

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№4 (64)
АПРЕЛЬ
2008





В России 2008 год объявлен Годом семьи

Почему люди создают семью? Все вроде бы просто. Вместе ведут хозяйство, создают и поддерживают материальные условия жизнедеятельности. Людям свойственна осознанная потребность в любви, в материнстве, отцовстве. Потребность в физической и психологической близости, в семейном общении. Безусловно, все эти желания могут быть удовлетворены и вне семьи. Но только семья способна объединить и удовлетворить все эти потребности в комплексе. Семья - это признак некоей полноценности, насыщенности, даже, можно сказать, комфортности в жизни.

Традиционно основу семейных отношений составлял брак как официально признанная обществом форма партнерства, сожительства, сопровождающаяся рождением детей.

Но я бы сказала, что семья - это более сложная система взаимоотношений, чем брак.

Брак - это, если хотите, некий договор между мужчиной и женщиной.

Семья основана не только на супружеском союзе, то есть на отношениях между мужем и женой, но и между родителями и детьми, братьями, сестрами и другими родственниками. Именно поэтому различают супружеские и семейные обязательства.

Ни одна нация, ни одно общество (в той или иной мере цивилизованное) не обходились без семьи. Не зря на протяжении веков семьи гордились своими предками, мечтали о достойных продолжателях рода.

Семья - это наличие корней, это продолжение истории.

Довольно распространено сегодня мнение, что семья - это величайшая культурная ценность! Дети, лишенные любви в семье, имеют тенденцию к моральному и социальному уродству.

Долгое время у нас господствовало такое представление о семье: если папа и мама живут совместно, значит, существует брак и у ребенка есть семья. Мама с папой разводятся, и семья перестает существовать. Посмотреть на это совершенно с другой стороны меня подтолкнул обычный фильм для детей, который в апрельские выходные шел по первому каналу. Сюжет - прост. Папа в глазах мамы - неудачник, он не может обеспечить семью, помочь по дому, и вообще он - не пример для подражания в воспитании троих детей, которые родились у этих бывших супругов. Так как действие происходит или в Америке, или в Европе, то все свидания с детьми после развода педантично регламентируются судом, жестко контролируются органами по защите прав ребенка.

А так как отец - неудачник..., то его лишают возможности быть с детьми... И тогда отчаявшийся отец переодевается женщиной и под видом миссис Даутфайер устраивается в дом своей бывшей семьи няней. Из-за любви к детям он приобретает массу полезных навыков: готовит, накрывает к приходу мамы стол для ужина всей семьей, будучи «строгой и справедливой», не сразу, но завоевывает авторитет у детей..., и в этом новом качестве воспитательницы миссис Даутфайер случайным образом находит престижную работу в авторской программе для детей. И что он (миссис Даутфайер) говорит маленьким детям с экрана: «..... если даже мама и папа расстались, это не значит, что у тебя нет семьи, малыш. Свои семейные корни есть и у папы, и у мамы. У тебя есть дедушки и бабушки, тети и дяди, братья и сестры... и все они тебя любят и будут вместе с тобой. У тебя есть папа и мама...». Логика проста и понятна: если мама и папа - порядочные и ответственные родители, они и после развода примут участие в воспитании и обеспечении ребенка.

Когда мы говорим, что в стране нужно исправлять демографическую ситуацию, то мы должны понимать, что эта проблема многогранна. Не случайно провозглашению демографической программы предшествовали нацпроекты, которые были призваны решать проблемы, важные для каждой семьи, - здравоохранения, образования, строительства жилья. Нельзя государству сказать «больше рожайте» и не создать условия в родильных домах, женских консультациях, не сказать, где жить, - не готовы сегодня уже две-три семьи жить в двухкомнатной квартире и ждать 20 лет «расширения». Но с другой стороны, когда звучит призыв «рожайте больше», обещают поддержку семье - деньги!

Очевидно, для многих еще важнее, чем просто увеличить число рожденных детей, осознать - кого мы произведем на свет? В каких семьях родятся эти дети? Почему мы так робко говорим об изменении социального статуса семьи, о повышении престижа семьи?!

В социальной политике упор должен делаться на институт семьи. К сожалению, семейная статистика как раз говорит о том, что семья для многих сегодня - не ценность. В 1960 году в России на 1000 человек населения приходилось 12,5 брака и 1,5 развода. В 1970 году соответственно 10,1 и 3,0; в 1990 году уже 8,9 и 3,8; а в 2000 году - 6,2 и 4,3. Ценность семьи если не утрачена, то чрезвычайно ослаблена.

Сегодня много детей рождается в неблагополучных семьях. Таким детям необходимо помочь встать на ноги и обрести себя. Не удается перевоспитать родителей. К сожалению, нередки случаи, когда оставить ребенка с матерью просто нельзя: алкоголичка, наркоманка или, хуже того, расчетливо торгует своим ребенком... Но даже такая крайняя мера не всегда повод вырывать ребенка из семьи - опекунами могут становиться бабушки, тети, старшие братья, сестры. Конечно, есть безнадежные ситуации, но возможность сохранить ребенку семью должна оставаться открытой.

Опека государства над семьей - появление детских садов, интернатов, даже пенсий! (раньше дети были пенсией), конечно, повлияла на утрату связи поколений. Мы все чаще обращаемся к теме одиноких, брошенных стариков. Но эта проблема тоже зачастую проблема утраты семейных ценностей...

Что сегодня интересует государство - повышение рождаемости как способ воспроизводства рабочей силы?.. Нет, задача кажется гораздо масштабнее: через возрождение семьи, семейных устоев, продолжение рода, преемственности традиций в семье, через любовь и взаимопонимание - решать не демографическую проблему, а проблему продолжения нации и ее культуры.

У культурной нации просто не может быть выброшенных из семей малых детей и стариков...



Изюминкой выставки стало подведение итогов первого краевого конкурса «Отец - ответственная должность!»

В конкурсе приняли участие семьи - победители зональных этапов: семья **Рюхова Александра Александровича** из Третьяковского района, семья **Третьякова Сергея Викторовича** из Немецкого национального района, семья **Стрещенко Андрея Михайловича** из Тальменского района, семья **Паукова Игоря Владиславовича** из Косихинского района и семья **Игнатовского Владимира Михайловича** из г. Барнаула. Семья Игнатовских - неоднократная участница различных городских и краевых конкурсов. Вместе с женой Людмилой Викторовной воспитывают шестерых детей. В конкурсе участвовали 5 детей и группа поддержки.



Самым лучшим папой единодушно назван **Андрей Михайлович Стрещенко** из Тальменки. Правда, за это почетное звание боролась вся его семья - супруга, трое сыновей и две дочери. Заместитель Губернатора края **Н.П. Черепанов** горячо поздравил победителя, вручил Диплом, памятную ленту и ценный подарок - видеокамеру.

Надо отметить, что жюри было непросто определить лидера - настолько замечательные семьи и отцы были на сцене. Все они получили специальные призы. Семье Рюховых из Третьяковского района досталась видеокамера, семье Третьяковых из Немецкого - велотренажер, Стрещенко - «микроволновка», Игнатовские из Барнаула получили газовую плиту, Пауковы увезли с собой в Косиху домашний кинотеатр.



№04 (64) апрель 2008г.

Учредитель -
**ООО "Издательство
 "ВН - Добрый день"**
 г. Новоалтайск,
 ул.Обская, 3.
 Тел. 8(38-532) 2-11-19.

Адрес редакции:
**656049 г.Барнаул,
 ул. Пролетарская, 113, оф.200**
 Тел. редакции -
(3852) 35-46-42, 63-84-90,
 E-mail: **nebolen@mail.ru**

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

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
 и верстка -
**Ольга Жабина
 Оксана Ибель**

Менеджер по работе
 с общественными
 представителями -
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -
Лариса Юрченко

Подписано в печать
 18.04.2008г.

Печать офсетная. Тираж -
 10000 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №
 ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-
 бирским окружным межрегиональным тер-
 риториальным управлением Министерства
 РФ по делам печати, телерадиовещания и
 средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
 зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,
 размещаются на правах рекламы, точка
 зрения авторов может не совпадать с
 мнением редакции.

Отпечатано в типографии
 ООО «Алфавит»:
 г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
 Тел. (3852) 65-91-18

**Подписной индекс -
 73618**

Содержание

Редакционный Совет краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи»	2
Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин утвердил ведомственную целевую программу «Формирование и пропаганда здорового образа жизни» на 2008-2010 годы	2-4
Разновозрастные радости	5
Т.А. Болгова. Рак шейки матки и методы его профилактики	6-7
Правила для водителей	7
Мир и медицина	8
Е.А. Завьялова. Диагностика и методы лечения папилломавирусной инфекции	9-10
Найти позитивное в болезни	11
О компенсационных выплатах по вкладам	12
Выйти из любовной зависимости	13
Проблемные уколы	14
О чайных добавках	15-16
Исцеляющая сила НОНИ	16
Мир и медицина	17
С.С. Шмакова. Материнство: женщина после родов	18
Уход за ногами	19-20
Дезинфицирующие средства	21
Природа лечит	22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
Т.Б. Чекрий, Н.Е. Смирнова. Этика в здравоохранении	23-24
Е.В. Нестеренко. За здоровьем - к нам!	25
Е.В. Нестеренко. Гломерулонефрит атакует	26
В центре внимания - здоровье школьника	27
«Человек. Экология. Здоровье. 2008»	28
«Затяжная» эпидемия	29
Учимся читать	30
В.И. Семенников, Н.В. Семенникова. Отбеливание зубов	31-32
Я поведу тебя в музей	33
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	34-35
Мир и медицина	36
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.	
Полезный перекус	37
Диетический обман	37-38
А.И. Неймарк, А.В. Давыдов. Хронический простатит	39-41
Рябиновые встречи	41
Мир и медицина	42
ШКОЛА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ.	
Н.М. Носова. Наши дети не одиноки!	43-45
Л.В. Юрченко. Дружат взрослые и дети	45
Тест: Какая форма свободы нужна вам в любви?	46-47
Подарок от курочки Рябы	48



Редакционный Совет

краевого медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи»



Алгазин Анатолий Иванович - проректор Алтайского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Отличник здравоохранения

Беккер Иван Генрихович - главный врач МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск, Заслуженный врач РФ



Вольф Владимир Адольфович - главный врач КГУЗ «Краевая клиническая больница», Отличник здравоохранения



Егорова Ия Андреевна - заслуженный работник здравоохранения РФ



Козлова Ирина Валентиновна - главный редактор журнала, кандидат медицинских наук



Лазарев Александр Федорович - главный врач Алтайского краевого онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ



Лещенко Владимир Алексеевич - главный врач КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»



Плигина Лариса Алексеевна - президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»



Ремнева Надежда Степановна - председатель краевого Совета женщин, краевого отделения Союза женщин России, кандидат социологических наук, Отличник народного образования



Салдан Игорь Петрович - руководитель Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю, доктор медицинских наук, профессор



Фадеева Наталья Ильинична - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой АГМУ



Чумакова Галина Александровна - доктор медицинских наук, профессор, руководитель Алтайского краевого научного общества кардиологов



Губернатор Алтайского целевую программу образа жизни»

Необходимость ее принятия продиктована тем, что в крае за последние 10 лет уровень сокращения населения вырос в два раза. В 2006 году численность населения края сократилась на 12300 человек, в основном за счет потерь среди лиц трудоспособного возраста - 5431 человек.

Высокая смертность обусловлена увеличением числа неинфекционных хронических заболеваний, главным фактором развития которых является образ жизни: нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, курение, снижение двигательной активности.

При общем низком содержании в рационе жителей края, согласно опросу, проведенному в 2006 году, мяса - 65,8% от нормы, рыбы - 47,8% от нормы, молока - 40,2% часть населения, доходы которых ниже прожиточного минимума, употребляла эти продукты ниже соответственного в 5,7; 3,7; 3,4 раза.

При норме калорийности пищи в день на человека 2600 калорий в семьях с 3 и более детьми она снижается до 1800 калорий на человека в семье. Дефицит белка, витаминов, йода, железа, другие дисбалансы в питании - определяют как недостаточный вес (30% призывников), так и рост числа жителей с избыточным весом.

Сохраняется тенденция к росту числа курильщиков, особенно среди молодежи. Среди неработающей молодежи число курильщиков в 2,5 раза выше, чем среди учащихся профтехучилищ, и в 4,5 раза выше, чем среди учащихся школ.

Гиподинамией подвержено более 70% жителей края. 2 апреля т.г. Главным управлением по образованию, комитетом по делам молодежи проведен семинар с лидерами молодежных организаций. В числе обсуждаемых вопросов были и вопросы формирования здорового образа жизни. На семинаре с информацией по данной программе выступил и заведующий отделением профилактики Алтайской краевой клинической больницы А.И. Старков и руководитель проекта «Здоровая семья - это здорово!» И.В. Козлова.

В рамках программы «Формирование и пропаганда здорового образа жизни» на 2008-2010 годы **проведен семинар с участием общественных организаций, действующих в сфере формирования здорового образа жизни. Он прошел 3 апреля т.г. в актовом зале АККБ.**

В семинаре приняли участие Н.В. Лукьяненко, руководитель Краевого центра медицинской профилактики, А.И. Старков, заведующий отделением Центра медицинской профилактики с сообщением «Единый образовательный стандарт по медицинской профилактике для медицинских работников».

О работе средних медицинских работников среди населения по формированию здорового образа жизни и в сестринских коллективах по принципу «Начни с себя» рассказала присутствующим Л.А. Плигина, Пре-



края А.Б. Карлин утвердил ведомственную «Формирование и пропаганда здорового на 2008-2010 годы»



зидент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников.

Особый интерес у участников совещания вызвало сообщение **Е.В. Капрановой**, заместителя директора Барнаульского базового медицинского колледжа, о работе по формированию компетенций по привитию навыков медицинской профилактики у студентов.

✓ «Положением о специалисте со средним медицинским образованием» предусмотрено, что «специалист должен: проводить санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни».

Подготовки специалистов со средним медицинским образованием к такой деятельности актуально в силу следующих причин: низкий уровень медицинских знаний населения; отсутствие навыков заботы о собственном здоровье; массивная высокотехническая реклама самолечения, пива, табакокурения и т.д.



✓ Введен в учебный план нашего колледжа предмет «Медицинская профилактика», практикуется проведение студенческих конференций, проводятся конкурсы исследовательских работ по теме «Медицинская профилактика», профилактическое направление в научно-исследовательской работе студентов занимает значительный объем.

Организуется цикл студенческих лекций о здоровом образе жизни. Так, в рамках программы «Здоровье» на отделениях прошли студенческие конференции по темам: рациональное питание, о вреде курения, физическая культура. Их организаторами были студенты - члены СНО.



✓ Особо хотелось бы обратить внимание на формы социального партнерства по вопросам медицинской профилактики студентов ББМК с немедицинскими учебными заведениями.

ми края: проведение совместных научно-практических конференций со ссузами города и края; просветительская работа среди студентов немедицинских ссузов; работа со школьниками и воспитанниками детских дошкольных учреждений.

✓ Студенты - старшекурсники акушерского отделения подготовили цикл лекций для школьников 8-11 классов «Здоровье девочек - здоровье будущей матери». Такие лекции ежегодно читают в средних общеобразовательных школах №№108 и 59, основной общеобразовательной школе №94 и гимназии №123.

✓ Целенаправленная работа со студентами по вопросам медицинской профилактики влияет на изменение отношения к вредным привычкам, осознание своей роли в профилактике среди будущих медицинских работников.



Проведено анкетирование студентов II и IV, выпускного курса медицинского колледжа: посмотрите, как со временем изменилось отношение ребят к такой вредной привычке, как курение, отношение к качеству питания и занятиям спортом.»



Опыт реализации проекта «Здоровая семья - это здорово! Школы здоровья - школы профилактики» в 2003-2008 годах поделилась его руководителем И.В. Козлова.

Об участии в этом общественном проекте, его целях, задачах, сверхактуальности и социальной значимости, особенно такой его программы, как «Школа профилактики артериальной гипертонии. Научи учителя» рассказала доктор медицинских наук, профессор, руководитель Алтайского краевого научного общества кардиологов Г.А. Чумакова.



Вопросы «Кто будет рожать? Будет ли желание рожать и при каких условиях? Будет ли способность рожать? Сколько и каких детей следует ожидать?» в своем сообщении поставила доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой АГМУ, координатор программы «Школа ответственного материнства» Н.И. Фадеева.

✓ Низкая рождаемость в России из медицинской и социальной превратилась в государственную проблему, поскольку от ее решения зависит будущее нации.

Итак, рождаемость надо повышать!!!

✓ Репродуктивный потенциал страны - девочки 15-18 лет - есть главный биологический фактор, определяющий рождаемость в России на ближайшие 10-15 лет.

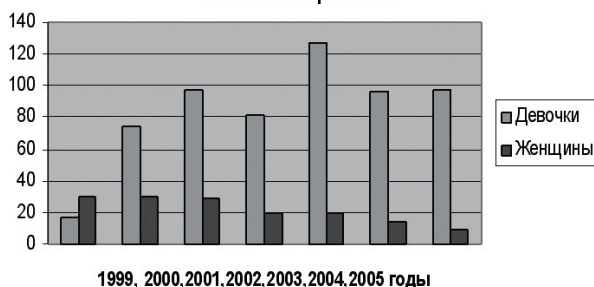
✓ Для примера мы взяли типичный сельскохозяйственный район для региона Сибири. И что оказалось? В период с 2001 по 2005 годы: количество всех женщин фертильного возраста уменьшилось с 5910 до 5032 (14,8%); количество девочек 15-18 лет уменьшилось с 792 до 695 (12,2%); количество девочек 10-14 лет уменьшилось с 882 до 533 (39,4%).

✓ Количество девочек неуклонно снижается. Качественная характеристика репродуктивного потенциала складывается из показателей репродуктивного и соматического здоровья девочек 15-18 лет.

✓ Динамика частоты выявления гинекологических заболеваний (на 1000 осмотренных) в период с 2001 по 2005 годы: женщины - с 168,7 до 122,0; девочки - с 149,8 до 141,1. В 2005 году заболеваемость девочек на 1000 осмотренных впервые превысила таковую у женщин.

Таблица 1

Выявляемость НМЦ у девочек и женщин на 1000 осмотренных



✓ Еще важнее - репродуктивное здоровье девочек. Нарушения менструальной функции занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости подростков и значительно превышают частоту таковых у женщин фертильного возраста.

✓ Это как раз говорит о том, что сегодня очень важно говорить о здоровье девочек. Девушки с нарушением становления репродуктивной функции были рождены преимущественно в первых родах, тогда как здоровые девушки достоверно чаще рождались при повторных родах.

✓ Характеристика здоровья девочек к 15-18 годам:

- ◆ приходу менархе у девочек в группах сравнения сопутствовал дефицит массы тела, который достоверно чаще сочетался с нарушением менструального цикла (НСМФ) (60,3% и 35,3%);

- ◆ у девочек с НСМФ достоверно чаще, чем у девочек с физиологическим пубертатом, при эхокопическом исследовании гениталий выявлялись гипоплазия матки (31,9% и 3,4%), уменьшение объема яичников (21,6% и 2,6%) и поликистозные изменения яичников (27,6% и 3,4%) (см. таблицу 1).

✓ Будет ли желание рожать у этих девочек 15-18 лет?

Проведены исследования репродуктивных установок девочек:

- ◆ выйти замуж (удачно),
- ◆ иметь одного или двух детей,
- ◆ иметь ребенка после профессионального роста (достижения материального благополучия),
- ◆ не планируют,
- ◆ иметь трех и более детей,
- ◆ большинство современных девушек живет половой жизнью до брака от одного до 10 лет и имеет несколько половых партнеров:

- а) наступление нежелательной беременности, которая прерывается абортom,
- б) необходимость длительной контрацепции, большинство методов которой ухудшают соматическое и репродуктивное здоровье,
- в) инфицирование гонореей, хламидиозом, сифилисом, вирусными гепатитами, ВИЧ.

✓ Что делать обществу?

- ◆ пропаганда здорового образа жизни;
- ◆ культ женского целомудрия;
- ◆ культ женщины-матери;
- ◆ планирование семьи: предупреждение нежелательной беременности и подготовка к желанной беременности,
- ◆ культ многодетной семьи.

Сообщения также были сделаны президентом общественной организации «Клуб ЗОЖ «Природа и человек» В.И. Сокоиков, руководитель клиники дружественной молодежи «Юникс» О.М. Бурцева.

На семинаре присутствовали специалисты-медики, занимающиеся формированием здорового образа жизни из ЛПУ городов Барнаула, Бийска, представители ряда общественных организаций, а также координаторы проекта «Здоровая семья - это здорово!» из городов и районов края. ☺



Рак шейки матки и методы его профилактики

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БОЛГОВА,
врач высшей категории, кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1,
Алтайский государственный медицинский университет

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в мире среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин и уступает только раку молочной железы. Ежегодно диагностируется более 500 тысяч новых случаев РШМ. Именно поэтому с 31 марта по 3 апреля в Москве состоялась первая Международная научно-практическая конференция «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее».



легко передается при половой жизни, поскольку требует только тесного контакта кожи в области гениталий, при этом барьерные методы контрацепции являются недостаточно эффективными. В большинстве случаев ВПЧ-инфекция сопровождается отчетливыми клиническими проявлениями, но иногда течение бывает бессимптомным и приводит к раку шейки матки через 10 и более лет.

Главное в предотвращении любого заболевания - это его профилактика. К первичной профилактике относятся мероприятия, направленные на предотвращение развития РШМ. **Это информированность населения о папилломавирусной инфекции, снижение числа сексуальных партнеров, улучшение здоровья за счет адекватных занятий спортом и отказа от вредных привычек.**

Также одним из таких мероприятий является **вакцинация**. Так как рак шейки матки является последствием ВПЧ-инфекции, это позволило искать методы его профилактики с помощью вакцинации. И такие вакцины были созданы: **двухвалентная** - против двух типов вирусов ВПЧ и **квадριвалентная** - против четырех типов вирусов ВПЧ. Вакцинацию предлагается проводить девушкам подросткового возраста до начала половой жизни, так как считается, что вакцина не сможет помочь тем, кто начал активную половую жизнь.

К вторичной профилактике развития РШМ относится **раннее выявление и лечение лиц, имеющих**

Для нашей страны рак шейки матки является одной из актуальных проблем здравоохранения. Ежегодно в России регистрируется **12-13 тысяч** новых случаев РШМ, уровень смертности остается на высоких цифрах. В 2007 году в России от РШМ умерли **8047** женщин, особенно в Сибири и на Дальнем Востоке. За последние 10 лет на **35-45%** увеличилось количество запущенных случаев РШМ, особенно у молодых женщин.

Подводя итог широкомасштабных исследований, посвященных возникновению РШМ, Всемирный конгресс по патологии шейки матки и кольпоскопии, который проходил в 1990 году в Австралии, вынес резолюцию о том, что **РШМ является полностью предотвратимым заболеванием, если оно выявлено на стадии предрака или на ранней стадии рака.**

Поэтому мы с вами поговорим о том, как уберечь себя от этого опасного заболевания.

К факторам риска возникновения РШМ относятся:

- **раннее начало половой жизни** (в возрасте до 16 лет риск возрастает в 16 раз, в 16-19 лет - в три раза);
- **частая смена половых партнеров;**
- **ранняя беременность и роды;**

- **аборты;**
- **заболевания шейки матки;**
- **курение** (активное и пассивное);
- **генитальные инфекции;**
- **иммунодефицитные состояния;**
- **длительный прием высокодозированных оральных контрацептивов.**

Исследованиями последних лет доказано, что 99,7% случаев РШМ вызвано инфицированием женщин вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Все типы ВПЧ могут быть разделены на две группы: **высокого онкогенного риска**, которые выявляются в злокачественных опухолях, и **низкого онкогенного риска**, выявляемые при доброкачественных поражениях шейки матки и кондиломах.

К группе высокого онкогенного риска относятся типы вируса 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82, к группе низкого риска - 6, 11, 36, 42, 43, 44, 46, 47 и 50. Инфекция, вызванная ВПЧ низкого онкогенного риска, обычно протекает доброкачественно, с быстрым, в течение 12-18 месяцев, выздоровлением.

Распространенность ВПЧ-инфекции крайне высока. Максимальная распространенность ВПЧ у женщин отмечается в возрасте **15-30 лет. Папилломавирус человека**



предраковые изменения шейки матки.

Наиболее важным методом вторичной профилактики является проведение тотального обследования (скрининга) женщин. Всем известно, что **один раз в год женщина должна посещать гинеколога для профилактического осмотра.** Для ранней диагностики предрака и РШМ применяются следующие методы исследования состояния шейки матки:

- цитологическое исследование мазков,
- расширенная кольпоскопия,
- гистологическое исследование,
- подтверждение наличия ДНК ВПЧ методом ПЦР и другие методы.

Это позволяет выявить изменения на ранних стадиях, провести лечение и, соответственно, снизить смертность от рака шейки матки.

В настоящее время существуют следующие основные методы лечения предраковых заболеваний шейки матки.

Первый этап. Медикаментозное лечение (противовирусное, антибактериальное, противовоспалительное, иммуномодулирующее и др.).

Второй этап. Деструктивное лечение:

- криодеструкция;
- диатермокоагуляция, конизация шейки матки;
- радиоволновая хирургия;
- СО₂-лазерная вапоризация;
- фотодинамическое лечение.

Почему мы не начинаем сразу с деструктивного лечения? Более чем у половины больных, которым проводилось только деструктивное лечение, возникают рецидивы заболевания, которые тяжело поддаются лечению. Это связано с недостаточным обследованием пациенток, неадекватной санацией полового партнера, приводящей к повторному инфицированию пациентки, курением, ослабленным иммунитетом и гормональным фоном.

Но если мы не смогли предотвратить возникновение рака шейки матки, то проводится **третичная профилактика.** Она проводится уже онкологами и содержит комплексное или комбинированное лечение, включающее оперативное вмешательство в сочетании с лучевой и химиотерапией.

В заключение хотелось бы привести слова Чарльза Камерона (1964г.): «Если женщина умирает от рака шейки матки, то кто-то еще, кроме рака, повинен в ее смерти». ☹

Правила для водителей

✓ **Не садитесь за руль, если вы заметно раздражены, переутомились или сильно не выспались. Лучше не экономьте и вызовите такси.**

✓ **Не увлекайтесь кофе. Чувство утомления и слабости, временно исчезающее после чашки кофе, скоро возникает вновь и в еще большей степени. Кроме того, повышенное количество кофеина усиливает внутреннее напряжение и возбуждение водителя.**

✓ **Не пытайтесь управлять автомобилем в шлепанцах или обуви на высоком каблуке. Обувь водителя должна быть закрытой, плотно облегающей ногу и с относительно гибкой подметкой.**

✓ **Не стоит садиться за руль в массивных головных уборах и с пышными распущенными волосами. Ничто не должно ограничивать обзор и затруднять движения головы.**

✓ **Не пейте много жидкости перед поездкой. Помните, что вы можете застрять в пробке. Лучше берите питье с собой в дорогу.**

✓ **Не принимайте пищу и не пейте во время движения! Ведь человек даже при обычном открывании бутылки с водой отвлекается от процесса управления автомобилем больше, чем, скажем, при разговоре по мобильному телефону.**

✓ **Не садитесь за руль сразу после плотного обеда. Обильная еда провоцирует отток крови от мозга к желудку и кишечнику - внимание ослабевает. Особенную сонливость и расслабленность вызывает жирная и углеводистая пища. Подобные блюда активируют тормозные реакции в головном мозге.**

✓ **Не водите машину после приема успокаивающих средств, снотворных препаратов, процедуры местного обезболивания. Могут повлиять на скорость реакции другие препараты и даже лекарственные травы. Поэтому водителям следует ознакомиться с инструкцией перед применением любого лекарства!**

За рулем противопоказаны:

○ Препараты:

◆ **обезболивающие и противогрибковые:** кетанов, кеторол, колдрекс найт, нурофен плюс, гриппофлю, пенталгин, седалгин-нео, терафлю, фервекс.

◆ **для лечения аллергии и астмы:** димедрол, супрастин, тавегил, пипольфен, кетотифен, перитол.

◆ **для снижения артериального давления:** аделъфан, анаприлин, допегит, клофелин, корвитол, физиотенз, эгилон.

◆ **для лечения диареи:** имодиум, лоперамид.

◆ **противорвотные:** реглан, церукал.

◆ **психотропные:** успокаивающие, снотворные, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты с седативным действием.

◆ **для лечения кашля:** коделак, терпинкод.

◆ **для улучшения мозгового кровообращения:** стугерон, циннаризин.

○ **Лекарственные травы:** пион, пустырник, валериана, шлемник, душица, синюха, хмель.

○ **Успокаивающие препараты на основе растений:** персен, ново-пасит, дормиплант, санасон. ☹



Материнство: ЖЕНЩИНА ПОСЛЕ РОДОВ

СВЕТЛАНА СЕРГЕЕВНА ШМАКОВА,
заместитель директора по общим вопросам,
Краевой кризисный центр для женщин

Многие женщины, с самого детства, юности, мечтают о рождении ребенка, видят себя в роли матери. Такая женщина не боится беременности, родов, а главное - полностью готова к роли матери, что подразумевает под собой осознанную психологическую готовность к материнству, не вникая в глубь проблем, и связанную роль в отношении мать - ребенок. Но было бы ошибочно думать, что полностью сформированная материнская константа в социально-личностной сфере женщины всегда есть.

Правильная психологическая готовность женщины к материнству поможет избежать тревожности, связанной с родами, послеродовым временем, предотвратить дезадаптацию, а также послеродовую депрессию.

Вскоре после рождения ребенка, когда все тревоги вроде бы уже позади, на женщину вдруг накатывает волна необъяснимой тревоги и чувства острого одиночества. Она становится слезливой, раздражительной и агрессивной. Все, что она делает, кажется навязанным и однообразным, преследует мысль, что теперь всю оставшуюся жизнь женщина будет кормить, умыть, учивать, успокаивать и снова кормить, качать, кормить, качать...

Конечно, спустя некоторое время эти ощущения пройдут, но, к сожалению, слишком часто они оставляют след в отношениях с близкими. Обиды на непонимание, тревога за малыша, чувство связанности - все это ложится темным пятном на отношения с ребенком и мужем.

Весь период беременности мать и младенец составляют единое целое. Природа позаботилась о том, чтобы максимально уменьшить воздействие внешних неприятностей на ребенка, наделив женщину умением защищать и оберегать маленького человека. За девять месяцев будущая мама свыкается с ролью защитницы, принимает на себя огромную ответственность за сохранение жизни, здоровья и счастья малыша. Теперь она будет воспринимать состояние ребенка как свое собственное, чувствовать его голод, испуг, боль, радость, блаженство. И хотя такое понимание гарантирует малышу безопасность и выживание в первые недели жизни, для матери тяжесть ответственности может проявиться в

виде послеродовой депрессии. Обычно она появляется в первые дни после родов на фоне физической ослабленности и гормональной перестройки организма женщины. Состояние плаксивости, повышенной чувствительности, сильной тревоги или раздражительности продолжается от нескольких часов до нескольких дней и постепенно уходит, уступая место другим переживаниям: радости, сопричастности чуду. Отношения с ребенком с каждым днем развиваются все интенсивнее, малыш постоянно вносит что-то новое. Эмоциональное состояние матери стабилизируется, она верит и надеется, что ребенок будет счастливым в жизни, найдет свою любовь, у него будет любимая работа.

Вот несколько способов улучшения самочувствия после родов.

Постарайтесь не волноваться: неблагоприятный период скоро закончится. Не упрекайте себя, если иногда вы чувствуете раздражение по отношению к малышу: как и вообще в отношениях между людьми, между матерью и ребенком также могут быть моменты большей или меньшей эмоциональной близости.

После возвращения из роддома общение с большим количеством людей будет утомлять вас, поэтому **лучше побыть одной в спокойной обстановке.**

После рождения ребенка молодая мама не может быть сразу такой же деятельной и работоспособной, как раньше, в таком состоянии **очень важно не переутомляться.** В первое время после родов не отказывайтесь от помощи близких в быту.

Поговорите с женщинами, которые уже имеют детей, это поможет



вам не замыкаться в своем одиночестве.

Расскажите о своем душевном состоянии отцу ребенка, но не требуйте, чтобы он понял и разделил ваши мысли и чувства: возможно, он тоже остро переживает рождение малыша и ему также еще понадобится время, чтобы постепенно «научиться» быть папой.

Следите за своей внешностью, несмотря на постоянную занятость, уделяйте время для ухода за своей внешностью. Красивые волосы и лицо будут способствовать улучшению настроения.

Находите возможность провести вечер с супругом вне дома. Ребенка можно доверить заботам бабушки или няни. Помните о муже, который после рождения малыша может почувствовать себя лишним в связке «мать-дитя». И не стоит забывать, что сексуальные отношения помогут вам выйти из депрессивного состояния.

Иногда игнорирование таких простых, казалось бы, советов, невнимания к своим психологическим проблемам - первый шаг к кризисной ситуации в семье. Если вы оказались в трудной жизненной ситуации в дорожном и послеродовом периоде, в Краевом кризисном центре для женщин вам окажут экстренную психологическую помощь и поддержку. Работа специалистов направлена на оптимизацию социальных условий, помощь в решении психологических проблем в период беременности, после родов. Для подростков проводится тренинг «**Семья - маленькая страна**», направленный на формирование позитивного образа семьи, развитие позиции ответственного родительства. ☺



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Этика в здравоохранении

ТАТЬЯНА БОРИСОВНА ЧЕКРИЙ,
заведующая практикой ГОУ СПО
«Барнаульский безовый медицинский колледж»,

НИНА ЕВСТАФЬЕВНА СМИРНОВА,
главная медицинская сестра МУЗ «Городская
больница №3» - члены АРОО «ПАСМР»

18-19 декабря 2007 года
в г. Санкт-Петербурге состоялся
Российско-американский семинар
«Этика в здравоохранении».

Проводился он под патронажем
Ассоциации медицинских сестер
России (РАМС) при участии Центра
медицинской этики «Провиденс», штат
Орегон, США, и Центра медицинской
этики, штат Вашингтон, США.

В работе семинара
принимали участие пред-
ставители 31 региона на-
шей страны, в том числе
и мы, члены Ассоциации
средних медработников
Алтайского края. Форум -
51 человек - представля-
ли главные и старшие ме-
дицинские сестры лечеб-
но-профилактических уч-
реждений, главные специ-
алисты по сестринскому
делу департаментов здра-

воохранения, преподава-
тели медицинских коллед-
жей, представители эти-
ческих комитетов различ-
ных регионов с географи-
ей от Брянска до Иркутс-
ка.

С американской сторо-
ны в качестве преподава-
телей выступили профес-
сор этики Университета
Портланда **Томпсон
ФАЛЛЕР** и медицинская
сестра, Директор профес-



Т.Б. Чекрий, Н.Г. Смирнова и наши зарубежные коллеги

сиональной практики и
развития Центра медицин-
ской этики Сиэтла **Мария
ДРИВЕР**. С приветствен-
ным словом к нашим за-
рубежным коллегам обра-
тилась президент РАМС
В.А. САРКИСОВА.

В ходе проведения се-
минара, несмотря на язы-
ковой барьер и общение
через переводчика, учас-
тники быстро нашли пони-
мание, так как обсуждае-
мые вопросы равнодуш-
ными никого не оставили.

Теоретические занятия,
а затем практическая ра-
бота в секциях прошли в
непрерывном диалоге с
большой пользой и вза-
имным интересом. Основ-

ным моментом общения и
обучения стало **совмест-
ное принятие решений
на основе модели и в
соответствии с этичес-
кими принципами на
примерах практическо-
го опыта участников се-
минара**.

**Рассмотрим неко-
торые из этих принци-
пов.**

**ПРИНЦИП АВТО-
НОМНОСТИ** относится к
*праву человека самому
выбирать и принимать
решение, по его мнению,
лучшее для него. Это по-
вышает ответствен-
ность за самого себя.*

Принцип предпо-
лагает, что человек, ►

▶ принимающий решение, компетентен и способен принимать решения, а также следовать согласно сделанному выбору. Принцип автономности лежит в основе информированного согласия пациента, кроме того, принцип построен на уважении права пациента согласиться и отказаться от лечения.

В целом, этические принципы говорят о том, где, как, каким образом мы не должны совершать те или иные действия. Они являются основой многих правил, которым мы следуем.

Однако еще раз обращаем внимание, что медицинская сестра обязана убедиться, что пациент обладает необходимой информацией для того, чтобы сделать осознанный выбор.

ПРИНЦИП МИЛОСЕРДИЯ предполагает совершение добра и непричинение вреда людям. Он уходит корнями в глубину прошлого, когда одним из основных постулатов Гиппократов был призыв «не навреди». Из принципа милосердия вытекают некоторые обязательства, связанные с патернализмом, - это подавление желаний одного человека другим, когда последний оправдывает свои действия тем, что так будет лучше.

На практике, и довольно часто, может возникнуть противоречие между принципом милосердия и принципом автономности, когда медицинский работник с добрыми намерениями настоятельно рекомендует какое-либо действие, а пациент принимает другое решение. Например, у женщины, ожидающей ребенка, обнаруживают патологию сердца, способную при продолжении беременности и родах привести к ее гибели, и врач настойчиво рекомендует подумать о прерывании беременности в связи с угрозой ее жизни (принцип милосердия и принцип непричинения вреда). Однако женщина принимает решение сохранить ребенка даже ценой своей жизни (принцип соблюдения автономности).

ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ

определяет критерии, по которым принимаются решения по распределению средств. Существуют две классификации принципов справедливости: основополагающие (принимаются решения) - принципы потребности, равенства, пользы, свободы, восстановления прав и методологические (касаются процесса принятия решения) - принципы открытости, ответственности, уважения автономности. Используя этот принцип, мы можем видеть ситуацию с разных сторон и обсуждать различные точки зрения.

Кроме перечисленных, можно назвать **ПРИНЦИПЫ ПРАВДИВОСТИ, ВЕРНОСТИ, ПОЛНОТЫ ПОМОЩИ.**

В 1803г. английский врач **Т. Персиваль** издал книгу «**Медицинская этика, или свод установленных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов**» (хирурги в те времена к врачам не относились). После прочтения этих правил можно убедиться, что практически это служебные инструкции врачам и медсестрам XX века: «*Больничные врачи и хирурги должны так оказывать помощь больным, чтобы у них создалось впечатление важности их службы; что покой, здоровье и жизнь тех, кто вверен их заботам, зависят от их умения, внимания и преданности.*

Для медицинских сестер эти принципы являются инструментом, который необходимо применять на практике и выполнять свои непосредственные обязанности, записанные в Этическом кодексе медицинских сестер России.

Они должны усвоить также, что в их манере держаться следует соединить нежность с твердостью, снисходительность с авторитетом, чтобы пробудить в умах своих пациентов чувства благодарности, уважения и доверия...

Чувства и эмоции больных в критических обстоятельствах следует знать и принимать во внимание не в меньшей степени, чем симптомы их болезни...

Поскольку неправильная оценка может усилить реальное зло (болезнь) или создать воображаемое, никакие обсуждения по поводу существа заболевания не допустимы в присутствии больных ни с врачом (хирургом), ни с учениками больницы или другим медиком, приглашенным в больницу...

В больших палатах больницы с пациентами следует говорить об их жалобах таким тоном голоса, чтобы не было слышно окружающим. Тайна, когда того требуют особые обстоятельства, должна быть строго соблюдена.

А к женщинам следует относиться с самой скрупулезной деликатностью. Пренебрегать или смеяться над их чувствами жестоко...

Участие медсестры в принятии того или иного этического решения может иметь различные последствия для пациента, поэтому **медсестра должна как можно лучше понять точку зрения пациента и сказать о своем видении проблемы как можно более понятно и грамотно.** Этические проблемы и вопросы - это проблемы и вопросы, связанные с реальной жизнью. И единого способа решения этих вопросов не существует. **Сколько пациентов, ситуаций, проблем, столько может быть и решений.**

Поэтому существующие модели принятия этических решений содержат механизмы, которые помогают тщательно обдумать, обсудить этический вопрос. Кроме того, в решении этических проблем могут и должны принимать участие **этические комитеты**, которые должны быть созданы в ЛПУ, **специалисты по этическим вопросам, коллеги.** Немаловажную роль для повышения этической грамотности медицинской сестры должно играть самообразование, участие в семинарах и конференциях. ☺

они должны быть созданы в ЛПУ, **специалисты по этическим вопросам, коллеги.** Немаловажную роль для повышения этической грамотности медицинской сестры должно играть самообразование, участие в семинарах и конференциях. ☺



За здоровьем - к нам!

ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА НЕСТЕРЕНКО,

медицинская сестра терапевтического (нефрологического) отделения, высшая квалификационная категория, специалист повышенного уровня образования, член ПАСМР с 2001 года

Болезнь вызывает массу проблем: пропущенные занятия, недовольство работодателя, подорванное здоровье и возможные осложнения. Сегодня рынок медицинских услуг предоставляет нам огромный выбор: от стационара ЛПУ, амбулаторного лечения или дневного стационара до множества частных клиник.

Как выбрать то, что нужно? При выборе мы, как правило, руководствуемся следующими критериями:

- ◆ во-первых, лечение должно быть эффективным;
- ◆ во-вторых, соответствовать последним достижениям современной науки;
- ◆ в-третьих, пациент должен чувствовать себя комфортно.

Всем этим требованиям отвечает **Краевая клиническая больница**, представляющая собой крупнейшее лечебное учреждение Сибири для комплексного стационарного и поликлинического лечения, а также реабилитационно-восстановительного лечения. Мощность больницы - 1090 коек, ежегодно в стационаре проходят лечение более 20 тысяч человек.

Терапевтическое (нефрологическое) отделение ГУЗ «Краевая клиническая больница» является старейшим терапевтическим отделением в крае и единственным, занимающимся диагностикой и лечением заболеваний почек. Наше отделение рассчитано на 30 коек, но фактически ежедневно получают лечение до сорока и более пациентов.

Нефрологическое отделение - это единственное широкопрофильное отделение, охватывающее следующие направления:

◆ оказание *диагностической, лечебной и профилактической помощи* пациентам с различными типами хронического гломерулонефрита и его осложнениями;

◆ *лечение нефропатий при сахарном диабете, системных заболеваниях (СКВ, коллагенозах, склеродермии), васкулитах, гестозах беременных, септических поражениях и др.;*

◆ *консультативная помощь* стационарам городов и районов края;

◆ *поликлинический прием больных.*

В отделении проводится лечение консервативной стадии хронической почечной недостаточности, острой почечной недостаточности в стадии восстановления диуреза и реабилитации с использованием диетических мероприятий, энтеросорбентов, фитопрепаратов, а также отбор больных на гемодиализ.

Другим важным направлением работы отделения является *диагностический поиск при неуточненных заболеваниях и синдромах* (лихорадка неясного генеза, синдром ускоренной СОЭ и др.) - такие пациенты требуют особого внимания и заботы.

В арсенале возможностей отделения:

◆ эндоскопические и разнообразные рентгеновские, ультразвуковые методики обследования;

◆ пункционная биопсия почек (нефробиопсия);

◆ консультации «узких» специалистов,

◆ обширные возможности биохимической, клинической, бактериологической, иммунологической лабораторий;

◆ компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Все это помогает уточнить диагноз даже в самых сложных случаях.

У нас работает команда единомышленников под руководством врача-нефролога высшей квалификации **Иды Владимировны КАРПЕНКО**.

За более чем пятидесятилетие работы отделение накопило большой опыт в лечении пациентов. Больной со всеми своими проблемами находится в центре внимания врачей и медсестер, соотношение врач-медсестра равно 1:2.

У нас обследуются и лечатся пациенты юного возраста, и одна из наших задач - **помочь им адаптироваться в условиях стационара, без поддержки, заботы родных и близких людей.** Персонал оказывает психологическую поддержку как ребенку, так и родителям; находит подход к негативно настроенным пациентам, окружая их заботой и вниманием.

Болезнь вносит огромные изменения в жизни пациента, у него появляется сразу мно-



го проблем: необходимо правильно питаться, находиться под регулярным медицинским контролем, у большинства есть страх перед предстоящими манипуляциями и пр. **Медицинская сестра обязана узнать все, что пугает пациента, постараться решить проблему вместе с ним и его семьей.** Огромную роль в нашей деятельности играет разъяснительная работа и обучение пациентов.

Главное в нашей профессии - **уход за пациентами, выхаживание их.** Мы стараемся сделать пребывание пациентов в отделении максимально комфортным: в палатах чисто и уютно, много цветов, уход за которыми мы осуществляем совместно; стараниями пациентов собрана небольшая библиотека. Стало доброй традицией оставлять для других уже прочитанные книги. **В отделении - прекрасный психологический климат.** Наши врачи, сестры, санитарки - единая команда.

А что плохо - не всегда мы видим «конечный результат». **Не от нас иногда выписываются пациенты:** выходим его, найдем причину болезни и переводим в другое отделение для долечивания. Болезнь - это не приговор. С нею можно быть полезным обществу, нужно и можно жить полноценной жизнью.

В заключение процитирую слова Д.Франка: «Лечение только физических болезней, когда не врачуются душа, не достаточно и не совершенно». ☺



Гломерулонефрит атакует

ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА НЕСТЕРЕНКО,

медицинская сестра терапевтического (нефрологического) отделения, высшая квалификационная категория, специалист повышенного уровня образования, член ПАСМР с 2001 года

Гломерулонефрит - это иммуновоспалительное заболевание с преимущественным поражением почечных клубочков, вовлечением канальцев, интерстициальной ткани, сосудов почек.

Особенно вероятно его развитие при перенесенных ОРЗ, ОРВИ, инфекциях носоглотки - нелеченных или недолеченных; гнойный отит, фурункулез; при особенностях труда - работа в холодном помещении, на сквозняках; при воздействии токсических веществ (суррогаты алкоголя, свинец, ртуть, лекарственные препараты); при воздействии вирусов, гепатита В, С.

Острый гломерулонефрит развивается через 6-12 дней после перенесенной инфекции. Появляются отеки, одышка, головная боль, боль в поясничной области, уменьшается количество мочи, изменяется ее цвет (темная), повышается артериальное давление, повышается температура тела до фебрильных цифр.

Заболевание не обходит стороной и сердце. **Проводите самообследование:** считайте пульс, измеряйте давление. Следите, как вы переносите физические нагрузки, не появляются ли боли в области сердца и одышка. Почти всегда снижается уровень гемоглобина в крови. Следите за кожей - ее бледность указывает на анемию, а слабость и головокружение говорят, что анемия выражена значительно. Но истинный уровень гемоглобина можно выявить только с помощью анализов, всегда храните результаты, чтобы врачу было с чем сравнить.

Заболевание приобретает тяжелое течение, если острый процесс

длится более шести месяцев и переходит в хроническое течение. **Следите за цветом мочи**, периодически сдавайте ее на анализ - большинство изменений не видны глазом. **Следите за отеками:** появление утренних мешков под глазами свидетельствуют о нарушении работы почек. Об этом же говорит стойкое повышенное давление, особенно нижнее диастолическое. Кроме того, болезнь поражает глаза, сосуды, нервы.

При гломерулонефрите назначают далеко не безобидные препараты. **Особенно серьезно надо относиться к гормонам.** Любое самовольное изменение их дозы или прекращение приема ведет к обострению заболевания. Имейте в виду, что гормоны вызывают осложнения: сахарный диабет, язву желудка, непропорциональное ожирение. Да и другие препараты, цитостатики, могут вызвать боли в желудке, аллергию, изменения в крови. Но не воспринимайте побочные действия лекарств как что-то неизбежное. Препаратов очень много, поэтому врач всегда найдет замену. **Избежать обострений поможет не только непрерывное лечение, но и меры предосторожности.** Холод, сквозняки, резкая перемена погоды провоцируют боль. **Нельзя заниматься тяжелым физическим трудом!**

Если у вас избыточный вес, необходимо похудеть - устраивайте разгрузочные дни. **Количество выпитой жидкости не должно превышать ко-**

личество выделенной мочи, ограничьте белок до 50-60г/сутки, лучше в виде яичного белка, творога, ограничение соли до 1,5-2г в сутки при обострении и до 3г в ремиссию. В рационе должны присутствовать фруктовые соки, овощи.

Лечение травами должно быть непрерывным, в сочетании с энтеросорбентами. Рекомендованы: листья и почки березы, лист брусники, спорыш, толокнянка, клюква, шиповник, тысячелистник, «почечный сбор». Вне обострения показано санаторно-курортное лечение.

Профилактика заключается в первую очередь в исключении и уменьшении действия факторов, вызывающих возникновение гломерулонефрита: санация очагов инфекции (тонзиллит, гайморит, кариес); избегать переохлаждений; правильное трудоустройство пациента; не занимайтесь самолечением!

Если уж вы заболели, то главная ваша задача - затормозить развитие болезни. Первым делом встаньте на диспансерный учет к терапевту, лучше к нефрологу. Желательно наблюдаться и лечиться у одного доктора, который изучит все тонкости вашей болезни и сразу заметит любые изменения.

Лечение - процесс обоюдный, его успех зависит и от врача, и от самого пациента, а также от особенностей назначенного медикаментозного препарата и поддержки в стремлении выполнить все рекомендации: лекарственной терапии и дополнительной диагностики; коррекции своего поведения - отказ от вредных привычек, достижение адекватного уровня физической активности, рационализации питания. ☺



Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних
медицинских
работников:
(8-3852) 34-80-04



Отбеливание зубов



ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ СЕМЕННИКОВ,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой хирургической стоматологии,
Алтайский государственный медицинский университет;

НИНА ВЛАДИМИРОВНА СЕМЕННИКОВА,
аспирантка Сибирского государственного медицинского университета



Сегодня красивые зубы стали неотъемлемой частью имиджа благополучного человека. Вероятно, интерес к красивым зубам пришел в Россию из-за рубежа, где белоснежные, ровные зубы стали не только символом здоровья, но и олицетворением преуспевания.

Многие люди мечтают иметь зубы «белые, как снег». Однако надо понимать, что **цвет - не единственный критерий, который определяет эстетику улыбки.** Наряду с цветом обычно большее значение принадлежит **форме зубов, их взаиморасположению, структуре поверхности, состоянию десен и красной каймы губ.** Часто именно эти факторы определяют внешний вид зубов и улыбки в целом.

Остановимся на цвете зубов. Почему зубы темнеют? **Изменение цвета зубов подразделяется на три вида:**

- 1) *поверхностное;*
- 2) *глубокое;*
- 3) *возрастное.*

Основной причиной поверхностного изменения цвета зубов является **курение и употребление в пищу продуктов питания, которые обладают красящими свойствами** (чай, кофе, шоколад, черника и т.д.). Причиной глубокого изменения цвета могут служить **некоторые медикаментозные и химические вещества.** Изменение цвета может быть выз-

вано и **избыточным потреблением фтора в детском возрасте** (использование фторсодержащей зубной пасты, употребление фторированной воды), а также **генетическими и системными заболеваниями.**

Цвет зубов неизбежно меняется с возрастом. Время не щадит эмаль зубов. Она истончается, вестибулярные поверхности зубов становятся более плоскими, а цвет зубов меняется из-за потери прозрачности. Вместе с тем вырабатывается вторичный дентин, который, в свою очередь, усугубляет изменение цвета. Комбинация истонченного непрозрачного слоя эмали и увеличение выработки более темного и матового дентина создает цвет «старческих зубов».

Изменить цвет зубов можно с помощью различных методов отбеливания, таких, как: **домашнее, в кабинете врача** (профессиональное отбеливание), **с применением средств, продающихся в аптеке.**

Для выбора метода отбеливания консультация стоматолога обязательна!

Говоря об отбеливании зубов, надо понимать, что **эта процедура не лечит заболевание, а устраняет косметические дефекты** - зубы становятся светлее. В большинстве случаев речь идет об осветлении зубов, а не о создании радикально иного цвета, например, «кафельной белизны». Кстати, зубы такого цвета создают иллюзию искусственности и заставляют собеседника невольно «заглядывать вам в рот», что создает дискомфорт для общения - внимание полностью переключается на зубы собеседника.

Что происходит при отбеливании зубов? Изменение цвета происходит благодаря окислению органических структур зуба. Цвет зуба придает **дентин** - основная ткань зуба, которая находится под эмалью. **Эмаль** - полупрозрачная, похожая на матовое стекло твердая ткань зуба (оболочка). Чтобы добраться до дентина и обесцветить его, активному химическому агенту приходится проделывать в эмали микропоры. Потом они восстанавливаются за счет слюны, но иногда этого бывает недостаточно и возникают осложнения в виде повышения чувствительности зубов и кариозных поражений.

В среднем после первой процедуры профессионального отбеливания эффект сохраняется примерно в течение года. Если отбелива-



◀ ние станет для вас делом привычки, то знайте: чем больше процедур, тем меньше период «белых зубов».

Важнейшим недостатком отбеливания является невозможность точно предсказать полученный результат, а тем более длительность сохранения достигнутого результата. Таким образом, результат не может быть гарантирован.

Для процедуры отбеливания зубов существуют основные показания:

- ◆ изменения в цвете, вызванные гипоплазией эмали;
- ◆ изменения в цвете, связанные с флюорозом;
- ◆ дисколорит в виде белого пятна;
- ◆ возрастные изменения;
- ◆ изменение цвета депульпированных зубов;
- ◆ «тетрациклиновые зубы» - желтые (следствие лечения матери в период беременности тетрациклином).

Наряду с показаниями существует и ряд противопоказаний:

- ◆ дети до 18 лет!
- ◆ наличие обнаженных шеек зубов, эрозии эмали;
- ◆ значительная убыль эмали в результате патологической или возрастной стираемости зубов, трещины на поверхности эмали;
- ◆ наличие ортодонтических конструкций;
- ◆ несанированная полость рта;
- ◆ беременность и кормление грудью;
- ◆ аллергия на перекисные соединения;
- ◆ большое количество реставраций на передних зубах (т.к. ткани зуба станут гораздо светлее реставраций, и их придется менять);
- ◆ пародонтоз;
- ◆ пациенты с повышенной светочувствительностью, включая тех, кто проходит курс лечения фотохимиопрепаратами.

Обязательно нужно помнить: белые зубы - не значит здоровые!

Если вы решитесь на отбеливание зубов, необходимо чувство меры вам и вашему стоматологу. **Идеально белый цвет зубов без каких-либо цветовых нюансов свидетельствует об их искусственном происхождении.** Красивый, здоровый, естественный зуб имеет блестящую поверхность и немного «солнечного сияния», на что указывает легкая желтизна.



Тотальное желание иметь совершенно ровные белые зубы, вероятно, отражает тенденцию нашего века улучшить себя искусственным путем, создавая идеальную, но вполне стандартную улыбку, подгоняя себя под среднестатистический идеал, теряя собственную индивидуальность и пикантность! ☺

Государственный художественный музей Алтайского края приглашает:

Май 2008 года

ВЫСТАВКИ:

«Радуга ремесел»

(выставка изделий крестьянских промыслов и ремесел). 24 мая - празднование Дня славянской письменности «**Пасхальный благовест**».

На выставке проводятся мастер-классы по бисероплетению, ткачеству, лепке и росписи глиняной игрушки.

«Восхождение» (к 20-летию народного художественного промысла «Турина гора») - 24 апреля-25 мая.

«Живи и помни» (персональная выставка В.А. Раменского). На выставке проводится тематическая экскурсия «В.А. Раменский - художник и педагог» с демонстрацией фильма о художнике, мультимедийное занятие «В мастерской графика».

Детей приглашаем на интерактивное занятие **«В мире добрых сказок»**, где они встретятся с героями алтайских сказок, примут участие в игре-викторине, познакомятся с техникой монотипии и нарисуют любимого сказочного героя - 7 мая-8 июня.

МЕРОПРИЯТИЯ:

▶ «Музейная ночь» - 17 мая, 19.00-02.00ч.

20.00ч. - открытие фотовыставки «Лучшая семья - МОЯ!», в 21.00ч. - открытие выставки «У самовара я и моя Маша...».

▶ Церемония награждения участников и победителей межрегионального конкурса детского творчества, организованного ГХМАК и Костромским Государственным историко-архитектурным и художественным музеем-заповедником - 22 мая, 16.00ч.

Информационно-образовательный центр «Русский музей: виртуальный филиал», в течение месяца:

▶ В рамках месячника «Поклонимся великим тем годам»:

- «Образ воина-защитника Отечества в изобразительном искусстве» (мультимедийная программа на примере произведений ГХМАК).

- «Художник и война» (мультимедийное занятие о спасении шедевров ГРМ во время ВОВ; рассказ о жизни и творчестве эвакуированных в годы войны на Алтай художников).

- «Путь к Победе» (ВОВ в произведениях художников). Интерактивная программа для индивидуального пользования.

▶ Образовательные мультимедийные программы из цикла «Музей - детям» по темам: «Рождение картины»; «Виды и жанры изобразительного искусства»; «Рассказы о Русском музее»; «Путешествие по Петербургу».

Занятия для будущих родителей «В поисках гармонии: ребенок до рождения». Проводятся еженедельно по пятницам в 14.00ч., тел. для справок 61-18-88.

Семейный фольклорно-этнографический абонемент «Круг жизни». Занятия проводятся еженедельно по субботам в 14.00ч. для детей от 5 лет с родителями или бабушками; тел. для справок 61-06-74.



Хронический простатит



Александр Израилевич НЕЙМАРК,
заведующий кафедрой
урологии и нефрологии,
д.м.к., профессор,

Андрей Викторович ДАВЫДОВ,
ассистент кафедры
урологии и нефрологии, к.м.н. -
Алтайский государственный
медицинский университет



Хронический простатит, известный в медицине с 1850 года, и в настоящее время остается весьма распространенным заболеванием. При этом он недостаточно изучен и плохо поддается лечению. Простатит поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее сексуально активных, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций.

Большинство урологов полагают, что хроническим простатитом страдают **20-43% мужчин**. У всех мужчин, страдающих этим заболеванием, существенно снижается качество жизни. На качество жизни при хроническом простатите влияют не только проявления заболевания (боль, нарушение акта мочеиспускания), но и сопутствующие психопатологические и сексуальные расстройства, семейная и социальная дезадаптация.

У представителей некоторых профессий, например, у моряков дальнего плавания, профессиональных водителей, рабочих химических производств, **частота хронического простатита еще выше - 53-66%**. Это связано с наличием профессиональных вредностей (вибрация, контраст температур, малоподвижный образ жизни, укачивание и т.д.).

Доказано, что **развитие хронического простатита обусловлено нарушением микроциркуляции в предстательной железе**, одной из причин которого являются застой-

ные явления в мочеполовом венозном сплетении. Последние очень часто имеют место не только у водителей автотранспорта, что связано с их постоянным укачиванием, гиподинамией, переохлаждением, вибрацией, но и у мужчин, ведущих **малоподвижный образ жизни** (перед телевизором, за компьютером).

Усиленному притоку крови к органам малого таза с последующим венозным стазом в предстательной железе способствуют многие факторы, такие, как **половые излишества, прерванный половой акт, нерегулярная половая жизнь, злоупотребление алкоголем, длительное переохлаждение** и т.д. Все это приводит к развитию хронического простатита.

К сожалению, врачи нередко выявляют хронический простатит на поздних стадиях, когда налицо не только местные, но и выраженные общие проявления болезни. **Как следствие длительно текущего хронического воспаления предстательной железы наблюдается**

склероз ее ткани с нарушением уродинамики как нижних, так и верхних мочевыводящих путей. Появление у многих пациентов нарушений половой функции и фертильности служит причиной развития нервных и психических расстройств.

В настоящее время еще не сформирован единый подход к лечению хронического простатита, особенно абактериального, а лечение людей, страдающих этим заболеванием, продолжает оставаться трудной задачей. **Процент излечения больных хроническим простатитом крайне низок - не более 20-30.**

Хронический простатит составляет до 35% всех обращений к врачу по поводу урологических проблем среди мужского населения России трудоспособного возраста. В США число ежегодных посещений врачей по поводу хронического простатита составляет 1850533 и превышает аналогичный показатель для доброкачественной гиперплазии предстательной железы (1709053 обращения) и рака предстательной железы (887341 обращение). По данным Национального института здоровья США, около 25% мужчин, страдающих урологическими заболеваниями, имеют симптомы простатита.

Однако большинство урологов, как в нашей стране, так и за рубежом, считают, что **хронический простатит является одним из распространенных заболеваний и встречается у 20-35% мужчин репродуктивного возраста.** ►



◀ **Выделяют следующие наиболее важные факторы этиологии и патогенеза хронического простатита** (причем, у многих больных они связаны между собой):

- инфекция;
- факторы, способствующие развитию в предстательной железе нарушений кровообращения, застойных явлений, конгестии (прилив крови);
- нейровегетативные расстройства моторной функции предстательной железы и нижних мочевых путей (повышенная чувствительность альфа-1-адренорецепторов, динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретропростатические рефлюксы);
- нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто в сочетании с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря);
- нарушения иммунитета;
- нарушения аллергического статуса;
- гормональный дисбаланс;
- дефицит витаминов и микроэлементов;
- психосоматические нарушения.

Хронический простатит обычно начинается незаметно для больного, медленно прогрессирует и вяло протекает. Иногда предшествует острый простатит. **Длительное время (3-5 лет) хронический простатит ничем себя не проявляет.** Это - латентная стадия. Больной трудоспособен, считает себя здоровым.

При присоединениях вредных различных факторов: охлаждения, нарушения в половой жизни, стрессовых ситуаций и др. - **наступает обострение процесса** и развиваются его проявления, как общего, так и местного характера. Описаны более 100 симптомов. Проявления заболевания зависят от активности воспалительного процесса, степени вовлечения в него соседних органов, расстройств нервной и эндокринной систем, возраста больного и характера его питания, вредных привычек и др.

Все симптомы хронического простатита можно разделить на 3 группы: болевые, расстройства мочеиспускания и сексуальные. Больных беспокоит *слабость, плохой сон, снижение аппетита, трудоспособности, быстрая утомляемость, раздражительность.* Из местных симптомов самыми частыми являются *боли в области промежности, яичках, над лобком.* Они беспокоят чаще в состоянии покоя.

Нередко больных беспокоят боли, возникающие *в начале, конце или на протяжении всего мочеиспускания.* У некоторых больных боли локализируются *в паховых областях, половом члене и в прямой кишке.* Намного реже боль связана с половым актом: она обычно ощущается в области прямой кишки и возникает в момент эрекции, при семяизвержении или после него.

Нарушение мочеиспускания - следствие воспаления предстательной железы, ее увеличения и давления на шейку мочевого пузыря. Расстройства мочеиспускания проявляются его *учащением и затруднением, истончением и вялостью струи мочи, повелительными позывами на пускание.* Каждый из этих симптомов может проявляться самостоятельно или в сочетании с другими признаками. Учащение позывов на мочеиспускание обычно наблюдается в предутренние часы. Нередко они сопровождаются болезненной эрекцией.

У ряда больных, страдающих хроническим простатитом, возникает **расстройство половой функции:** *недостаточная эрекция (возбуждение полового члена), ускорение семяизвержения, снижение оргазма (сладо-страстие во время семяизвержения), а также может быть расстройство либидо (половое влечение).*

Половые расстройства у больных простатитом развиваются постепенно. Сначала отмечается *преждевременная эякуляция*, затем присоединяется *снижение эрекции*, а при значительных нарушениях регулирующих систем *расстраивается либидо. Преждевременная эякуляция - не только самый ранний, но и наиболее характерный симптом расстройств половой функции.* Нормальное семяизвержение у мужчин наступает не ранее, чем через 1,5-2 минуты после начала полового акта, а при нарушении семяизвержения - во время полового акта. У больных хроническим простатитом оно наступает раньше, иногда сразу после введения полового члена во влагалище, а у некоторых мужчин сразу при соприкосновении полового члена с малыми половыми губами партнерши. Семяизвержение иногда наступает в период, предшествующий сокоуплению. Следует учесть, что раннее семяизвержение может наблюдаться при невоспаленной предстательной железе, из-за повышенной половой возбудимости у юношей и молодых мужчин, которые предпри-

нимают половые сношения после довольно продолжительного перерыва половой жизни.

Лечение больных простатитом

Лечение хронических простатитов - более сложная задача по сравнению с лечением острых простатитов. Результат лечения зависит от возраста пациента, особенностей течения болезни, степени вовлечения в воспалительный процесс соседних органов.

Лечение должно быть строго индивидуальным, упорным и требует терпения больного и неукоснительного выполнения предписаний врачей.

Лечение включает ряд мероприятий: *соблюдение щадящего режима, диеты, гигиены половой жизни, противомикробную терапию, стимуляцию защитных механизмов организма, гормонотерапию, прием успокаивающих средств, массаж предстательной железы, физиотерапию, санаторно-курортное лечение.*

Щадящий режим имеет целью укрепить организм больных хроническим простатитом: занятия спортом и лечебной физкультурой, водные процедуры, гигиена труда. Больным, работа которых связана с длительным вынужденным положением тела, рекомендуется максимальное **расширение двигательного режима:** пешеходные прогулки, производственная гимнастика, активный отдых и др.

Ряд профессий сопряжен с хронической травмой промежности и органов малого таза из-за общей вибрации. Поэтому водителям автотранспорта целесообразно **пользоваться кольцом-бубликом из мягких, но упругих тканей**, которое подкладывается на сиденье так, чтобы промежность соответствовала просвету, а седалищные бугры упирались в борта кольца-бублика. **Длительная езда на велосипеде** также сопровождается тупой хронической травмой промежности, поэтому при хроническом простатите подобный вид прогулок не показан. И, напротив, полезны такие занятия спортом, как лыжи, коньки, туризм, плавание, теннис, а также лечебная физкультура.

Разработаны комплексы лечебной гимнастики при хроническом простатите, которые направлены на устранение застойных явлений в органах малого таза и повышение мышечного тонуса. Такие упражнения целесообразно выполнять не только



дома, но и на работе, особенно тем больным, у которых профессия связана с долгим сидением.

Тренирующий режим (7 дней) назначается больным с удовлетворительной физической подготовкой при отсутствии нарушений со стороны сердца и легких. В этот комплекс включены специальные упражнения, укрепляющие мышцы таза и промежности.

Противопоказаниями для лечебной физкультуры являются острые боли любой локализации, повышенная температура тела, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие проведению упражнений.

Режим труда и отдыха для больных хроническим простатитом подбирается строго индивидуально!

Больным рекомендуется полностью **исключить** употребление спиртных напитков и табака, а также **избегать** общего и местного переохлаждения.

При хроническом простатите рекомендуется **щадящая, но разнообразная диета** с исключением острых и пряных блюд, солений и маринадов. В рацион следует включать продукты с высоким содержанием витаминов группы С, В.

В период лечения не показано половое воздержание, нежелательно длительное половое возбуждение, не завершающееся эякуляцией, и любое другое отклонение от физиологического ритма совокупления.

Врачи при назначении антибиотикотерапии учитывают особенности их воздействия на предстательную железу со строгим индивидуальным подходом к больным. При проведении лечения больных простатитом важно установить причину заболевания и в зависимости от этого лечение может быть антибактериальным, противовирусным. Оно может воздействовать на другие возбудители: хламидии, уреаплазмы и т.д. Противомикробное лечение должно проводиться препаратами с учетом полученной чувствительности микрофлоры.

При застойных простатитах используются меры, направленные на уменьшение венозного застоя. Они включают в себя нормализацию ритма половой жизни, исключение прерванных половых сношений, малоподвижного образа жизни, приема алкоголя. Все вопросы лечения решает только врач, самолечение недопустимо!

У больных хроническим простатитом нередко отмечают различные **расстройства нервно-психической сферы**. Поэтому в комплексном лечении полезно использование психотропных препаратов и психотерапии, а также при повышенной раздражительности или, наоборот, состоянии депрессии проводится соответствующее лечение.

Массаж предстательной железы - один из старых способов лечения больных хроническим простатитом. Пальцевой массаж предстательной железы улучшает кровоснабжение, уменьшает венозный застой и способствует приливу артериальной крови в ткань железы. Улучшается ее функция. Это способствует устранению застоя секрета и утиханию воспаления. Продолжительность массажа от 0,5 до 1,5 минут. При правильно выполненном массаже отсутствуют болевые ощущения. Такой массаж необходимо проводить в комплексе с упомянутыми методами лечения, эффективно сочетание с курортным лечением (грязелечение, лечебные ванны и др.). ☺

В следующих номерах нашего журнала мы продолжим освещать тему мужского здоровья с ведущими врачами-урологами города и края.

Рябиновые встречи

Были такие встречи у нас в зале Новоалтайского городского общества инвалидов (НГОО ВОИ) в прошедшем году, когда собирались близкие по духу люди, любящие и чувствующие связь слов и музыки. Это были первые шаги, чтобы реализовать свои внутренние ресурсы человека, физически ограниченного недугом...



Встречи эти удались: то целебное влияние творческого вдохновения на душу оказалось очень важным и необходимым для каждого человека. Звучали напевные мелодии баяна, стихи собственного сочинения - они выражали свое отношение к миру, жизни, людям, и человек обретал самого себя, выбираясь из замкнутого повседневного круга болезней и тревог.

Нет сейчас у нашей общественной организации собственного зала, нет другого помещения для частых наших встреч, но есть потребность такого, воистину целебного, общения. На земле - весна, яркое солнце, голубое небо и совсем не хочется одиночества и печали! Вот и возникла идея организовать такие встречи на дому, чтобы на смену недомоганию, апатии или депрессии пришла природная способность к творчеству, ее исцеляющая сила противоядия страданию и боли.

Выбор был не случайным. Мы - несколько человек, членов НГОО ВОИ - встречались впервые у композитора, музыканта, поэта, философа Сергея Климова. Среди нас были: поэт Юрий Нагубнов, прозаик и автор этих строк Наталья Реброва, умелый организатор, специалист по связям и певунья Надежда Якимчук. Интересно, что буквально с первой минуты нашей встречи мы почувствовали легкость общения, непринужденность и уверенность, что нужны друг другу, доверие и открытость, готовность выслушать.

Вдохновенно читали строчки своих стихов Юрий и я, они гармонично переплетались с романсами в исполнении Сергея и Надежды. Мягкий баритон и нежное сопрано трогательно вели от мелодии к мелодии, освобождая нас от ощущения душевной боли. Мы почувствовали и поняли, что открывается новая страничка нашей жизни, раскрываются мечты, появляется желание творить, дарить людям радость общения, реализуя свои внутренние ресурсы творческим самолечением. Духовное созвучие философских статей и стихов Сергея, его умение владеть музыкальным инструментом наощупь, на слух ощущая глубинные связи со своей малой родиной, с истоками и предками в стихах Юрия - мы незаметно избавлялись от мучительных переживаний, оживая в новом: мы открыли для себя «метод терапии творческим самовыражением». ☺

Наталья Реброва, НГОО ВОИ



ШКОЛА приемных родителей



Наши дети не одиноки!

НИНА МАКСИМОВНА НОСОВА,
директор КГОУ «Кытмановский
детский дом», Алтайский край

Кытмановский детский дом для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, основан в 1994 году. Здесь живут дети, которым от 3-х до 18 лет. Они объединены в три семьи, преимущественно по родственным связям. Причем, каждая семья занимает блок с отдельным входом.

Мы убедились, что наши воспитанники после выпуска из детского дома не в состоянии без вмешательства взрослых решить многие повседневные проблемы. Для многих из них детский дом - единственный стабильный ориентир, где они могут найти помощь и поддержку в сложной жизненной ситуации.

Такое положение имеет как свои плюсы, так и минусы. Главный недостаток состоит в том, что **детский дом не может уделять выпускнику достаточного количества внимания и заботы, несмотря на то, что за каждым закрепляется индивидуальный воспитатель**, который интересуется его учебой, бытом и т.д. А ведь детям вдалеке от Дома как никогда необходимо внимание родных!

Поэтому возникла необходимость расширить круг людей, которые будут курировать ребенка, оказывать ему помощь и под-

держивать в трудных ситуациях. С этой целью в нашем детском доме была **разработана структура взаимодействия с учебными заведениями на всех уровнях**: директоров, заместителей, социальных педагогов, психологов, воспитателей, - и на основе этого составлялся совместный план работы с выпускником. Хочу отметить, что особенно удачное педагогическое сотрудничество сложилось с АГАУ, Троицким индустриально-педагогическим колледжем, строительным колледжем г.Барнаула, Киселевским педагогическим колледжем, профессионально-техническими училищами сс.Косиха, Тогул, Бочкари, г.Камень-на-Оби. И это взаимодействие позволило решить многие проблемы наших выпускников.

Нами было найдено решение: **положение можно улучшить, если о ребенке после выпуска из детс-**



Май 2007 года

кого дома будет заботиться, интересоваться его делами не только один закрепленный воспитатель, но и другие люди. Так, в 2002 году был создан **Попечительский совет** из 36 человек - руководители учреждений и производственной сферы, жители с.Кытманово и близлежащих сел.

На первом этапе (2002-2003гг.) закрепляли попечителей по семьям, чтобы расширить круг общения детей. Искали людей, которые действительно были заинтересованы судьбой детей-сирот.

На втором этапе (последующие два года) перешли на индивидуальное попечение. За каждым воспитанником был закреплен индивидуальный попечитель, который приходил в детский дом на различные мероприятия. Так, постепенно, некоторые попечители стали приглашать

детей к себе домой, проявлять искреннюю заботу и интерес к ребенку.

В 2004-2007гг. перешли на **новую ступень** - вовлечение дополнительно еще и сотрудника детского дома, учителей школы, некоторых родственников, с которыми удалось наладить контакт.

Поэтому сейчас **в воспитательный процесс для каждого ребенка включаются индивидуальный попечитель, закрепленный сотрудник детского дома, классный руководитель и родственник.** В дальнейшем планируем **совместную программу индивидуального педагогического сопровождения, где обозначена роль каждого участника.** Ее цель - создание условий для определения ребенка в замещающую семью и дальнейшее сопровождение выпускника.

Сегодня в нашем детском доме 9 попе-





чителей, и 11 сотрудников берут детей в свои семьи в каникулах и в выходные дни. Они - гостевые семьи, которые в перспективе могут стать опекунами детей.

Некоторые принимали это решение самостоятельно, кого-то просили взять шефство над ребенком, который подходит именно ему. Когда **Г.В. СИНЕНКОВОЙ** предлагали стать гостевой семьей для **Кати ВИННИК**, она долго сомневалась, ссылаясь на занятость и уход за больной мамой. Зато, когда не простая по характеру Катя несколько раз побывала в семье Синенковых, Галина Васильевна по-настоящему стала для нее близким и родным человеком. И чтобы было легче общаться с ребенком, психолог детского дома приготовила для родителя-попечителя рекомендации.

Теплые отношения установились у семьи **ДРОБИШЕВЫХ** и **Димы РОГОВА**, семьи **ЗОЛОТАРЕВЫХ** и **Нади АФОНАСЬЕВОЙ**, семьи **КАРАВАЕВЫХ** и **Элизы ШАПКИНОЙ** и у многих других.

Чтобы взаимодействие воспитателей-попечителей и наших детей проходило успешно, была разработана схема, которая стала основой планирования нашей совместной работы.

Стало традицией приглашать воспитателей-попечителей на проводимые в Доме мероприятия, праздники. Душевная теплота и радость общения присуща новогодним праздникам, где глава администрации района, попечители, дети и взрос-

лые детского дома становятся одной большой дружной семьей.

На праздновании Международного женского дня соревновались в командном зачете девочка-дочка, воспитатель семьи, ответственный сотрудник детского дома, закрепленный за этим ребенком, и попечитель-мама. Победителями были признаны **М.М. РЕПЬЕВА** и **Ж.А. ПАНОВА**.

Все с нетерпением ждут в Доме празднования дня рождения любого члена коллектива, в том числе и попечителя, который является желанным гостем на торжестве. Именинник чувствует, что только к нему пришел этот близкий человек и только для него одного существует этот День!

Но, к сожалению, не для всех детей нашелся близкий человек, так как большинство жителей не имеют достаточной информации о том, как можно принять детей в семью, какие существуют формы устройства, а также какая помощь им будет оказываться и кем в случае приема ребенка в семью. Поэтому **поиск, отбор семей-кандидатов в воспитатели-попечители, а также подготовка и организация дальнейшего профессионального сопровождения после помещения ребенка в семью** - актуальная проблема для сотрудников нашего Дома.

Мы находим новые пути ее решения: например, с районной га-

зетой «Сельский вестник» проводится информационная

кампания. К тому же мы планируем выпустить рекламные буклеты, методические рекомендации, оформить стенды в школах района о наших детях и воспитателях-попечителях. Уже не-

сколько раз дети и взрослые детского дома выезжали в села района с концертной программой, где рассказывали о людях, дающих нашим воспитанникам семью.

Выпуск одного номера газеты детского дома «Семейный вестник» был полностью посвящен попечителям, где бывшая воспитанница **Вера ГОЛУБОВИЧ** пишет: «У нас много хороших и добрых попечителей. Мы их всех любим и стараемся сделать им что-нибудь приятное...». И они действительно это делают: самостоятельно готовят подарки, рассказывают о своих успехах в учебе, о роскошном розарии, богатом на урожай фруктовом саде, о любимцах-животных.

Мы ценим любую помощь в воспитании, душевное внимание со стороны попечителей к нашим детям. За особые заслуги в благородном деле защиты детства Российской детской фонд, Международная ассоциация детских фондов выразили признательность попечителю **А.И. ЭЙРИХУ**. Почетными грамотами Краевого детского фонда отмечены **М.М. РЕПЬЕВА, Р.Л. ПОПОВА, Л.Н. САФРОШКИНА**; благодарностями Краевого детского фонда за бескорыстную помощь детям-сиротам отмечены **Н.В. ШУШАКОВА, С.В. РОМАНОВ, Г.А. ТИТОВА**.

Т.И. РЕЧКОВА и **В.Э. ТРЕЙЕР** награждены Почетными грамотами Администрации, управления по образованию Алтайского края. Почти каждый попечитель имеет благодарность администрации детского дома.

Большая работа ведется по восстановлению и укреплению родственных связей. У некоторых детей родители находятся в местах заключения. Все вместе собираем для них посылки, пишем письма, на что получаем письма со словами благодарности. Вот что написала мама **Геры и Марики ПОЛАДИШВИЛИ**: «Хочу поблагодарить Вас от всей души за все: теплоту, заботу, внимание, поддержку и понимание. Я очень ценю и признательна за то,

«Скучаю по нашему Дому, по нашей мастерской, сотрудникам и по всем обязанностям, которые оставил в своем любимом Доме».
(Костя Цыганков)

А.Б. Карлин у нас в гостях, декабрь 2007г.



«Школа приемных родителей» публикуется в рамках Гранта Алтайского края в сфере СМИ на 2008 год



что при любых обстоятельствах Вы всегда вместе с нами. Огромное спасибо за детей наших. Я - мать, я родила их, но самое трудное за меня сделали Вы, заменили меня, поддержали их, решаете их проблемы и направляете по правильной дороге в жизнь...».

Действительно, атмосферу тепла и добра нашего Дома отмечают многочисленные гости, которые потом в книге отзывов пишут: «Удивительно чуткие, сердечные, внимательные... милые, необыкновенно обаятельные люди, достойные взрослые. А сколько творчества, забота, энергии! А сколько доброты и отзывчивости к детям! Находясь в этом Доме, питаешься особой энергией любви и счастья...» (старший преподаватель АКИПКРО **Н.Д. КУПРЯШИНА**).

Раз в год организовываем «**День родственников**»: в этот день к детям приезжают бабушки, тети, дяди, сестры, братья... В такие моменты создается «семейная история» для каждого воспитанника, что очень важно для его дальнейшего становления. Четыре ребенка на летних каникулах живут в семьях родственников. За последние годы шесть детей вернулись в свои кровные семьи.

В июне 2007 года детский дом выиграл грант «Материнство и детство» (социальные проекты в области образования и здравоохранения «Даруя знания, укрепляя силу»). И с начала учебного года реализация этого проекта началась совместно с органами опеки и попечительства района.

В этом году педагогический коллектив, основываясь на уже достигнутых результатах и учитывая опыт детского дома Оренбургской области, свою работу направил на использование возможностей социума в создании условий для сопровождения воспитанника и определение его в замещающую семью. ☺

Дружат взрослые и дети

Местом жительства село Косиха стало для семьи Акмерзаевых несколько лет назад. А до этого жили они в Узбекистане. Алтайское село было выбрано не случайно: здесь уже жили родственники, и поэтому на первых порах быт налаживался легче.

И все же Зухра Пардаевна и сегодня с трудом привыкает к новому укладу жизни:

- В Узбекистане люди живут открыто. Праздники - свадьбы, дни рождения, иные важные события каждой семьи - становятся заметными днями для всех соседей и знакомых. Особое место занимают традиционные национальные праздники. Столы выносятся на улицу, каждый несет к застолью то, чем богат. Веселье не стихает долго. В Сибири такие праздники не принято устраивать. Но люди и здесь нас окружают только хорошие, к соседям всегда можно обратиться за помощью - поддержат и словом, и делом. Зима на Алтае долгая и холодная. К ней нам привыкнуть особенно трудно.

Детей в семье Акмерзаевых с недавних пор пятеро. Не оговорились - именно с недавних пор. Двое ребятишек - приемные. Для семьи Акмерзаевых они - дальние родственники. Их родная мама умерла. И на большом семейном совете, в котором участвовали все - взрослые разных поколений, дети, - решили, что ребятишки будут жить именно в этой семье. Зухра Пардаевна рассказывает:

- Таню и Александра видела давно, когда они были совсем маленькими. Теперь знакомиться пришлось заново. Привыкали друг к другу, узнавали уклад, который был принят в их семье, а Александр и Татьяна привыкали к нашим правилам.

Первые месяцы дались непросто. Младшей Серафиме,



ме, или Симоне, как чаще ее называют в семье, пришлось делиться не только игрушками - с этим она согласилась легко. Труднее было привыкнуть, что еще одна девочка зовет ее маму мамой, засыпает рядом с ней вечерами. Нельзя же делиться мамой, на самом деле!

День за днем дети учились понимать друг друга и дружить, учились терпению, доброте.

Зухра Пардаевна работает санитаркой в районной больнице. Когда уходит на дежурство, хозяйкой в доме остается старшая дочь Азиза. Имена у детей в этой семье - русские и узбекские. С каждым связана отдельная история. Имя Азиза в переводе означает «дорогая», и разве может быть оно случайным? Есть традиции, которые поддерживаются в семье из поколения в поколение. С их мудростью трудно не согласиться:

- У моей мамы было правило: мы, дочери, с раннего возраста должны научиться домашней работе. Считаю, что и для моих детей умение приготовить себе простую еду или сделать что-то в доме не будет лишним. В Узбекистане дети рано умеют работать и зарабатывать деньги на свои расходы. Когда мы там жили, утром я пек-

ла лепешки, ребятишки их продавали, часть денег шла на продукты, а часть им - за работу. Александр для того, чтобы осуществить свою мечту - купить мотоцикл, работал летом со строителем на стройке к нашему дому. Спросил меня в начале сезона работ, готова ли я заплатить ему за работу по-настоящему, а не другому человеку. Я согласилась. И сын работал честно, сколько требовалось. Серафима у нас, правда, другая. Ее взросление проходит уже в Косихе, а здесь принято больше жалеть детей, не поручать им работу, если без этого можно обойтись. Может быть, это в чем-то и верно.

Александр в этом году оканчивает школу и выбирает будущую профессию. Но у него уже есть свои достижения: успешно завершено обучение в музыкальной школе. Недавно в семье купили инструмент, и младшие ребятишки готовы тоже учиться музыке.

В этом доме есть главное - дружба взрослых и детей, умение вместе решать любые проблемы. За основательность в делах отвечает глава семьи. Уют в доме создает Зухра Пардаевна. А вместе - это тот фундамент, на котором выстраивается благополучие каждого дня семьи Акмерзаевых. ☺

Лариса Юрченко

