

Агрессия в классе, опасные соблазны, компьютерная зависимость. Как защитить психику школьника? → стр. 6



Прививки:
обязательная
программа
→ стр. 4



Как теперь
платят
по больничным
→ стр. 7



Стоит ли
лечиться
грибами
→ стр. 8

ОДНО ЗДОРОВЬЕ

314 тыс.

пациентов получают в 2011 году
высокотехнологичную медицинскую
ПОМОЩЬ из них 55 тыс. — дети

№ 9 (сентябрь, 2011) Газета издается при информационной поддержке
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

«Мы будем улучшать качество школьных медосмотров»

Как совершенствуется школьное здравоохранение и за чем должны следить родители ученика, «ОЗ» рассказал директор Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН Владислав Кучма.

Беседавал Иван Александров

— Как вы оцениваете систему здравоохранения в школах? Что можно считать удачным, а что еще предстоит сделать?

— У нас прекрасная, уникальная система, которой завидуют многие европейские страны. У нас школьный врач — это всегда педиатр, прошедший соответствующую подготовку. С ним в паре работает медицинская сестра. В странах ближнего зарубежья и в Европе часто в школе работает врач по специальности «общественное здоровье» или «семейный доктор» — его не готовили специально для работы с детьми. Наличие врачей в школе позволяет нам, например, охватить практически всех детей вакцинацией, этот вопрос решен на государственном уровне. Но система создавалась 30–40 лет назад, и она нуждается в постоянном совершенствовании. Например, ставки школьных врачей есть только в населенных пунктах, где свыше 25 тыс. жителей, ученики школ во всех остальных населенных пунктах обслуживаются участковыми педиатрами. Сейчас принято решение, что система школьного здравоохранения должна распространиться на все школы вне зависимости от того, находятся они в большом городе или маленьком селе. Другой вопрос, как это организовать, как создать рабочее место школьного врача в сельской школе.

Кроме того, нынешний норматив предусматривает, что на 1,2 тыс. детей должен приходиться один школьный врач. Сейчас прорабатывается вопрос о снижении этого норматива.

Есть вопросы и по оплате труда школьных врачей. Она должна быть, конечно, существенно повышена. Иначе получается, что работа школьным врачом — это заслуженная пенсия для педиатров. Вот человек всю жизнь работал педиатром, но больше не может бегать по участку — и идет в школу. Это хорошие специалисты, но их десятилетиями никто не переучивал, они отстали от жизни. А врачи в школе должны не только проводить вакцинацию и организовывать медосмотры. Они должны выявлять факторы риска развития заболеваний, обусловленных учебной в школе. Врачу нужно уметь дать рекомендации и родителям, и учителям, проинформировать поликлинику. Он должен быть готов к оказанию помощи при травмах во время занятий спортом.

— Каково состояние школьных медкабинетов?

— В 60% случаев они полностью соответствуют всем требованиям Роспотребнадзора. Это значит, что в школе есть кабинет врача, процедурная, изолятор, комната психолога — целый комплекс.

Начало. Окончание на стр. 3

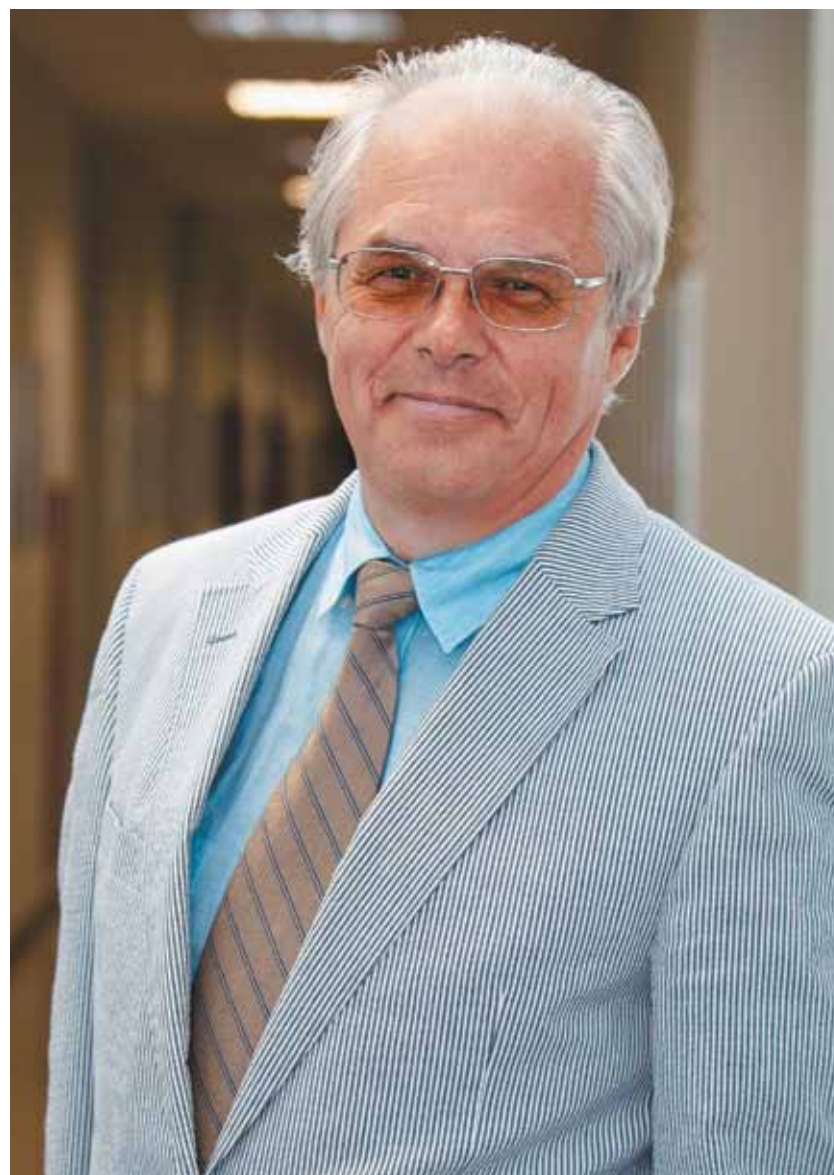
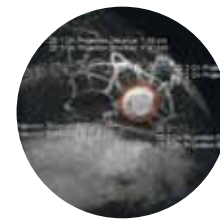


Фото: Алексей Морозов

За два года по уникальной и единственной пока в России методике прооперировано 25 пациенток — и пока не зафиксировано ни одного случая рецидива рака груди



Добровольцы «Под флагом Добра!»

В Федеральном детском оздоровительно-образовательном центре «Смена» (Краснодарский край) прошел Всероссийский молодежный форум волонтерского движения.



Волонтеры проходят специальные тренинги по психологии и медицине, уходу за детьми

Форум проходил в рамках Всероссийской благотворительной акции «Под флагом Добра!» и работы одноименного фонда. Благотворительный фонд собирает крупные суммы на оперативное и высокотехнологичное лечение, организует проезд больным детям и их родителям, проводит благотворительные футбольные матчи и концерты звезд эстрады. Он объединил множество известных политиков, артистов, спортсменов, журналистов.

Волонтеры обучались по специальной образовательной программе, которая содержит конкретные рекомендации по оказанию практической помощи и по социальной поддержке детей от года до четырех лет — воспитанников домов ребенка, оставшихся без родителей. Ежедневно с ребятами занимались преподаватели, проводились практические тренинги

по психологии и медицине, уходу за больными детьми.

Известно, что в нашей стране дети-сироты с момента рождения до четырех лет воспитываются в домах ребенка. Сейчас в России около 250 таких учреждений, в которых почти 20 тыс. сирот. В основном это так называемые социальные сироты, брошенные малыши, изъятые из асоциальных семей. Почти у всех наблюдаются серьезные проблемы со здоровьем. С ними занимаются педагоги, логопеды, медицинские работники — а волонтеры им помогают. И помогают малышам познавать большой мир.

Принимая во внимание особую социальную значимость этой деятельности и необходимость обмена уже накопленным в разных регионах опытом, было принято решение об организации Всероссийского молодежного форума волонтер-

ского движения. Инициатива была поддержана Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Министерством спорта, туризма и молодежной политики РФ, Министерством образования и науки РФ.

Программа форума составлена очень плотно: семинары, доклады, презентации, тренинги. Каждый день — обязательная утренняя зарядка по новейшим методикам (о специальной зарядке для малышей ребятам рассказывали специалисты). Занятия учитывают специфику жизни и условия воспитания детей в интернатных учреждениях, особенности состояния их здоровья и развития, включают пропаганду здорового образа жизни и воспитание чувства милосердия к детям-инвалидам.

Занятия и лекции были бы интересны не только волонтерам: «Возможные пути развития благотворительности в России», «Трудная жизненная ситуация — что это?», «Традиции помощи детям-сиротам в России», «Особенности развития детей раннего возраста и уход за здоровыми и больными детьми», «О воспитании мужского менталитета» и много других любопытных тем. Генеральным партнером фонда «Под флагом Добра!» является крупнейшее в России предприятие медицинской биотехнологической промышленности — НПО «Микроген».

Выступая перед волонтерами в первый день работы форума, исполнительный директор НОБФ «Под флагом Добра!», руководитель благотворительной программы Наталья Давыдова отметила: «В начале года к нам пришли 30 первых волонтеров, в июне помогли уже 250 человек. Мы оказались вместе, потому что эти молодые люди полны энтузиазма, они готовы дарить малышам яркие краски жизни, дарить радость. Нужно больше полагаться на стихию наших сердец. Тогда мы поймем, насколько тесно связаны друг с другом».

Опухоль удалить, орган сохранить

Новую методику борьбы с раком молочной железы разработали в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава-соцразвития России. Специалисты центра теперь имеют возможность удалять опухоли, сохраняя пораженный болезнью орган, благодаря способу диагностики, который они называют проведением операции до операции. Суть его в следующем: после магниторезонансной томографии компьютер с точностью до миллиметра строит сложнейшую трехмерную модель опухоли, и специальным аппаратом пикопроектором модель переносится на ткань молочной железы, обрисовывая картинку, с которой пациентка идет на операцию.

«Метод применим для первой и второй стадий рака, — поясняет заведующая отделением патологии молочной железы Лечебно-реабилитационного центра Минздрава-соцразвития Юлия Подберезина. — Трехмерная модель позволяет исследовать опухоль по площади, объему, рассчитать ее края и отступы в здоровые ткани, определить, где должен пройти по чистой ткани скальпель хирурга. Задача врача заключается в том, чтобы минимально удалить ткани, максимально сохранив железу и не оставив при этом ни одной раковой клетки».

Таким образом, успеху лечения способствует точная диагностика. «У нас появилась возможность улучшить эффективность оперативного лечения, поскольку метод позволяет более радикально исследовать опухоль. Если есть дополнительные очаги, мы их можем видеть и своевременно удалить. Это улучшает результаты хирургического лечения», — говорит руководитель Центра лучевой диагностики Лечебно-реабилитационного центра Минздрава-соцразвития Валентин Сеницын.

За два года по уникальной и единственной пока в России методике прооперировано 25 пациенток — и пока не зафиксировано ни одного случая рецидива. Однако, по словам специалистов центра, масштабные исследования результатов лечения с использованием новой методики еще впереди.

Актуальность развития направления подтверждает статистика: в России рак молочной железы занимает первое место по распространенности и смертности среди всех случаев онкологии у женщин. Уровень заболеваемости раком молочной железы составляет 65 случаев на 100 тыс. женщин. В Москве и Санкт-Петербурге показатель заболеваемости этим видом рака значительно выше.

Высокотехнологичная медицина все доступнее

В 2011 году сложные виды помощи будут оказаны 314 тыс. пациентов, из них 55 тыс. — дети.

Количество пациентов, которым за счет госбюджета оказываются высокотехнологичные медицинские услуги, растет год от года. В 2010-м таких было 290 тыс. человек, а в 2005-м — только 60 тыс. пациентов.

С 2005 года финансирование высокотехнологичной медпомощи (ВМП) из федерального бюджета выросло более чем в 4 раза — с 9,5 млрд до 42,2 млрд руб. в 2011 году.

Растут и средние расходы на лечение одного больного, сегодня они составляют 138 тыс. руб. против 74 тыс. руб. в 2006 году.

К высокотехнологичным видам относятся вмешательства с применением сложных и уникальных медицинских технологий. Это в первую очередь операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных за-

болеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургические вмешательства высокой степени сложности.

ВМП по закону можно получить за счет средств как федерального, так и региональных бюджетов. В федеральном бюджете предусмотрены субсидии регионам на оказание ВМП в областных медучреждениях. Так, в 2011 году субсидии на общую сумму 4,5 млрд руб. направлены 55 регионам.

Формированием потоков больных, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, занимаются регионы. Именно на местах врачебные комиссии принимают решение о необходимости направления больного в региональный или федеральный медицинский центр.

В большинстве случаев ВМП — это плановая медицинская помощь. Значи-

тельно сократить период ее ожидания наряду с увеличением объемов финансирования поможет строительство новых современных федеральных центров. В последнее время введены в эксплуатацию и оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии в Пензе, Астрахани, Хабаровске, Красноярске и Челябинске, Федеральный центр травматологии ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах, Федеральный центр нейрохирургии в Тюмени. Продолжается строительство федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в Перми и Калининграде, травматологии, ортопедии и эндопротезирования — в Смоленске и Барнауле, нейрохирургии — в Новосибирске. Эти центры должны начать прием больных в 2012 году.

«Нужно возродить стоматологические кабинеты, которые были в советских школах. Соответствующий приказ уже подписан, и мы будем их восстанавливать»

Владислав Кучма, директор Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков



Курить в общественных местах запретят

Согласно законопроекту «О защите здоровья населения от последствий потребления табака», разработанному Минздравсоцразвития, под общественными местами, в которых будет запрещено курение, понимаются пассажирские поезда и самолеты, общественный транспорт, образовательные, культурные и медицинские учреждения, подъезды жилых домов и рабочие места.

По данным Глобального опроса взрослого населения (GATS), проведенного Росстатом совместно с Всемирной организацией здравоохранения, в России курят 43,9 млн человек, при этом свыше 60% курильщиков хотели бы отказаться от курения. Подавляющее большинство населения страны поддерживает запрет на курение в общественных местах, а 82,5% россиян выступают за полный запрет рекламы табачных изделий.

По медстатистике, в структуре причин смертности в нашей стране болезни, связанные с табакокурением, составляют 17%. Ежегодно из-за болезней, вызванных курением, умирает 400 тыс. россиян.

«Присоединившись к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Россия подчеркнула приоритетность решения этой задачи для нашей страны», — говорит директор Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития РФ Марина Шевырева. Правительством утверждена Концепция госполитики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы, в результате которой, как ожидается, курильщиков среди россиян станет на 10–15% меньше.

Новый законопроект также устанавливает минимальные розничные цены на табачную продукцию, увеличивает долю акцизов в структуре цен на табачные изделия до 50%, запрещает табачным компаниям выступать в качестве спонсоров, в том числе осуществлять любые формы поддержки мероприятий в сфере образования, физкультуры, спорта, здравоохранения и культуры.

«Вместе с антитабачным законом мы планируем разработать подходы к лечению табачной зависимости», — говорит Марина Шевырева.

Минздравсоцразвития запустило интернет-сервис для обсуждения проекта закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» (<http://beztabaka2011.minzdravsoc.ru/>). Принять участие в обсуждении документа могут все желающие, наиболее конструктивные предложения будут учтены в дальнейшей работе над текстом.

Окончание. Начало на стр. 1

Директор Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Владислав Кучма — о системе школьного здравоохранения, уроках физкультуры, допустимом весе ранца, правильном питании и режиме дня учеников.

Но всегда есть вопросы по их оснащению. В соответствии с действующим законодательством сегодня покупать оборудование для медкабинетов должны сами школы. Но основная задача школы — учить. Денег не хватает иногда даже на образовательные пособия. Понятно, что директор думает о нуждах медкабинета в последнюю очередь. Эту ситуацию нужно изменить. Нужно также вернуться к практике организации стоматологических кабинетов, которые были в советских школах. Соответствующий приказ был подписан в 2009 году, в нем определены штатные нормативы и перечень оборудования. Только так можно обеспечить профилактику, а в ряде случаев и лечение. Врачу не надо будет ждать, когда мама приведет за руку ребенка, у которого уже почти не осталось здоровых зубов.

— Год назад в России появились Центры здоровья, в том числе и для детей. Они стали частью школьного здравоохранения?

— Такие центры ориентированы на выявление заболеваний на ранних стадиях, еще до развития выраженных симптомов. Кроме того, они нацелены на факторы риска — курение, употребление алкоголя, дают рекомендации по рациональному питанию, по двигательному режиму. В центре могут протестировать ребенка, а затем сказать, что ему нужно сделать, на что обратить внимание. Но обращаться туда сами, понятно, будут только самые активные родители. Сейчас мы разрабатываем методические рекомендации по взаимодействию Центров здоровья и образовательных учреждений. Центры могут вырабатывать предложения для конкретного образовательного учреждения по формированию здорового образа жизни. Как вариант такого взаимодействия сотрудники Центров здоровья могут выезжать в школы и там проводить обследования. Такая форма работы уже практикуется.

— Вы упомянули медосмотры. Как работает система?

— Вообще детей, согласно стандартам, осматривают десять раз в возрасте от трех лет до окончания школы. Система реально работает. И это наш большой плюс. Другой вопрос — качество осмотров. Врачу нужно время, чтобы определить болезнь на уровне функциональных расстройств, то есть когда она только начинается. У нас же, к сожалению, нередко за день проводится осмотр 400 детей, хотя практика показывает, что по настоящему осмотреть можно не более 100.

— Вы отмечали в своих выступлениях, что 75% детей к концу школы имеют нарушения здоровья. Чем чаще всего болеют школьники?

— Цифру вы привели правильную. Возникают плоскостопие, нарушения осанки, проблемы в нервно-психической сфере, нарушения работы опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, снижается острота зрения.

— Может быть, родителям не стоит уповать во всем на школу и следует самим вести ребенка к докторам?

— У нас, к сожалению, недостаточная медицинская культура у населения. Мамы обращаются в поликлинику только в ситуации, когда понимают, что уже невозможно оставить больного ребенка дома, то есть когда ситуация стала серьезной. И как только острая фаза болезни проходит, все рекомендации забываются. Только 25% родителей соблюдают советы врачей по длительному восстановлению. Так что нам не обойтись без системы постоянного наблюдения. Пока же все выглядит так: разговариваешь с мамой, у ребенка которой выявили сильную близорукость. Она говорит: раньше ребенок смотрел телевизор с дивана, но несколько лет назад начал смотреть со стула. Сказал, что ему так удобно. Она и не напряглась: удобно и удобно. А ребенок просто стал хуже видеть, но он себе отчета не отдает в этом!

— Что все-таки должен делать ответственный родитель?

— Нужно следить, чтобы ребенок имел достаточную физическую активность, правильно питался и не испытывал чрезмерных нагрузок.

— Вот с нагрузок и начнем — в прямом смысле. Какие требования по весу портфеля?

— Техническими регламентами предписаны ранцы весом не более 1 кг. Для первоклассников мы рекомендуем даже где-то грамм 600. Обязательно так называемая формирующая спина. Лямки шириной 4,5 см. И надо следить, чтобы не получилось так: в понедельник положили три книги, во вторник добавили еще одну, в среду — еще две, и в пятницу он несет весь комплект учебников.

— А что касается умственных нагрузок? Многие жалуются на то, что школьники получают огромное количество домашних заданий.

— Есть опять же нормативы. Четко записано: в первом классе в первые полгода вообще нет никаких домашних заданий, во втором полугодии дети могут заниматься домашними уроками один час. В третьем, четвертом классах домашнюю работу делают два часа, старшекласники — до трех с половиной часов. Мне кажется, родители должны быть заинтересованы, чтобы ребенок не перегружался, стоя на страже его здоровья.

— Вы упомянули о питании. Здесь какие советы?

— Родителям следует обращать на это особое внимание. Ребенок в школе находится шесть-восемь часов. До 60% детей у нас приходят в школу, не позавтракав. Поэтому в школе они обязательно должны есть. На это нужно тратить деньги и интересоваться в школе: «А как у вас организовано питание? Чем вы кормите наших детей?» Стеснение здесь неуместно. И если вы видите, что питание нормальное, не жалейте на это денег. Перерыв между приемами пищи у ребенка должен быть не более четырех с половиной часов. Если школьная столовая не очень или ребенку нужен отдельный рацион, давайте ему еду с собой.

— В последнее время много спорят об уроках физкультуры, есть даже мнение, что они не нужны.

— Сейчас норматив — минимум три урока физической культуры в неделю. Но эти три урока однозначно не покрывают естественную потребность детей в движении. А двигательная активность — объективное условие, которое обеспечивает нормальное развитие ребенка. Уроки физкультуры просто необходимы! Ребенок выполняет комплексы упражнений, которые десятилетиями доказывали свою эффективность. В разные периоды жизни ему нужно развивать разные группы мышц, точность, гибкость. Вести занятия должны профессионалы, знающие, какие и когда детям давать нагрузки, в каком ритме и в какой форме. Поэтому нельзя, чтобы ребенок занимался только в одной какой-то секции.

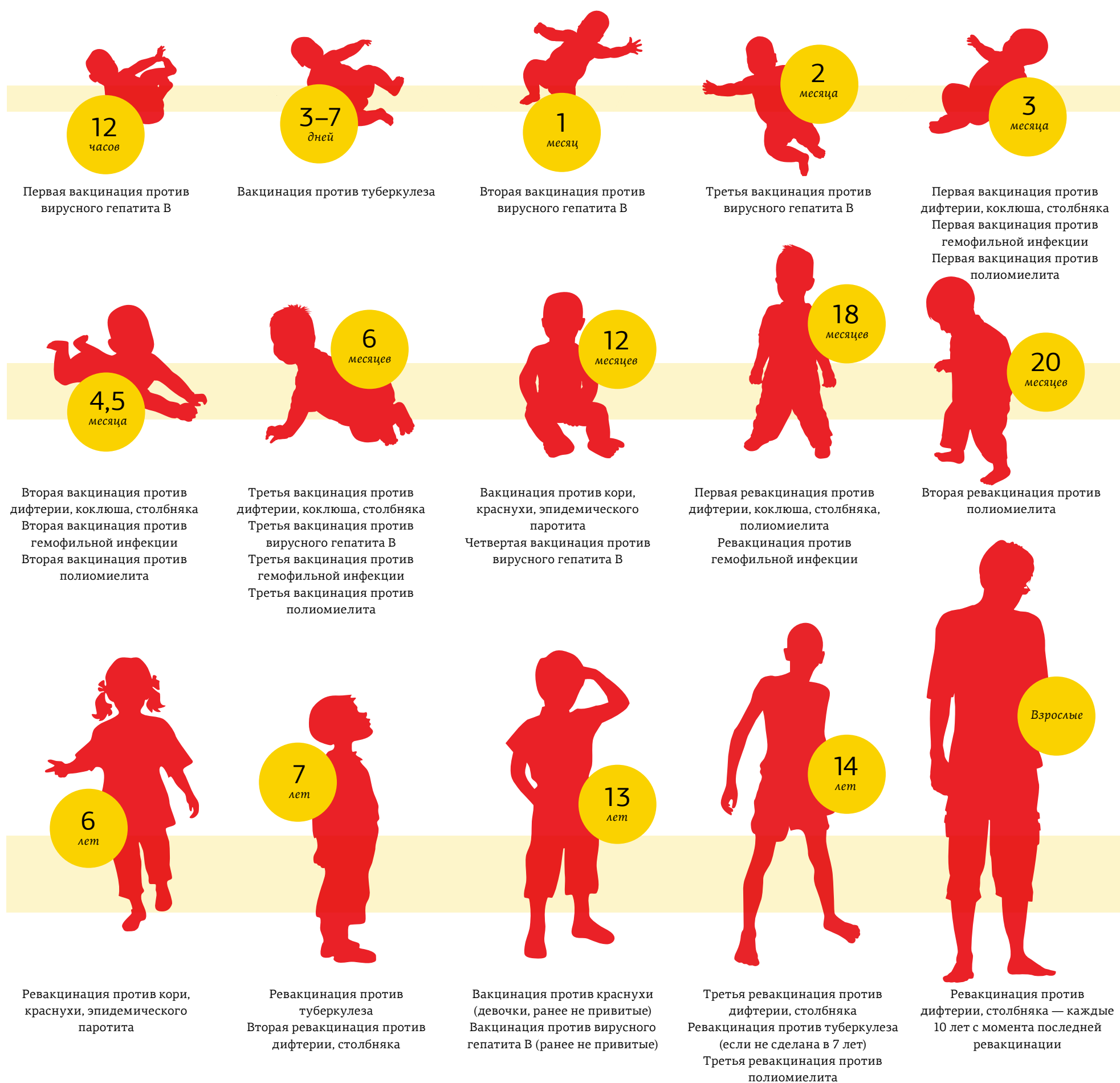
У школ существуют и другие требования к физической активности. Например, утренняя вводная гимнастика. Она, с одной стороны, восполняет дефицит движения, а с другой — активизирует ребенка для учебы. Ее, согласно нормативом, нужно проводить ежедневно.

— На практике, мне кажется, в начальной школе ее еще делают, а в старших классах о зарядке забывают.

— К сожалению, да. Но ее просто необходимо делать. Нужно проводить, кроме того, динамические паузы и физкультминутки во время учебы, особенно после длительного письма или 10–15 минут работы за компьютером. Но, к сожалению, во многих школах культ только учебы, а не здоровья учеников. Все больше информации мы хотим втолкнуть в наших детей. Я говорю родителям: пусть ребенок лучше вволю побегает. Посидел полтора часа за домашним заданием — пусть бежит на улицу. Не надо калечить детей, заставляя по три часа сидеть дома за столом. Это не пойдет им на пользу.

Врачи в школе должны не только проводить вакцинацию и организовывать медосмотры. Им следует выявлять факторы риска развития заболеваний, обусловленных учебной

Национальный календарь прививок



«Родители отказываются от прививок из-за преувеличенного страха осложнений. Мама распространяют слухи о побочных эффектах, не вникая в детали»

Сусанна Харит, руководитель отдела профилактики инфекционных заболеваний НИИ детских инфекций (ФГУ «НИИДИ ФМБА России»)



Дополнительная иммунизация населения против гепатита В, краснухи, полиомиелита инактивированной вакциной и гриппа

Дети от года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее

Вакцинация против вирусного гепатита В

Дети от года до 18 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи; девушки от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые ранее

Иммунизация против краснухи

Дети раннего возраста с клиническими признаками иммунодефицитного состояния (частые гнойничковые заболевания); ВИЧ-инфицированные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей; с установленным диагнозом онкогематологических заболеваний и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; дети, находящиеся на 2-м этапе выхаживания и достигшие 3-месячного возраста; воспитанники домов ребенка (вне зависимости от состояния здоровья); дети из семей, где имеются больные с иммунодефицитными заболеваниями

Вакцинация против полиомиелита инактивированной вакциной

Дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1–4 классов, медицинские работники, работники образовательных учреждений, взрослые старше 60 лет

Вакцинация против гриппа

Где почитать о прививках

Всю необходимую информацию о прививках можно получить от неонатолога еще в роддоме, от педиатра в детской поликлинике, а также на сайте Минздрава России. Неплохо расширить свои знания и с помощью интернета. Сусанна Харит рекомендует сайт privivka.ru, страницы Научного центра здоровья детей и НИИ детских инфекций, в котором она работает. Главное — свой интерес к здоровью ребенка следует удовлетворять, обращаясь к компетентным источникам.

ЩИТ ОТ ИНФЕКЦИЙ

В этом году первый раз в первый класс отправятся 1,5 млн детей. О важности детских прививок читателям «ОЗ» напоминает Сусанна Харит, руководитель отдела профилактики инфекционных заболеваний НИИ детских инфекций (ФГУ «НИИДИ ФМБА России»).

Текст: Олег Еришов

Профессор Сусанна Харит вспоминает такую историю. Ее коллега, российский эпидемиолог, работавший во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), однажды во время командировки в одну из арабских стран был вынужден с группой ученых заночевать в пустыне. Группа добралась до ближайшего оазиса, попросилась на ночлег к местному племени. Заведя разговор на интересующую его тему, эпидемиолог выяснил, что у каждой здешней женщины есть ламинированный сертификат с информацией, какие прививки положены ее детям, когда и где можно провести вакцинацию. Женщины, многие из которых едва умели читать, знали все это наизусть.

В России, где дети полностью обеспечены необходимыми вакцинами, их родители зачастую не обращают внимания на важность этого вопроса. Более того, родители школьников нередко отказываются от вакцинации, предусмотренной Национальным календарем профилактических прививок. Этот документ утверждается приказом Минздрава России и определяет сроки и виды вакцинации (www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1218).

Весь вопрос действительно в информированности и сознательности родителей. Потому что, хоть и бытует мнение об обязательности вакцинации, на деле принудительных прививок не существует. Родителям детей в возрасте до 14 лет, а с 14 лет и самим детям обеспечена возможность выбора. Таковы законы Российской Федерации и рекомендации ВОЗ.

Родители отказываются от прививок из-за преувеличенного страха осложнений, предполагает профессор Харит. Им кажется, что побочные эффекты, которые иногда сопровождают вакцинирование, страшнее инфекций. Казалось бы, корь уже 100 лет о себе не напоминает, зато на форумах и в интернете хвалят истории о возникших осложнениях. Сарафанное радио — лукавая вещь, объясняет собеседница «ОЗ». Мама распространяют слухи о побочных эффектах, не вникая в детали, такие истории нравятся СМИ. При этом тяжелые коклюшные болезни почему-то не вызывают у публики особого интереса.

Первая российская антипрививочная кампания пришла на 1987–1988 годы (до этого число отказов находилось на уровне статистической погрешности) — и как следствие в 1990-м были отмечены вспышки дифтерии. Вторую волну отказов мы наблюдаем сейчас. На самом деле, говорит Сусанна Харит, местные (небольшая краснота, боли или отеки) и общие (повышенная температура) реакции возникают у 10% привитых: ребенок не может не ответить на вакцину, это отражение формирования защитного иммунитета. А вот по-настоящему тяжелые осложнения встречаются крайне редко, судороги при высокой температуре — один случай на 20–60 тыс. доз

(в зависимости от вакцины), а аллергический шок и вакциноассоциированные заболевания — по одному случаю на 1 млн доз.

Непривитые дети сталкиваются с сотнями угроз, продолжает профессор Харит. Возмем травму: загрязнение раны чревата столбняком, так что непривитому ребенку придется вводить вместе с вакциной лошадиную сыворотку, и тут риск тяжелейших осложнений возрастает. Что уж говорить о такой угрозе, как полиомиелит.

Эти и другие доводы родителям первоклассников приводили на августовских школьных собраниях. Такие встречи всегда посещают школьная медсестра и врач из районной поликлиники — они напоминают, что во время учебы в школе детям предстоят ежегодные прививки от гриппа, а также реакция Манту (вообще-то туберкулиновая проба прививкой не является, но она необходима для выявления туберкулеза у детей).

Однако основные прививки ребенок в России успеет получить еще до школы. Едва человек появился на свет, его прививают от гепатита В, повторные вакцинации делают через месяц и через полгода. Это если мама не больна. Если мама больна вирусным гепатитом В или является носителем вируса гепатита В, то ребенка вакцинируют при рождении, в месяц, в два месяца и в год. Уже в течение первых трех-пяти дней жизни ребенок получает туберкулезную прививку. Основной прививочный залп — в первый год жизни. К шести месяцам малышу сделают прививки против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита.

В этом году Национальный календарь прививок расширили. Для групп риска (недоношенные дети, с нарушениями иммунитета и др.) добавилась новая прививка — против гемофильной инфекции типа b. (С 2012 года ее предполагается делать уже всем детям.) Это бактериальная инфекция, которая вызывает менингит, пневмонию, бронхит, отит и ряд других респираторных заболеваний. На втором году жизни — ревакцинация. Против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита прививки делают в 18 месяцев. В 20 месяцев — повторение прививки против полиомиелита. В год — прививки против кори, паротита и краснухи.

Перед поступлением в школу детям проводятся прививки: в шесть лет — от кори, паротита и краснухи, в семь — от столбняка и дифтерии. Не случайно ревакцинация проходит именно в этом возрасте: ребенку предстоит резкое изменение образа жизни, увеличится нагрузка, а любой стресс — это всегда риск заболеваний. В 14 лет ребенку делают прививки против дифтерии, столбняка и полиомиелита.

Схема выстроена так, чтобы защитить самый уязвимый возраст. Коклюш, например, наиболее тяжело протекает на первом году жизни: дает пневмонию, остановки дыхания и другие осложнения. У детей постарше такое встречается реже. Опаснее заболеть корью на втором году жизни, потому что до этого ребен-

ка защищают антитела матери. В 14 лет важно сделать прививки детям против дифтерии и столбняка, так как иммунитет снижается раз в 10 лет, и повторять каждые 10 лет. В Национальный календарь включена и вакцинация против гриппа — прививки проводятся дошкольникам и учащимся начальных классов.

Если родители отказываются от вакцинации, не принять их детей в школу не могут. В случае вспышки управляемой инфекции (например, кто-нибудь заболел корью) будет введен карантин — и непривитый ребенок в школу в это время ходить не будет.

Просто каждый раз о том, что планируется вакцинация, классный руководитель должен сообщить в дневнике школьника и получить согласие родителей. И наконец, есть право отказаться от вакцинации вовсе. Некоторые отказываются, чтобы делать прививки в частных клиниках. Сами врачи отмечают, что принципиальных преимуществ у этих клиник нет, за исключением разве что более комфортных условий. А в остальном — тот же холодильник, где хранятся вакцины, такая же медсестра, которая точно так же сделает инъекцию.

Основным разработчиком и производителем вакцин для Национального календаря профилактических прививок является государственное предприятие НПО «Микроген», лидер российской медицинской промышленности. Кроме производственного контроля качества компания осуществляет непрерывный контроль температуры во время доставки иммунобиологических препаратов потребителям в системе «холодовой цепи». Специальными рефрижераторами, оснащенными самым современным оборудованием для поддержания постоянного температурного режима, продукция доставляется по всей территории Российской Федерации.

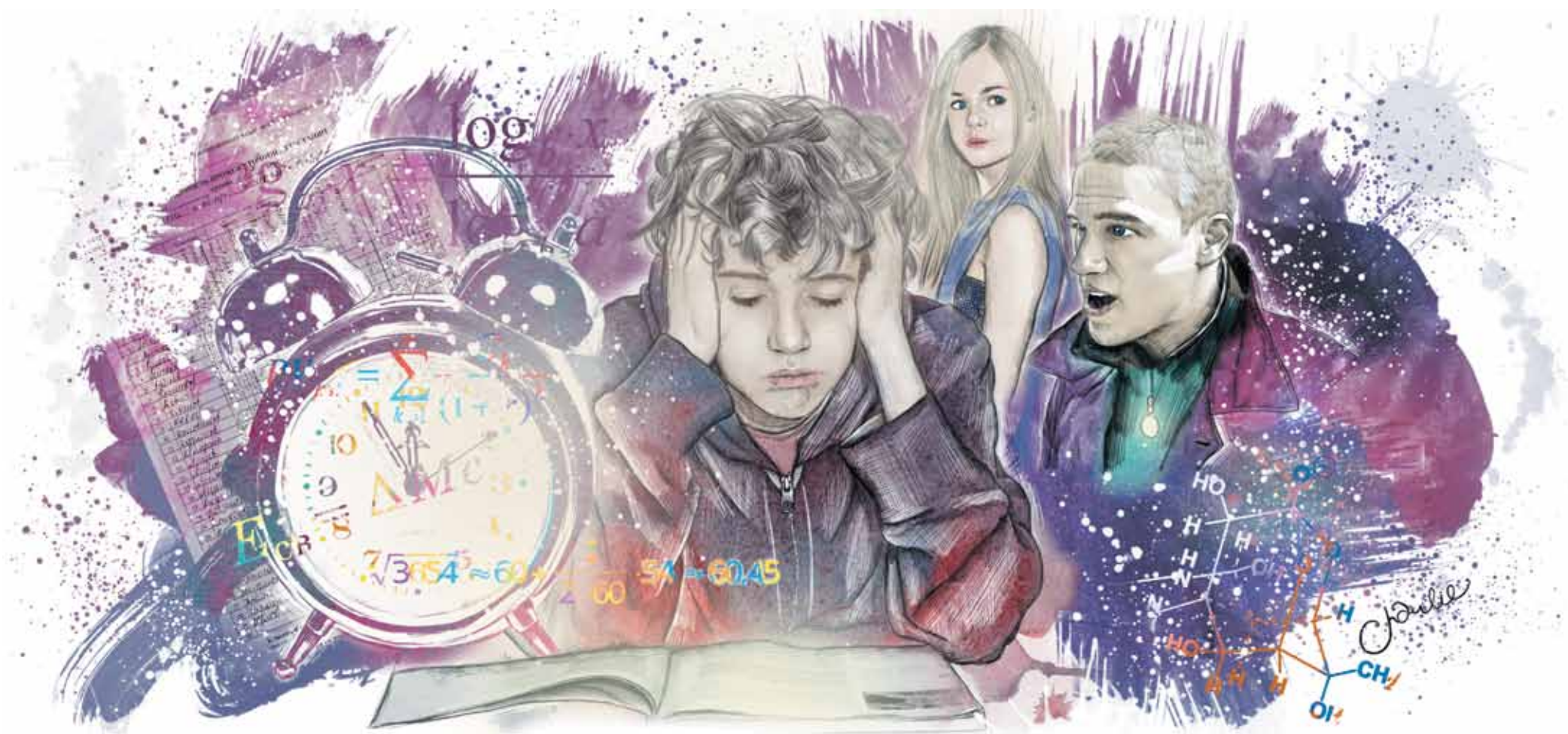
За годы существования предприятия его специалисты разработали 18 иммунобиологических препаратов, в ближайшее время это число удвоится. Вакцины постоянно совершенствуются, разрабатываются новые препараты. «Микроген» готовится представить, например, новые вакцины против гриппа, кори, паротита и краснухи, бесклеточную коклюшную вакцину и ряд других.

Минздравсоцразвития ведет работу по расширению Национального календаря прививок и введению новых вакцин против пневмококковой инфекции, вируса папилломы человека и др. Со временем эти виды вакцинации планируется сделать массовыми и бесплатными. Но и сегодня родители, ответственно относящиеся к здоровью ребенка, могут сделать ему прививки, которые пока не включены в национальный календарь: защитить ребенка от пневмококка, вируса папилломы человека, ветрянки, менингококка.

О расширении календаря недавно говорил президент Дмитрий Медведев. В прошлом году ВОЗ, которая особый акцент делает на развитии профилактической медицины, выступила с новыми рекомендациями.

Задачи по душе

Как позаботиться о психике школьника, «ОЗ» рассказали замдиректора ГНЦССП им. В. П. Сербского, главный детский психиатр Минздравсоцразвития России профессор Евгений Макушкин и старший научный сотрудник отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ГНЦССП Ирина Чибисова.



Если не ругать ребенка за ошибки, вы сможете сохранить с ним доверительный контакт и помочь ему справиться и с перегрузками, и с конфликтными ситуациями, и с несчастной любовью

АГРЕССИЯ

Тем, кто смотрел сериал «Школа», об агрессии в детской среде рассказывать не нужно. Специалисты объясняют, что дети бывают жестоки прежде всего потому, что еще не умеют сдерживать эмоции. Кстати, как ни парадоксально, и подобный фильм (хотя его авторы, вероятнее всего, хотели, показав жестокость, предостеречь от нее) может быть неверно воспринят подрастающим поколением, которому свойственно копировать агрессивные модели поведения.

Кроме того, дети отражают настроение всего общества. А в российском обществе социальная агрессия зачастую залог выживания и успеха. Другая черта времени — культ во многих семьях не труда, а рентного отношения к жизни. Избалованные дети

из подобных семей особенно стремятся доминировать в классе, подавляя других.

В любом случае не стоит из-за каждой царапины устраивать переполох. Ребенок подрался? Нужно обязательно разобрать с ним случившуюся историю, сделать выводы, где не прав был он, а где — его товарищи. Не стоит подавлять в мальчишке стремление вырасти сильным мужчиной. Если сын подрался, земля не перестанет крутиться. Если ругать ребенка, в следующий раз он просто не расскажет про драку. Но надо объяснить, что для решения проблем есть способы лучше кулаков.

Не надо ругаться с родителями обидчиков: вряд ли папа Васи подзуживал его ударить вашего Петю. Сами дети на следующий день наверняка помирятся, а если за

выяснение отношений возьмутся взрослые, конфликт, скорее всего, только усугубится.

Но совсем другое дело, когда ребенка обижают постоянно. Если он служит предметом издевательств, это реальная проблема, которой должны заниматься и родители, и психолог, и педагог. Часто мишенью служат дети с отклонениями в психике — по-простому, не такие, как все. Такой ребенок требует особого внимания и заботы. Нужно обязательно выяснить, почему он становится предметом насмешек. Не тянет программу? У него есть проблемы с общением? Все это может привести к еще большей дезадаптации — он и в школу не захочет ходить, круг замкнется. В таких случаях ребенок нуждается в комплексном обследовании, в котором должны принимать участие и педагоги,

и психологи, и психиатры.

Другая крайность — если у вашего ребенка агрессия выходит за рамки. В ответ на замечание одноклассника или педагога он может ударить его или чем-то швырнуть. Надо искать причины и такого поведения, и они могут быть в школьной дезадаптации: что-то в жизни и учебе ребенка очень его не устраивает. По разным исследованиям, 30–40% детей имеют проблемы с адаптацией в школе. В таких случаях также требуется консультация психолога и психиатра.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Что делать, если вы почувствовали, что от ребенка пахнет табаком или алкоголем? Как уже отмечалось в случае с дракой, ру-

Если ребенок служит предметом издевательств, это реальная проблема, которой должны заниматься и родители, и психолог, и педагог. Часто мишенью служат дети с отклонениями в психике — по-простому, не такие, как все

«Многие современные мамы употребляют алкоголь в легких дозах и курят. Какой может быть паттерн поведения у девочки-подростка? Ребенок, живущий с пьющими родителями, редко их осуждает. Бывает парадоксальная реакция: через осуждение он сам начинает выпивать»

Евгений Макушкин, замдиректора ГНЦССП им. В. П. Сербского, главный детский психиатр Минздравсоцразвития России, профессор



гаться бесполезно. Надо поговорить, узнать, почему и как это произошло. Но лучше разговоры эти начинать заранее, а не в 14–16 лет, когда соблазны сильны. Не стоит беседовать назидательным тоном. Просто расскажите первокласснику, что бывают люди, которые пьют и курят, и что это очень вредно, а зачастую является причиной смерти. Пусть он также знает, что есть и бездомные, которые оказались на улице из-за пьянства, — их можно только пожалеть. Но слова неубедительны без примеров в семье. Многие современные мамы употребляют алкоголь в легких дозах и курят. Какой может быть паттерн поведения у девочки-подростка? Ребенок, живущий с пьющими родителями, редко их осуждает. Даже если осуждает, бывает парадоксальная реакция: через осуждение сам начинает выпивать.

Наркотики страшнее алкоголя: привыкание у детей может возникнуть и с первого раза. Надо объяснять ребенку, в каких формах бывают наркотики, что предложить их могут его же сверстники и что даже попробовать их — смертельная опасность. Вы не сможете оберегать ребенка всю жизнь — беречься от опасностей он должен учиться сам, но вы можете помочь ему понять этот мир. Прививать ребенку настоящие ценности, разъяснять смысл добра и зла — на это должны быть направлены силы родителей.

НЕЛОВКИЕ ВОПРОСЫ

Когда детям стукнет 12–14 лет, с ними надо поговорить о тех изменениях в организме, которые связаны с взрослением. Ведь то, что они услышат во дворе от старших товарищей, — это, скорее всего, будет искаженная информация. В идеале, конечно, лучше, если детей подготовит к переменам в их физиологии специалист — как правило, это психолог. Но если такого нет, то с девочками лучше говорить маме, с мальчиками — папе, ну или дедушке: слова мамы он может не воспринять, будет смущаться.

В пубертатный период сохранить доверительные отношения с ребенком родителям особенно важно. Когда дети влюбляются в первом классе, они охотно рассказывают об этом родителям. Если подобное доверие сохраняется в трудном возрасте, это определенное достижение.

Надо быть готовым, что современные дети начинают половую жизнь раньше, чем предыдущие поколения. Так что следует объяснить подростку, что такое презерватив: это лучше, чем ранние беременности и аборт. Каковы бы ни были домашние устои, дети возвращаются в своем кругу, и эротические переживания под замок не спрятаешь. Главная задача семьи — показать детям ценность чувств, любви, отношений. Дети будут либо стараться перенять семейные ценности, либо уходить от них — если видят, что дома все плохо.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Если раньше родители переживали, что ребенка не оторвать от телевизора, то сейчас новая тревога — монитор компьютера. Есть понятие нехимической аддикции, и зависимость от все усложняющейся виртуальной реальности — как раз такой случай.

Первые признаки — время за компьютером летит для ребенка незаметно. Он может сидеть часами, не замечая, что его уже раз двадцать звали. Любимые дела — велосипед, друзья — уходят на второй план.

В свободную минуту он бежит к компьютеру и забывает даже, что хотел поесть. Компьютерная жизнь становится более реальной, чем окружающий мир.

Разрешать ли играть в компьютерные игры? А куда от них деться? Нельзя же закрыть от ребенка мир руками. А вот контролировать надо обязательно. Посмотреть, что за игры: найти минутку и подойти к экрану. Время игр должно быть регламентировано и оговорено заранее — скажем, 20–30 минут. Можно поощрять игры за домашние дела, мытье посуды, достижения в школе.

Если зависимость уже развилась, родителям трудно справиться с ней самостоятельно. Ведь подсаживаются уже подростки, контроль за которыми не так строг, у них есть свободное время, многие из них самостоятельно гуляют на улице. Если родители запретят играть дома, он пойдет в компьютерный клуб. У него же тяга и настоящая ломка — игры уже сняты, и это единственное, к чему стремится ребенок. Значит, необходима помощь психологов и психиатров. Психиатры применяют в таких случаях даже медикаментозное лечение, долго работают с такой зависимостью.

ПЕРЕГРУЗКА

Большая нагрузка на детей ложится сейчас и при обычной учебе. Родители должны изучить ресурсы ребенка и не переоценивать их. Если, например, были проблемы при беременности, родах, необходимость наблюдения неврологом, сложности адаптации в детском дошкольном коллективе, то учеба может даваться ребенку нелегко. Важно таких детей не перегружать, возможно, не пытаться отдавать их в спецшколы. От чрезмерной нагрузки может быть срыв, ребенок ее не потянет.

Чтобы справляться с большой нагрузкой, надо правильно отдыхать. Сходить с родителями в парк, покататься на роликах или поплавать с ними в бассейне будет рад любой ребенок. От воспитания, в том числе физического, родителям все равно не убраться. Физическая культура помогает переключиться и укрепить организм.

Одних уроков физкультуры мало, а спортивная секция не всегда доступна. Выбирая вид спорта, нужно посмотреть, нравится ли он ребенку, обязательно посетить тренировки. Не каждый возраст подходит для начала новых занятий. В первом классе ребенку и так тяжело из-за школьной адаптации. Если он ходил в кружки до школы, пусть продолжает ходить, а начинать что-то новое лучше уже после первого полугодия. Следующий трудный период — это смена начальной школы на среднюю, пятый класс, затем седьмой, это уже пубертатный период.

Признаком того, что у ребенка возникли серьезные проблемы, является резкое снижение успеваемости или изменение поведения. Если есть трудности с обращением к школьному психологу, существуют медицинские специалисты — неврологи, психологи, психиатры, к которым можно прийти на прием. Они способны дифференцировать проблему, выяснить, находится ли она на психологическом уровне, понятна и нормативна, или же уровень проблемы уже клинический — например, невроз, нарушение адаптации, расстройство сна, нарушение личностной структуры. Только специалист решит, нуждается ли ребенок в лечении.

Записал Иван Сергеев

Расчет по болезни

Что нужно знать, чтобы вам не отказали в выплате по листку нетрудоспособности и не снизили ее

Текст: Анатолий Логинов

Как рассказали «ОЗ» в Департаменте организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития, разработаны новые бланки листков временной нетрудоспособности — их можно использовать в электронном документообороте. Изменился размер документа (теперь это А4), заполнить его нужно печатными буквами, используя гелевую, а не шариковую ручку. Бланк сканируется и попадает в электронную систему. Предполагается, что система в полном объеме заработает с 2013 года.

Она свяжет застрахованного на случай болезни человека с Фондом социального страхования (ФСС) напрямую. В существующей цепочке (пациент — работодатель — ФСС) работодатель — дополнительное звено, из-за которого нередко возникали проблемы с положенными выплатами.

В рамках системы обязательного социального страхования организации перечисляют в ФСС 2,9% (для некоторых категорий страхователей действует пониженный тариф) от зарплаты каждого работника «на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Сейчас, однако, пособие оплачивает не фонд, а все тот же работодатель, а ФСС эти выплаты компенсирует. На практике из-за сложности во взаиморасчетах между работодателями и ФСС отделы кадров нередко отказывали сотрудникам в выплатах.

Еще недавно самая невинная ошибка, допущенная при заполнении, могла послужить причиной для отказа в зачете со стороны ФСС, например неточность в названии организации работодателя. Теперь по регистрационному номеру, который заносится в новый бланк больничного, работодатель может легко идентифицироваться.

В дальнейшем в системе будет задействован уникальный для каждого документа штрихкод. Компьютер обмануть сложнее: ФСС будет знать, в какую именно медорганизацию отправлен листок нетрудоспособности. Уйти налево, к мошенникам, документу будет гораздо

сложнее. Кроме того, система позволит сотрудникам ФСС вычислить недобросовестного врача, который делает бизнес на выдаче больничных.

Сейчас новую систему тестируют в двух регионах — в Карачаево-Черкессии и Нижегородской области. По всей стране она заработает с 2013 года. Однако уже в этом году вступили в силу некоторые изменения системы выплат по больничным, которые касаются каждого из нас.

Первый шаг для получения больничного, как и ранее, — это визит к врачу. Но теперь для «экспертизы временной нетрудоспособности» можно обратиться в любую медицинскую организацию, имеющую лицензию. Один из результатов недавней реформы системы ОМС как раз в том, что теперь медицинский полис действует на территории всей страны.

Расчетный период для оплаты больничного составляет два календарных года, предшествующих году наступления страхового случая, включая период работы в других местах. Средний дневной заработок определяется так: общую сумму за расчетный период (включая премии и другие официальные выплаты) делят на 730. До 1 января 2011 года размер пособий по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством рассчитывали исходя из заработка за 12 месяцев, предшествующих наступлению страхового случая, и количества реально отработанных дней.

Первые три дня больничного оплачивает именно работодатель (до 1 января 2011-го он оплачивал первые два дня).

Немногие знают, что выплаты положены не только действующим сотрудникам, но и стажерам, а также тем, кто недавно уволился. Так, в период испытательного срока на работника распространяются все положения трудового законодательства, в том числе об оплате времени нетрудоспособности (время нахождения на больничном листе не засчитывается в срок испытания). Если вы заболели в течение месяца после увольнения (и не успеете за это время подписать ни с кем новый трудовой договор), можно предоставить больничный лист для оплаты прежнему работодателю и получить 60% среднего заработка независимо от трудового стажа.

Что изменилось с этого года

БЫЛО

Расчетный период для исчисления пособия по временной нетрудоспособности составлял 12 месяцев, предшествующих месяцу наступления страхового случая.

При определении среднего заработка для исчисления пособий в расчетный период не включался целый ряд периодов.

СТАЛО

В расчет среднего заработка для исчисления пособия по больничному берутся суммы за два календарных года, предшествующих наступлению страхового случая.

Исключаемых периодов нет. Зарботок сотрудника за расчетный период делится на 730.

«Фунготерапия, лечение грибами, основывается на изучении лентинана — полисахарида, который содержится в грибах *Lentinus edodes*. Однако серьезных исследований обнаружить не удастся»

Сергей Агапкин, Михаил Полицеймако, ведущие программы «О самом главном»



Грибной резон

Стоит ли доверять фунготерапии — лечению грибами? Вот мнение ведущего программы «О самом главном» врача Сергея Агапкина.

Грибы в России — больше, чем грибы! Иногда их называют лесным, или растительным, мясом, а в последнее время все чаще можно услышать выражение «грибы-целители», что связано с массовым распространением фунготерапии — лечения грибами.

На территории СНГ встречается около 3 тыс. видов шляпочных грибов, но, несмотря на такую огромную цифру, многие из них (более 99%) никогда не попадут к нам на стол в силу специфичности мест их произрастания или микроскопичности размеров. Из всего этого изобилия в наших лесах можно встретить лишь около 700 видов, причем более 400 из них — ядовитые!

Съедобные грибы делят на четыре категории пищевой ценности (по Б. П. Василькову):

- I. Белый гриб, рыжик настоящий, груздь настоящий.
- II. Подберезовик, подосиновик, дубовик, масленок, волнушка розовая, белянка, груздь осиновый, шампиньоны.
- III. Моховик зеленый, валуй, сыроежки, груздь черный, опенок осенний, лисичка обыкновенная, сморчок.
- IV. Моховик пестрый, скрипица, опенок луговой, вешенка, гриб-зонтик, мохруха, рядовки, дождевики.

Также к IV категории относятся малоизвестные и редко собираемые съедобные грибы.

Несмотря на весьма распространенное заблуждение, заменой мясу или рыбе грибы быть не могут. Мифы о высоком содержании белка разбиваются о суровые цифры: свежие грибы содержат 2–3 г белка при суточной потребности человека 50–70 г. То есть для удовлетворения суточной потребности в белке нам пришлось бы съесть 2–3 кг грибов ежедневно. При этом белки грибов усваиваются хуже животного белка из-за присутствия в грибах хитина, затрудняющего контакт белков с пищеварительными ферментами.

Однако не стоит отчаиваться: при относительно малой пищевой ценности



Фото: Елена Львова

грибы имеют ряд неоспоримых достоинств. Во-первых, это высокое содержание витаминов группы В, РР и микроэлементов. Во-вторых, низкая калорийность.

Однако для получения максимальной пользы необходимо соблюдать некоторые правила приготовления грибов. Одним из лучших способов их приготовления, издавна существовавших на Руси, было открытое соленье (квашение) грибов в бочке, при котором значительная часть работы по расщеплению белка происходит в процессе засола. Также лучше усваиваются максимально измельченные грибы, например в виде муки из сушеных грибов или грибной икры, — это разрушает хитин, препятствующий нормальному перевариванию грибного белка. Ну и желательно добавлять в блюда из грибов хотя бы немного белка животного — сметану, сыр, яйцо. Белок в большинстве грибов неполноценный, то есть не содержит полного набора незаменимых аминокислот, и из-за их дефицита полного усвоения белка организмом не происходит. Добавление даже небольшого количества полноценного животного белка помогает решить этот вопрос.

Одним из веяний последних лет является фунготерапия. От чего только не лечат грибы, по заявлениям производителей различных экстрактов, продавцов мицелий и просто заядлых грибников. Диабет, атеросклероз, импотенция и даже рак — все, оказывается, можно лечить шиитаки, вешенками, лисичками и опятами.

В основном аргументируется это утверждение изучением лентинана — полисахарида, который содержится в грибах *Lentinus edodes*. Однако серьезных исследований в большинстве случаев обнаружить не удастся — в основном фигурируют опыты *in vitro*, то есть в пробирке. Переносить результаты подобных опытов на лечение человека нельзя. Да и содержание лентинана в грибах столь мало, что для получения хотя бы слабого эффекта пришлось бы есть их килограммами.

Поэтому не стоит лечиться грибами. Грибы — это пища, вкусная и полезная.



Сюжет о том, как заморозить грибы на зиму, смотрите 15 сентября в программе «О самом главном» на телеканале «Россия».

Школа нормализует режим дня ваших детей?

38,3%

Да, не остается времени на безделье, привыкают разделять работу и отдых, стараются высыпаться

18,1%

Нет, слишком высокая занятость

23,7%

Нет, они «совы», трудно вставать

7,7%

Нет, у них и без школы нормальный режим

12,2%

Трудно сказать



Опрос проведен сайтом takzdorovo.ru. В опросе приняли участие 1416 человек

**Одно
здоровье**

Газета «Одно здоровье»
Номер 08 (2011)
Тираж 162 000
Свидетельство Роскомнадзора
ПН № ФС77-43474

Главный редактор Пешков Тимофей Евгеньевич
Шеф-редактор Юрий Борисов
Арт-директор Тим Черный

В номере использованы фотографии и иллюстрации агентства Shutterstock, студии BangBang.

Издатель ЗАО «Издательский дом «Либра-Пресс», 117452, Москва, ул. Азовская, д. 15А
Редакция 127473, Москва, 2-й Волконский пер., д. 10. Тел.: (495) 790-77-73
Типография ОАО «Московская газетная типография», 123995, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Номер заказа на №9-3278



Газета издается при информационной поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации



Учредитель
ФГУП «НПО «Микроген»
Минздравсоцразвития России