно? Большие дела – большой потенциал здоровья.

Обратившись к трем известным персонам с одним вопросом: «Как вы поддерживаете свое здоровье?», мы получили разные ответы. Объединяет их лишь одно – любовь и бережное обращение к себе и другим. Публикуем ответы, рецепты, секреты бодрости, высокого тонуса и заряда тех, кто всегда на виду.



Здоровые дисциплины

Жания Аубакирова, пианистка, ректор Казахской Национальной консерватории им. Курмангазы, профессор, народная артистка РК, лауреат премии «Платиновый Тарлан», кавалер ордена литературы и искусства Франции:

– Есть один бесхитростный, но гениальный в своей простоте рецепт. Заметила, чем напряженнее я работаю, тем чаще слышу комплименты в свой адрес: «Как прекрасно вы выглядите!». Думаю, это связано с тем, что я люблю свою работу, творчество подпитывает нас изнутри. Игра на фортепиано для меня – это жизненная потребность, такая же, как потребность в здоровье. Играю – значит живу.

Оптимисты и трудоголики, по моему убеждению, живут дольше и лучше. Когда привыкаешь к большому объему работы, у тебя появляется роскошь не зависеть от суетных, сиюминутных волнений и страхов. Это и есть секрет здоровья и успехов в целом. Главное приучить себя к мысли: никогда не почитать на лаврах. Лишь постоянное напряжение сил, высокая организация своего времени и любовь к своему делу держат нас в тонусе всегда.

Наблюдая, как в нашей консерватории работают приглашенные французские, русские, американские, немецкие музыканты и педагоги, замечаю их невероятную трудоспособность. Они не зависят от смены часовых поясов, неважного самочувствия, бытовых проблем – такие мелочи не заставят их отменить репетиции и занятия со студентами. Жесткая трудовая самодисциплина – это показатель не только профессионализма, но и здорового образа жизни.

Оптимисты и трудоголики, по моему убеждению, живут дольше и лучше.

We asked three famous people a question: «How do you maintain your health?» and we got different answers. One thing that unites them all – is love and careful attention towards themselves and others.

Денсаулығыңызды қалай сақтайсыз деген сұрақты үш адамға қойып, үш түрлі жауап алғанбыз. Олардың барлығын біріктіретін махаббат пен өзінің және басқалардың қамын ойлауы болды.



Философия здоровья Балнур

Балнур Асанова, дизайнер-модельер, художник, арт-директор Академии моды «Сымбат»:

– Здоровье для меня – это прежде всего здоровье души. По возможности стремлюсь держать свои мысли, чувства и эмоции в позитивной «узде». Когда мы освобождаем себя от обид, претензий и агрессии к кому-либо, мы высвобождаем массу энергии. Этой энергии хватит и для повседневных дел, и для серьезных задач. Если сознание забито негативом, будь то бардак вокруг или внутри, например, обиды и злость на кого-то, – ничего не получается, все валится из рук.

Здоровые мысли – это первично. Ни красивая одежда, ни макияж не спасут тебя от внутренних проблем.

Еще меня очень дисциплинируют дети – у меня трое сыновей, старший уже студент, все очень разные по характеру. Это мощный стержень, который держит всегда в тонусе, они дают большую силу воли. Будь я лишь художницей, кто знает, может, тоже часто была бы на грани, это же тонкие люди, излишне эмоциональные, впечатлительные.

Еще я давно заметила: творческая, любимая работа изнуряющей усталости не несет, это как увлечение, тяжести не ощущаешь. Авралы, конечно, случаются, но до них меня иногда доводит лень. Размеренности во мне нет, я человек спонтанный. Расслабляться нельзя: выпадешь с одного показа, восстанавливаться придется с нуля.

Стараюсь относиться к трудностям как философ. Будто все так и должно было быть.

”Здоровье для
меня — это
прежде всего
здоровье души.



”Люблю
путешествовать
очень просто
— без пяти-
звездочных
отелей.

Спортивный дирижерский дух

Мариус Стравинский, дирижер Карельской государственной филармонии:

– В детстве я мечтал стать летчиком или футбольным тренером. Прыгал с парашютом, увлекался горнолыжным спортом. Но уже с 13 лет готовил себя в дирижеры: освоил скрипку, альт, кларнет, фортепиано, пел в хоре. В пору учебы в Итоне наслаждался огромным выбором занятий по интересам, от театра до спорта. Из его стен выходят закаленные, мужественные люди с высокой дисциплиной, готовые ко всему в жизни. Это лучшая школа для мужчины, где учат благородству, воле к победе и лидерству. К слову, дух самостоятельности – это черта всех английских школ, ее впитываешь со средой. Мне очень нравилось, что там был большой выбор – от американского футбола до академической гребли, специальные спортивные залы, стадионы, в том числе и на воде. Все продумано так, чтобы выпускники владели множеством навыков. Я занимался фехтованием, академической греблей и играл в футбол – это моя давняя страсть. Увлекаюсь и горнолыжным спортом, жаль времени на него не хватает часто.

Еще я очень люблю не раскрученные туристические места, малоизвестные. К примеру, Колумбия, Нигерия, Камерун – потрясающе красивая дикая природа заряжает энергией, будь здоров! Меня привлекает азарт, возможность открыть для себя другой мир, новые впечатления. После поездок смотришь на мир иначе, другими глазами, обогащенными. Может, это во мне казахские гены проявляют себя так, но мне нравится открывать новые места. Есть такое давнее желание – пожить несколько месяцев вдали от дома, с рюкзаком за плечами посмотреть мир. Люблю путешествовать очень просто – без пятизвездочных отелей, ходить пешком по улицам, исследуя все самому, без гида. Это и есть мои рецепты здоровья.



Мухамеджан Тынышпаев с супругой Гульбахрам Чалымбековой

ДОЧЬ СВОЕГО ОТЦА

Имя Баки Чалымбекова я впервые услышала от его правнучки Елены Тынышпаевой. Но для утверждения, что он действительно был врачом города Верного и лечил самого генерал-губернатора, не хватало фактов и документальных свидетельств. Тогда я обратилась к знаменитому краеведу и исследователю истории Семиречья Владимиру Проскурину, живущему сейчас в Германии. Из Берлина пришел ответ, расстроивший все мои ожидания: «Есть о нем какие-то смутные воспоминания, но, очевидно, все материалы сдал в архив...». Тут появилась еще одна зацепка: медицинскому колледжу в Каркаралинске – на родине Баки Чалымбекова присвоено его имя. За огромный вклад в развитие медицины в Казахстане. Однако меня не покидало ощущение, что мое журналистское расследование строится только на предположениях и версиях. И неизвестно, сколько бы продолжалось это тупиковое состояние, если бы в полуторамиллионном Алматы не нашелся важный свидетель. Ею оказалась 87-летняя Гуляфруз Киякова – внучка Баки Чалымбекова. Ее воспоминания и свидетельства и послужили материалом для этой статьи.

Сейчас, к сожалению, уже трудно установить точную дату, когда Баки Чалымбеков, выпускник Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии по распределению приехал в Ташкент. Уроженец Каркаралинского уезда Семипалатинской области, он недолго осваивал новое место проживания. А вскоре женился. Его избранницей оказалась восточная красавица по имени Фатима, которую он умыкнул из-под носа бдительного отца. Как и при каких обстоятельствах молодые познакомились и успели пригласиться друг другу, потомкам Чалымбе-

кова неизвестно. Семейные предания гласят, что Фатима была дочерью известного и богатого человека при дворе персидского шаха. Разгневанный отец, в конце концов, смирился с выбором дочери, но так и не простил ей дерзкого поступка (эта история оборвала все связи Фатимы с исторической родиной). Уязвленное самолюбие его утешалось мыслью, что зять оказался не последним человеком в Ташкенте. Какое-то время Баки Чалымбеков являлся личным врачом туркестанского генерал-губернатора и командующего войсками Туркестанского военного округа генерал-адъютанта Куропаткина. Он приехал в Ташкент для усмирения восстания, которое охватило весь Туркестан в 1916 году.

Из дневника Алексея Николаевича Куропаткина: «Чиновники произвольно рассчитали нормы земельного обеспечения киргизов и начали нарезать участки, включая в них пашни, зимовые стойбища, насаждения, оросительные системы. ...Отбирали землю не только годную для устройства селений, но и для развития скотоводства. Особенно жестоко притесняли и эксплуатировали коренное население казаки».

Именно несправедливое изъятие земель и привело, по мнению Куропаткина, к восстанию.

Очевидно, либеральные взгляды генерал-губернатора и сблизили две семьи. Они встречались в неформальной обстановке, бывали на балах, которые устраивала знать. А еще чаще собирались в доме Баки Садвокасовича, где проходили театрализованные вечера с участием пяти его дочерей. Этот дом стал местом сбора творческой интеллигенции, здесь в 20-е годы прошлого столетия бывал Мухтар Ауэзов, артист Канабек Джандарбеков.

Гуляфруз Киякова рассказала мне то, что знала со слов своей матери Гульмубарак, младшей дочери Баки и Фатимы.

Чалымбековы жили большой дружной семьей в доме, в котором после революции 1917 года разместилось ремесленное училище. Все дочери ташкентского врача, согласно социальному статусу, окончили женскую гимназию, были образованы, хорошо воспитаны благодаря гувернанткам, выписанным из-за границы. Девочки музицировали, танцевали и кроме родного тюркского языка владели русской речью, прекрасно говорили по-французски, изъяснялись на арабском языке. А медициной как наукой увлеклась только старшая дочь Чалымбековых – Гульбахрам, которая единственная и пошла по стопам своего отца.

Она стала женой известного политического деятеля, премьер-министра Кокандской республики Мухамеджана Тынышпаева, совсем юной. А в 1909 году в возрасте 16 лет родила первенца. Тынышпаевы назвали сына Искандером. Среди потомков знаменитого врача, как выяснилось, уже нет дипломированных врачей. Но если рассматривать эту профессию как особое предназначение свыше, то он, этот дар Божий, передался по наследству правнучке Чалымбекова – Елене Тынышпаевой. «Если бы мой отец Искандер Мухамеджанович хотя бы раз обмолвился о том, кем был его дед, – я бы поняла, откуда у меня такое стремление к познаниям в области медицины». А у Искандера Тынышпаева, носившего клеймо сына «врага народа» и отсидевшего в Гулаге за своего знаменитого отца ровно 10 лет, были серьезные основания скрывать свою родословную.

Но вернемся к семье Мухамеджана Тынышпаева и Гульбахрам Чалымбековой. В Верном, где обосновались молодожены, их дом всегда отличался большим радушием и гостеприимством. Молодая хозяйка устраивала благотворительные вечера, разыгрывала лотереи, сбор от которых шел в фонд бедных. Очарованные красотой и обаянием Гульбахрам, гости не скупились на пожертвования.

С установлением Советской власти Мухамеджан Тынышпаев, как профессиональный инженер-путеец (он окончил Санкт-Петербургский Институт инженеров путей сообщения имени Александра Третьего), работал на возведении Турксиба. Он постоянно в разъездах, и все чаще берет с собой сына Искандера. Вернувшись из очередной командировки в начале лета 1922 года, он застал умирающую жену. Гульбахрам скончалась 22 июня во время эпидемии холеры, свирепствовавшей в тот год в городе Верном. Погибла, исполняя свой профессиональный долг.

Вглядываясь в ее портрет на фотографии (она рядом со своим мужем Мухамеджаном Тынышпаевым), поражаешься тому, что за этим нежным кротким ликом скрывалась мужественная и отважная натура. Что заставило ее, оставив на попечение няни малолетних детей, пойти работать сестрой милосердия в один из полевых госпиталей? Только ли профессиональный долг? Есть такое устаревшее ныне понятие, как морально-нравственный кодекс человека. К великому сожалению, он безвозвратно ушел из обихода современной жизни.

А Гульбахрам жила только по таким законам. И она, смею предположить, никогда не забывала, кем был ее отец, Баки Чалымбеков.

Салтанат Смагулова

People with European education who stood at the source of medicine in Kazakhstan. The Dynasty of Chalymbekov which line was torn in 20s through the death of an older daughter of Baky Sadvokasovich - Gulbarhram.

Қазақстан медицинасын қалыптасқан еуропаша оқыған адамдар туралы мақала. Бұл Баки Садвокасовичтің үлкен қызы Гульбахрамның өлімімен жиырмасыншы ғасырдың жиырмасыншы жылында үзіліп кеткен Чалымбековтар әулеті.

СМЕЙТЕСЬ НА ЗДОРОВЬЕ!

Олеся Иванова



«Смех без причины – признак дурачины» – гласит народная пословица. И напрасно. Знаете ли вы, что изучает наука гелотология уже около 30 лет? По-другому она называется смехотерапия и имеет в арсенале уникальные случаи улучшения состояния здоровья человека с помощью регулярных сеансов смеха.

Где зародилось лечение смехом?

Индия – страна происхождения данной терапии, а основоположником этого направления является доктор Мадан Катария, который может научить вас смеяться без всяких на то оснований. Вам необязательно иметь чувство юмора, знать анекдоты, смотреть комедии. Все что потребуется – это желание смеяться, что очень полезно для каждого из нас в нынешней обстановке кризисов, сбоев и различных неурядиц. Скептики могут посчитать смехотерапию полным вздором, однако есть научное объяснение, 6000 клубов в 60 странах и толпы последователей и излечившихся, доказывающие обратное.

Йога смеха, так называется терапия в Индии, – это комбинация упражнений смеха, практикуемых с дыхательной йогой, которая увеличивает количество кислорода в вашем организме, в то время как вы находитесь в веселом настроении – все это приводит к физиологическим изменениям в вашем теле, и вас словно захлестывает волна счастья.

Йогой смеха обычно занимаются в группах, хотя возможны и занятия индивидуальные. Когда вы устанавливаете контакт глазами с кем-либо и оба хотите рассмеяться, смех усиливается. Однако мы советуем, чтобы наши последователи начинали даже с поддельного смеха, и в конце концов вам удастся рассмеяться, потому как тело не чувствует разницу между настоящим смехом и вынужденным. Пока вы настроены на смех, вы будете испытывать те же здоровые импульсы, и смех сам собой станет настоящим. Йога смеха зародилась в одном из парков в городе Мумбае в 1995 году всего с пятью участниками, и с тех пор разрослась в большую международную сеть, которая поражает ученых и докторов своей целительной силой.

Смех заразителен

В Казахстане еще не развиты такие нетрадиционные методы лечения с использованием смеха. В соседней России существует клуб смехотерапии под руководством Риммы Умяровой. Своими авторскими тренингами она превращает смех в инструмент для улучшения качества жизни, гармонизации отношений и активизации творчества. Деятельность ее клуба подразделяется на два направления. Первое – смехотерапия, где в основе заложено западное течение движения смеха, т.е. когда смех провоцируется внешними стимулами: шутками, клоунадой, сатирой. Основателем такой смехотерапии является журналист Норман Казинс. И второе – йога смеха, т.е. комплекс упражнений, который обучает привычке смеяться естественно и спонтанно.

Римма Умярова, будучи психотерапевтом, обладает и авторским свидетельством, которое подтверждает: те-

ория смеха и его использование в групповых тренингах и бизнес-тренингах является инновационной методикой. Также у нее есть сертификат от основоположника йоги смеха, что дает ей право и указывает на квалификацию для проведения таких смехосессий.

Причем, смех используется и в бизнес-тренингах, так как доказано, что смех имеет большую ценность, когда практикуется коллективно. Ведь говорят же, что смех заразителен. И потом, смех объединяет. Люди, которые вместе смеялись, становятся ближе и им легче перешагнуть через барьеры в межличностных коммуникациях. Как открыть клуб смеха в вашем регионе?

Так что же происходит, когда мы смеемся?

- Мы вдыхаем больше кислорода, который способствует нашему здоровому состоянию, обогащая клетки.
- Увеличивается циркуляция крови, чем объясняется румянец на щеках, да и смеющийся выглядит всегда моложе своих лет.
- Мышцы живота начинают усиленно работать, что помогает пищеварению.
- Стимулируется иммунная система, которая сражается с болезнью до 40%.
- Снижается высокое артериальное давление.
- Гормоны стресса, адреналин и кортизол снижаются, поэтому мы хорошо расслабляемся.

Помните, ваше самочувствие в ваших руках. Не ждите, пока клуб смехотерапии откроется в вашем городе, ведь вы можете сами начать эти приятные и полезные процедуры смеха. Тем более что для этого не нужно никаких материальных вложений, лицензий и т.д. Найдите место в вашем районе, где люди могут собираться рано утром, когда они идут на прогулку или утреннюю зарядку. Это может быть парк, спортивная площадка или пляж. Вам понадобится всего 15 – 20 минут для упражнений смеха, и дальше предлагается продолжить утренний моцион. В скверах и других рекреационных пространствах легко собрать достаточное количество добровольцев. Выбранное место должно быть поодаль от жилых комплексов, чтобы ваши занятия не мешали окружающим. Идеальное время для начала занятий – 6-7 утра. «Преимущество смеха по утрам в том, что эти 20 минут зарядают хорошим настроением и приливом сил на весь день», – говорит г-н Кат-

тария. И, конечно же, уровень загрязнения минимальный с утра, что наполняет ваш организм свежим воздухом, что немаловажно для таких городов, как Алматы. Есть две мудрости: «Познай себя» – западная и «Стань собой» – восточная, и как раз смех может стать той благоприятной платформой для их синтеза. Попробуйте и вы.

What is laugh therapy and yoga of laughter? How long you must laugh in order to secure good mood throughout whole day? How to start a laughter club in Your city?

Құлкі терапия мен құлкі йога қудегеніміз не? Қуңі бойы көңіл күйіміз көтеріңкі болуы үшін таңертең қанша құлкіміз керек? Сіздің қалада құлкі клубын қалай ашуға болады?

Мадлен Хайдарова

Цени себя, цени других



Немало написано разнообразных материалов о важности высокой самооценки. И неудивительно, ведь самооценка влияет на все сферы жизни и деятельности – на наши достижения, на качество взаимоотношений с людьми, на здоровье, самочувствие и благополучие. Самооценка является своего рода отправной точкой для достижения успеха. Здоровая самооценка исключительно важна, потому как от нее напрямую зависят наши мысли, чувства и действия. Когда самооценка улучшается, улучшается и уровень жизни, ведь здоровая самооценка ведет к уверенным действиям и правильным решениям. Заниженная самооценка, напротив, ведет к неуверенности, робости, нерешительности и зачастую к неудаче. Любить себя действительно важно и нужно. Низкая самооценка, или комплекс неполноценности, – причина большинства депрессий, а иногда даже самоубийств. Но существует возможность впасть в другую крайность: «люби себя, чихай на всех, и в жизни ждет тебя успех»....

Самооценка – это наше мнение о себе и наше отношение к самим себе, какими мы видим себя и кем считаем. Самооценка не отражает того, какие мы есть на самом деле, или того, какими нас видят другие люди. Учитывая, что самооценка – это ценность, которая приписывается индивидом себе или отдельным своим качествам, можно определить, что самооценка может быть адекватной, когда человек объективно оценивает свои силы и возможности, а также знает свои слабости и недостатки, или неадекватной – чрезмерно заниженной или завышенной.

Заниженная самооценка

Человек нуждается в том, чтобы чувствовать себя адекватным и заслуживающим как своего собственного уважения, так и уважения других людей. Если такие базовые нужды человека, как значимость, близость и безопасность, не восполнены, существует большая вероятность развития у человека комплекса неполноценности. Комплекс неполноценности – это совокупность мыслей, чувств и ощущений человека, которые проявляются в чувстве собственной ущербности и необоснованной внутренней убежденности в превосходстве окружающих над собой. Люди, страдающие комплексом неполноценности, рассматривают себя как нечто незначительное и ущербное. Кто-то пошутил: «Если верить своему отражению в луже, ты мелок и грязен».

Разные люди по-разному справляются с чувством неполноценности. Одни позволяют своему чувству неполноценности лишить себя дееспособности и не развивают своих творческих сил и дарований. Они становятся пассивными, погруженными в себя и отстраненными. Будучи полны горечи и зависти, они склонны оправдывать свое бездей-

ствие и обвинять в своих бедах весь мир. Говорят, зависть – злость на себя за бездействие.

Другие, стремясь компенсировать имеющиеся от рождения недостатки, дефекты, активизируются, прилагают усилия, чтобы преодолеть свою кажущуюся или действительную неполноценность, превращают свои неудачи в ступени к успеху, стремятся самоутвердиться в жизни – делают все для того, чтобы стать лучше. Для таких людей чувство неполноценности становится стимулом для развития и движущей силой для их общественной деятельности. Примером человека, преодолевшего невероятные трудности и достигшего потрясающих успехов, является Хелен Келлер, слепоглая американская писательница, преподаватель и общественный деятель. В возрасте 19 месяцев от роду её поразила болезнь, которая лишила Хелен слуха и зрения. В 1890 году, когда Хелен Келлер исполнилось 10 лет, ей рассказали историю о слепоглохой девочке из Норвегии Рагнильде Каата (Ragnhild Kaata), которая смогла научиться говорить. Вдохновлённая её примером, под руководством своей учительницы Энн Салливан Хелен научилась осмысленно думать и говорить по методу Тадомы: прикасаясь к губам говорящего человека, она ощущала их вибрацию, в то время как Салливан обозначала буквы на её ладони. Хелен также научилась читать по-английски, по-французски, по-немецки, по-гречески и по-латыни по методу Брайля. В 1904 году в возрасте 24 лет Хелен с отличием окончила Рэдклифф, став первым слепоглохим человеком, получившим высшее образование. Несмотря на то, что Келлер не могла писать самостоятельно, она является автором семи книг. Одна из них – автобиографическая повесть «История моей жизни», в 2003 году издана на русском языке. Хелен Келлер была награждена Президентской медалью «Свободы», одной из двух наивысших гражданских наград США.

Еще один удивительный пример человека, героически преодолевшего обоснованный комплекс неполноценности, – это христианский проповедник, австралиец Ник Вуйичич. Ник родился без всех четырех конечностей. Переживая по поводу своей инвалидности в детстве, он научился жить со своим недостатком, работать на компьютере и даже играть в футбол. Сегодня Ник делится своим

опытом с окружающими и является всемирно известным мотивационным спикером. Его выступления обращены к детям и молодежи с ограниченными возможностями, в надежде на активизацию в них поиска смысла жизни. Глядя на жизнь людей, преодолевших непосильные препятствия, добившихся успеха и нашедших в себе силы помогать другим, трудно найти оправдания своей низкой самооценке и бездействию.

Мания величия, или нарциссизм

Мания величия, или мегаломания (с греческого языка – «очень большой» или «преувеличенный»), – тип самосознания или поведения личности, выражающийся в крайней степени переоценки своей важности, известности, популярности, богатства, власти, гениальности, политического влияния и т. п.

Нарциссизм – черта характера, заключающаяся в исключительной самовлюбленности. Термин происходит из греческого мифа о Нарциссе, прекрасном молодом человеке, который отверг любовь нимфы Эхо. В наказание за это он был обречён влюбиться в собственное отражение в воде озера, и умер от этой любви.

В психологии чрезмерный нарциссизм рассматривают как расстройство личности. Слова «нарциссизм», «нарциссически» и «нарцисс» обычно используются в негативном значении, указывающем на тщеславие, самомнение, эгоизм или просто самовлюбленность, элитарность или безразличие к проблемам других людей. Многие себялюбцы могут похвастаться хорошим детством, они самоуверенны, сосредоточены на себе и абсолютно убеждены в своем превосходстве над другими. Несмотря на то что с ними трудно находиться рядом, они часто добиваются потрясающих успехов и выбиваются в большие начальники. Если человек горячо любит себя, считает себя важной и достойной персоной, ему гораздо легче завязывать отношения с людьми, брать на себя инициативу и лидерство, уверенно выступать перед публикой.

Совершив ошибку, самовлюбленный человек обвиняет в ней других, а в случае успеха приписывает все заслуги себе. В краткосрочной перспективе нарциссизм способен привести к успеху. А затем становятся очевидны недостат-

ки руководства, эгоизм, поверхностность взаимоотношений и неспособность воспринимать критику, а потому – неспособность извлекать уроки из своих ошибок.

Стиль жизни «люби себя, чихай на всех, и в жизни ждет тебя успех» ведет к одиночеству и бессмысленности бытия.

Как найти баланс, как иметь здоровую самооценку?

Человек, имеющий здоровую (адекватную) самооценку, знает как свои достоинства, так и недостатки, как свои возможности, так и свои ограничения. Он гибок в достижении поставленных целей, имеет трезвое отношение к успеху и неудачам, одобрению и неодобрению. Такому человеку легче жить на свете, он более энергичен, активен, общителен и оптимистичен. Он менее раним. Человек, обладающий здоровой самооценкой, способен быть самокритичным. Он может сам эффективно разрешать собственные внутренние конфликты, работать над собой и своими взаимоотношениями, исправлять недостатки своего характера, понимать свои ошибки и делать выводы. Он осознает связь между своими действиями и их последствиями.

Поэтому необходимо познавать себя и объективно оценивать свои достоинства и недостатки, свои силы и возможности. Принимать себя. Пытаться изменить то, что возможно изменить, и принять то, что изменить невозможно. Не сравнивать себя с другими людьми, ведь у каждого из нас свое особое предназначение, к тому же мы склонны сравнивать наилучшее, что нам показывают другие, с наихудшим, что мы знаем о себе. Проживая жизнь, надо учитывать чувства и интересы других людей, а не только свои. Учиться быть довольным и благодарным. Помнить о людях вокруг, смотреть на свои поступки со стороны. Быть скромнее. Помогать нуждающимся, тем, кто находится в худшем положении, а не заниматься эгоистичным самосозерцанием. Беречься сребролюбия. Думать о вечных ценностях. Что я оставляю после себя? Вспомнит ли кто меня, и что обо мне будут говорить после того, как я уйду в мир иной? Стал ли мир лучше от того, что я в нем был? Понял ли я и выполнил ли свое жизненное предназначение?

Говорят, величие человека измеряется не степенью его уверенности в себе, а числом людей, которые в него поверили.

Нам дан драгоценный дар жизни. Давайте проживем ее гармонично и достойно, не забывая ценить себя и ценить других!



Мудрецы Востока говорят:

«То, что ты отдал другим, останется с тобой навеки, а то, что ты оставил себе, навеки потеряно».

Our attitude to ourself affects all areas of life. How to find balance with lack of love and non-acceptance of yourself on one hand and narcissism and selfishness on the other? Adequate self-esteem is the key to a harmony.

Адамның өзіне қарауы оның өмірінің барлық салаларына әсер етеді. Өзі үшін махаббатсыздық пен өзіңді қабылдау және нарциссизм мен өзімілдік аралығындағы балансты қалай табуымыз керек? Өзін-өзі баалау үйлесімді басты себебі

Нити красоты и молодости

Все больше и больше волнует людей проблема продления молодости. И все многообразнее различные технологии и методы современной косметологии. Среди них – контурная пластика пропиленовыми нитями, пришедшая на смену хирургическим операциям по подтяжке лица. Этот метод позволяет без особой травматизации подтянуть «уставшие» брови, уголки губ, разгладить нежелательные морщинки на лбу, переносице, уменьшить носогубные складки, улучшить линию подбородка. Рассказывает Наталья СКУРИХИНА, директор центра косметической коррекции и омоложения.

Если рассматривать патогенетически процесс фотостарения, то мы увидим, что процессы увядания затрагивают все три слоя кожи: эпидермис, который отвечает за цвет, текстуру и морщинистость кожи, дерму, определяющую тонус и цвет кожи, и гиподерму, которая моделирует маску лица. В процессе фотостарения все три слоя подвергаются деградации. Это происходит в основном на биохимическом

уровне. Поэтому в борьбе с этим видом деградации мы можем использовать биохимические методики воздействия, такие как пилинги различной глубины, программы химического лифтинга и глубокого увлажнения, методы мезотерапии. При грамотном ведении пациента с помощью современных биохимических методик можно достигнуть очень хороших результатов. Но впечатляющие результаты достижимы только при работе с подкожно-жировой клетчаткой. Проблема заключается в том, что на этот уровень кожи в первую очередь действует гравитационный птоз. Это физическая сила, под воздействием которой кожный лоскут нашего лица со временем начинает опускаться, придавая лицу маску усталости и недовольства. Поэтому в 40 – 45 лет, даже имея кожу без морщин с хорошим тонусом, вы все равно будете иметь уставший грустный вид, который указывает на груз прожитых лет. В борьбе с силой земного притяжения химия не имеет успеха.

До недавнего времени самым реальным способом поднятия опустившихся тканей являлась пластическая операция. Но, к сожалению, этот способ имеет достаточно противопоказаний, включает в себя общий наркоз, а при тяжелых лицах с толстой кожей не дает выраженного эффекта, и очень часто нарушает архитектонику лица (лицо становится не родным). Довольно длительный реабилитационный период после операции привносит свои морально-эстетические трудности.

В настоящее время во всем мире разрабатываются методы нитевых подтяжек, которые являются малоинвазивными, хотя и имплантируются в более глубокие ткани на уровень подкожно-жировой клетчатки, поскольку этот слой кожи сильнее всего подвержен гравитационному птозу. В качестве шовного материала используется медицинский полипропилен, который является не биологическим и иммунотолерантным и используется в хирургии уже несколько десятилетий.

Во Франции полипропиленовые нити называют связками красоты, так как, закрепляя подкожно-жировую клетчатку вместе с соединительнотканной стромой в трехмерном пространстве (благодаря насечкам на пропиленовой нити), они образуют каркас, который сохраняет пропорциональность всех мягких тканей и удерживает их от релаксации и птоза длительное время. Эти нити обладают не только реставрирующими, но и профилактическими свойствами.

Процедура проводится в условиях перевязочной комнаты или малой операционной. После сбора анамнеза пациенту наносится разметка линий, соответствующая расположению нитей в подкожно-жировом матриксе. После разметки пациенту проводится местная анестезия по линиям введения нитей, после чего под кожу на уровень гиподермы и вводится канюля, имеющая притупленный конец. Благодаря этому риск разрыва и повреждения крупных сосудов и нервных стволов сведен к минимуму, а также к минимуму сведен риск зацепки нитями дермы, в случае которой на коже образуются дермальные затяжки, прида-

вая лицу неровность. По ходу канюлей вводится нить с достаточно крепкими полипропиленовыми насечками. Эти насечки, при освобождении от канюли, крепко насаживаются на подкожно-жировую ткань и в дальнейшем при натяжении нитей поднимают опущенный жир по всем трем направлениям X, Y, Z. В заключение концы нитей срезаются и утапливаются в коже, а второй конец оказывается фиксированным в лицевом апоневрозе или фасции. Такое расположение нитей не мешает мимическим движениям.

Натяжение по оси Y свойственно в основном бразильским нитям, поэтому очень эффективно они проявляют себя на возрастных лицах – особенно при тяжелых лицах с толстой кожей. Операция длится в течение 40 – 50 минут, после чего клиент своим ходом может следовать домой. Период реабилитации зависит от индивидуальных особенностей организма и, как правило, длится от 3 до 10 дней. Первичный результат виден сразу после имплантации нитями и нарастает в течение 6 – 9 месяцев по мере усадки жировой ткани и сокращения дермального матрикса.

Хочется отметить, что чем меньше растянута кожа под воздействием жирового птоза, тем идеальнее будет результат. Поэтому самый рекомендуемый возраст для достижения идеального результата – 38 – 48 лет. Противопоказаний к этому виду лифтинга нет, за исключением очень редких, тяжелых заболеваний. Послеоперационный уход не представляет больших трудностей. Как правило, после 3 – 5 дней пациенту проводится процедура, способствующая более быстрой усадке, выравниванию рельефа и осветлению кожи. Эффект держится примерно 5 – 10 лет, после чего можно добавлять новые нити. Желаящие подтянуть дермальный матрикс при перерастяжке кожи в дальнейшем могут сделать облегченную хирургическую подтяжку.



Discover Kazakhstan

Конкурс эссе «Discover Kazakhstan» («Открой для себя Казахстан») был инициирован АОО «Назарбаев Интеллектуальные школы». Он проводился среди учащихся общеобразовательных школ Казахстана и учащихся 7-11 классов Назарбаев Интеллектуальных школ. Работы в виде сочинений на английском языке принимались в период с 15 октября по 15 ноября 2011 года. В целом поступило 329 эссе со всех регионов страны, из которых к конкурсу были допущены 102 сочинения. Каждая работа содержала индивидуальный и неповторимый стиль автора. Ребята в своих сочинениях рассказывали о родной стране, об ее уникальных местах, достопримечательностях, культуре, традициях и многом другом. В ближайшем будущем все эссе будут объединены в большой сборник, читателями которого станут иностранные школьники. Таким образом, казахстанские школьники расскажут своим зарубежным сверстникам о своей Родине – Республике Казахстан посредством международного английского языка.

По итогам конкурса, комиссия определила обладателей гран-при и первых трех призовых мест.

8 декабря 2011 года в Назарбаев Интеллектуальной школе физико-математического направления г. Астаны состоялась церемония награждения победителей и лауреатов конкурса эссе - 20 лучших авторов получили дипломы и 20 ценных призов к 20-летию Независимости.

Победители конкурса приобрели уникальную возможность опубликовать свои работы в журнале «KAZENERGY».

В первом номере журнала в 2012 году мы рады презентовать вам сочинение, занявшее 1-ое место, Ербола Ахметова, ученика 11 класса Назарбаев Интеллектуальной школы физико-математического направления г.Астана.

*Уважаемые читатели!
Редакция журнала «МЕДИ-
КЕР» совместно с АОО «На-
зарбаев Интеллектуальные
школы» начинает серию пу-
бликаций 20 лучших сочи-
нений на английском язы-
ке по итогам конкурса эссе
«Discover Kazakhstan» («От-
крой для себя Казахстан»)*

Why I love Kazakhstan

Nowadays, there are more than two hundred countries in the world. Everyone has their own motherland. As other people love their country, I love my homeland – my Kazakhstan. I have lots of reasons to say so. Namely, our culture, our stable economics, and my childhood are the main points, which make me brag.

To begin with, I would like to say that the main pride of the nation is its traditions. Kazakhstan is the country which has wide customs, ethnical music, and traditional games. There is no doubt that most traditions are connected with a history. Since ancient times, Kazakh were good at riding on horses. It's because Kazakh lifestyle at that time was nomadic. If you are keen on riding on horses, you should come to Kazakhstan in March. It's because our nation celebrates our New Year on the 22nd of March, so you can participate in horse racing which is called "Kokpar", or just ride on horses. I've never taken part in "Kokpar"; however I know that it's a great experience to watch it. Moreover, on that day everybody becomes more friendly than they usually are, and enemies forgive each other. All streets are vibrant. People, watching traditional games and concerts, amble outside. That is a moment of the year I like the most. Because I can put off all my urgent work in order to meet with my friends. Furthermore, it's a time when national music sounds everywhere. Since I lay in the cot, I've been listening to Kazakh music, which is played with "Dombira", our national musical instrument. Today when I listen to that music, my heart flutters, I recall the certain moments of my life, especially me childhood.

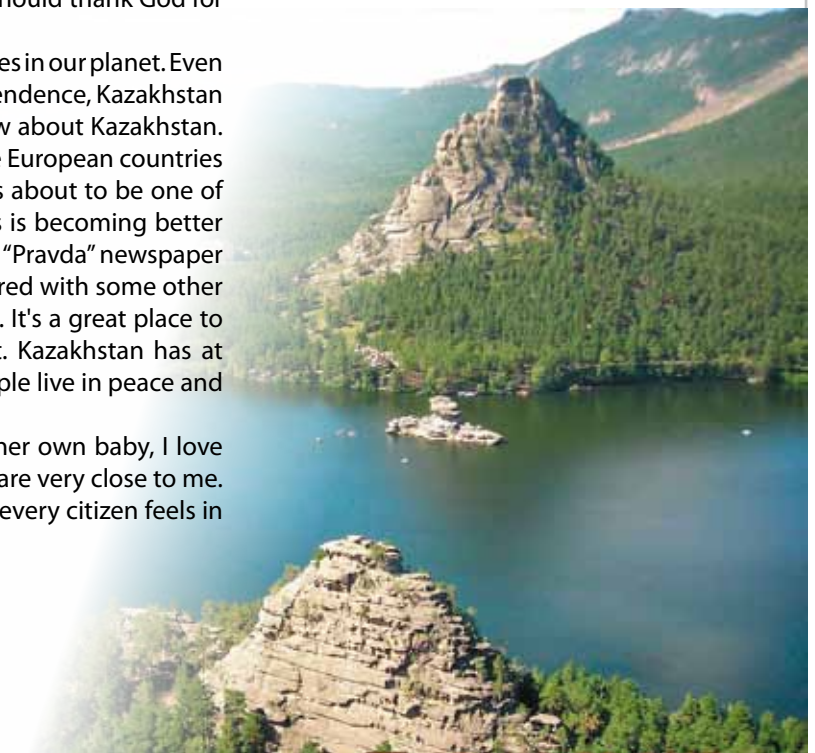
Secondly, I was born here, for the first time went to school, fell in love with a girl, and all my ancestors used to live in Kazakhstan. I have a bittersweet memory of my childhood. I was born in the village. I remember a picturesque landscape around my hometown. A mountain with a permanent fog around it, cool lake with fresh pure water, always green spruce forest, and secluded beaches used to inspire me to draw the scenery. I used to like running on a vast valley from hills to hills. Once my father told me that there was a mine of gold under the village. Subsequently, I realized that I should thank God for creating such an awesome place.

Finally, Kazakhstan is one of the rapidly developing countries in our planet. Even though it's only 20 years passed since we obtained independence, Kazakhstan reached the most of its goals. 10 years ago, nobody knew about Kazakhstan. However, nowadays the bulk of Asian countries and some European countries collaborate with our country. In the future our country is about to be one of the well developed countries. The welfare of the citizens is becoming better and better from year to year. For instance, I read from the "Pravda" newspaper that Kazakhstan has a low rate of unemployment compared with some other countries of CIS (Commonwealth of Independent States). It's a great place to live in, it's because there isn't any international conflict. Kazakhstan has at least two hundred ethnicities. Despite of that fact all people live in peace and consent. Our stable economics make the country thrive.

I would like to conclude by saying that as mother likes her own baby, I love my motherland as well. The nature, people, and customs are very close to me. I admire my mother tongue, culture, and country. I think every citizen feels in the same way as me!



*Yerbol Akhmetov
Grade 11
Nazarbayev Intellectual School
of Physics and Mathematics,
Astana*



БАХЫТ САРСЕКБАЕВ:

«Привык все доказывать делом»

Владимир Глазунов



В карьере каждого спортсмена вершиной является покорение олимпийских высот. Но, к сожалению, добраться до этой самой вершины не каждому под силу. Собеседник журнала «Медикер» имеет за плечами не только викторию на главных стартах четырехлетия – Бахыт Сарсекбаев наряду с другими выдающимися отечественными боксерами по праву считается одним из символов современного казахстанского спорта.

– Бахыт, на ваш взгляд, какой вид спорта самый травмоопасный?

– Все виды спорта травмоопасные, тем более виды единоборств. Если вы имеете в виду бокс, то, конечно, наш вид спорта – это не балет, в боксе случаются травмы, те же рассечки, вывихи, есть и другие категории травм. Я считаю, бокс – это сугубо мужской вид спорта, и это наука, исследующая человека на прочность. А вообще бокс хороший вид спорта, он учит защищать себя, самообороняться и воспитывает много полезных качеств. Например, формирует характер. Самоконтролем ведь тоже нужно уметь управлять.

– Говоря о самоконтроле, наверняка имеете в виду физический. А что касается психологического, эмоционального?

– Это в первую очередь! Перед важным боем тебе никто не сможет заглянуть в душу, и соответственно, никто не знает твоего душевного состояния, кроме тебя самого. Все зависит от того, как ты сам себя настроишь, подготовишься в первую очередь психологически, именно это и станет определяющим фактором. Самоуверенность тоже плохо может обернуться. Бывает и такое – выходишь на ринг самоуверенным в победу, а на деле получается об-

ратное, так что это тоже может сыграть злую шутку. Не буду говорить за остальных, лично для меня настрой на поединок играет не последнюю роль. Чтобы выигрывать, мне необходимо быть готовым морально. Морально-волевые качества – это один из основных аспектов не только в боксе, в любом другом виде спорта, да и в жизни без этого никуда.

– Вы опытный спортсмен. За вашими плечами победы на многих крупных стартах, в числе которых Олимпийские и Азиатские игры, континентальные первенства и ряд других значимых стартов. Как вам удавалось постоянно быть в тонусе? В смысле тонусе победителя?

– Холодная голова и горячее сердце (смеется). В любительском боксе соревнования длятся более недели, и перед каждым конкретным боем ставишь перед собой цель – быть лучше и сильнее на голову противника. К счастью, мне это удавалось. Нужно ставить цель не на весь турнир, а на ближайший поединок. Если преждевременно начинаешь думать о финале, не пройдя даже предварительного этапа, это чревато поражением уже на ранней стадии. Не знаю, кто как, а я лично следую принципам последовательности, на мой взгляд, так эффективнее.

– Когда регулярно побеждаешь на ринге, что приходит на ум? Что так и будет продолжаться?

– (Смеется.) Если бы. У нас ведь вечный бой: то с соперниками, то с травмами, то с околобоксерскими интригами... Помню, готовился к важному соревнованию – чемпионату Азии, а на тренировке – пробежке по стадиону – подвернул ногу и получил вывих. И что бы вы посоветовали делать? Вот так и поехал с больной ногой на первенство Азии и выиграл его! Не нужно думать, что будет, если не так ударю, если травма усугубится, подобные мысли нужно сразу выкидывать из головы. А вообще хочу сказать, что каждый поединок отнимает много сил и энергии: чтобы выиграть турнир, нужно выкладываться на все 200 процентов! Со вкусом победы все травмы и болячки отходят на второй план...

– Травмы – дело не совсем приятное, чтобы от них избавиться, их необходимо лечить. Как в Казахстане обстоит дело со спортивной медициной?

– На этот вопрос отвечу прямо: спортивная медицина в нашей стране – незаполненная ниша. С той же Россией сравнить нельзя. В последнее время дело сдвигается с мертвой точки – хоть на учебно-тренировочные

сборы команды стали возить с собой массажистов, врачей. В современном спорте это важные единицы. Реабилитационный период отнимает немало времени, а когда рядом находится специалист, то и времени на восстановление потребуется меньше. К примеру, в боксе после проведенного боя или же после изнурительной тренировки мышцы «закисяются» (забиваются молочной кислотой), а к следующей встрече ты должен быть хорошо подготовлен. В данном случае массаж просто жизненно необходим, он приводит мышцы в тонус.

Раньше с нами на турниры не выезжал медицинский персонал, мы все необходимое с собой брали, в том числе и аптечки. Даже помню, самому себе приходилось ставить уколы...

– Бахыт, а как ваши родители реагировали на полученные вами травмы?

– А я практически никогда не говорил своим родителям, что получил травму. Зачем лишний раз расстраивать самых родных и близких?! Повторюсь, бокс – это мужской вид спорта, и если ты туда пришел, нужно до конца оставаться мужчиной.

– Есть категория спортсменов, которые при определенных травмах (далеко не тех, что способствуют завершению карьеры) заканчивают выступление на высоком уровне. С вами подобное случалось?

– Да, бывают такие травмы. Например, позвоночная грыжа. Она просто вынуждает оставить большой спорт. У меня вызывает огромное сожаление и разочарование, когда сильный спортсмен, способный завоевать награды на самых крупных стартах, попадает в аналогичную ситуацию. Например, чемпион мира 2005 года по боксу Ердос Джанабергенов. Если бы не его травма, он мог бы достичь еще больших успехов в спорте высших достижений. От этого никто не застрахован... К счастью, со мной подобного не случилось.

– Любительский бокс и профессиональный – это два



разных вида спорта. Вам какой по душе?

– Однозначно ответить на этот вопрос сложно. Каждый по-своему привлекателен. В профи боксируешь без шлема и в других перчатках (более жестких), да и формат боев там совершенно другой, нежели в любительском. Если судить чисто со спортивной точки зрения, то, конечно, по душе любительский, поскольку Олимпиада – это самый важный турнир в карьере, наверное, каждого спортсмена. Профессиональный бокс – это в первую очередь материальная сторона. Мне кажется, в профи даже намного легче боксировать, нежели в любителях. Спросите, почему? В профи ты ведешь целенаправленную подготовку к одному сопернику, то есть в процессе подготовки можешь изучить манеру ведения боя оппонента, тогда как в олимпийском боксе все совершенно иначе. В среднем на турнире нужно провести пять-шесть встреч, и у каждого противника манера боя разная, к каждому нужен разный подход. После Олимпийских игр в Пекине я не выступал три года, и когда мне поступило предложение от «Астана Арланс», я не сразу согласился, если помните, в первый год существования проекта Всемирной серии бокса никто не рвался участвовать в нем. Меня попросили помочь, чтобы я повел команду, был ее лидером... В принципе я ни о чем не жалею.

– У вас не возникает желания поработать тренером? Пере-

дать свои знания и накопленный богатый опыт молодым спортсменам?

– Такие мысли есть, но почему-то у нас так думают: прославленные спортсмены не всегда могут стать наставниками. Если у кого-то когда-то не получилось, это не значит, что титулованные боксеры не могут тренировать. Теоретики пусть занимаются теорией, у меня лучше получается на практике. Не люблю много говорить, привык все доказывать делом. Для меня финансовая сторона – не главное, главное чтобы отношение было подходящим. Скажу больше, для меня понятие «қазақтың намысы» не пустой звук, если многие думают, что все можно купить, то глубоко ошибаются. Есть вещи, через которые нельзя переступить. Наша земля богата не только минеральными ресурсами, мы богаты в первую очередь духом предков!

– Бахыт, номер нашего журнала выйдет в преддверии самого замечательного и самого любимого для женщин праздника – 8 Марта. Скажите, приемлем ли бокс для представительниц прекрасного пола?

– Пусть на меня не обижаются наши великолепные и самые очаровательные дамы, я считаю, что нет. Бокс – это мужской вид спорта. Девушка при любых обстоятельствах должна оставаться женственной. Девочкам больше подходят занятия балными танцами, гимнастикой, много есть видов спорта, где девушка будет выглядеть королевой. В боксе, к сожалению, она так не выглядит. Это чисто мое мнение! А так, каким бы видом спорта ни занимались казахстанские девушки, они есть и будут самыми красивыми и самыми лучшими. Желаю всем крепкого здоровья, отличного настроения и бодрости духа!

– Спасибо за интересную беседу! Вам тоже всего самого наилучшего!



Медицинский центр «Медикер-Алматы»
г. Алматы, микрорайон Орбита, 2, ул. Навои, 310
тел.: +7 (727) 259-73-95, 259-73-96, 380-98-77
эл. адрес: mc_almaty@medicare.kz

Медицинский центр «Медикер-Астана»
г. Астана, ул. Кабанбай батыра, 17, блок «Б»
тел. +7 (7172) 979-820, 979-821, 979-822
эл.адрес: registratura.mc@medicare.kz

Врачебная амбулатория «Медикер-Астана»
г. Астана, пос. Караоткель, 3, шоссе Кургальджинское, д. 4/2
тел. +7 (7172) 901-954
эл. адрес: china.mc@medicare.kz

Педиатрический центр «Медикер-Астана»
г. Астана, ул. Ташенова, 20
тел. +7 (7172) 580-082, 580-083
эл. адрес: registratura.pmc@medicare.kz

Многопрофильный медицинский центр «Медикер-Атырау»
г. Атырау, ул. Севастопольская, 10А
тел.: +7 (7122) 465-302, 465-220 доб. 100 или 101
эл. адрес: atyrau@medicare.kz

Медицинский центр «Медикер-Өскемен»
г. Усть-Каменгорск, пр. Абая, 102,
тел.: +7 (7232) 298-505, 298-506
эл. адрес: zav.mc.uk@medicare.kz

Многопрофильный медицинский центр «Мунайшы-Медикер»
г. Жанаозен, Промзона,
тел. +7 (72934) 64- 970
эл. адрес: zhanaozen@medicare.kz

Медико-реабилитационный центр «Кендири»
Мангистауская область, Каракиянский район, с. Курык, местность «Кендири»
тел.: +7 (72934) 92-700, 92-701
эл. адрес: kinderli.mrc@medicare.kz

Лечение в Германии

Университетская клиника г. Фрайбург, Германия
Центр международных медицинских услуг (IMS)



Университетская клиника г. Фрайбург – это многопрофильная клиника, в состав которой входят 14 специализированных клиник, 5 институтов, 5 центров и самые современные лаборатории. Клиника является одним из крупнейших медицинских учреждений Европы, где ежегодно лечатся около 58.000 пациентов стационарно и 380.000 амбулаторно.

В состав клиники входит «Центр международных медицинских услуг», куда Вы можете обратиться на русском языке!

Спектр наших услуг:

- Обследования всего организма по программам Check-up
- Лечение: онкология, урология, гинекология, общая хирургия, ЛОР, нейрохирургия, кардиохирургия, эндокринология ...
- Заочная консультация: услуга «второе мнение»
- Телемедицинские консультации
- Обучение медицинского персонала

Телефоны (по-русски):

+49 761 270 18370

+49 761 270 84240

+49 761 270 84390

+49 761 270 84520

Факс:

+49 761 270 19310

Электронная почта:

info-ims@uniklinik-freiburg.de

Интернет-страница:

www.uniklinik-freiburg.de

А знаете ли Вы, что :

Фрайбургский Онкоцентр входит в четверку лучших в Германии?
во Фрайбургском Университете учились и работали 8 лауреатов Нобелевской премии?
Фрайбургский Кардиоцентр – один из самых крупных в Европе?