

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№9(69)  
СЕНТЯБРЬ  
2008



# О здоровье и здравоохранении – с различных позиций



**Говоря на страницах нашего журнала о необходимости, важности диспансеризации населения, мы, конечно, в большей степени пытаемся обратить внимание на безусловные плюсы этой кампании. Побудить и жителей, и медицинских работников относиться к ней максимально осознанно и ответственно.**

Изучая опыт нынешнего этапа, мы столкнулись с диаметрально противоположными точками зрения: одни ратуют за необходимость проведения осмотров и видят в их результатах программу действий по оздоровлению населения. Другие же считают их чистой воды профанацией и даже прямо препятствуют ее проведению.

Наше собственное впечатление также неоднозначно.

За результаты государственной программы диспансеризации пока отвечают практически только медики. Именно им приходится не один раз посещать руководителей предприятий больших и малых - убеждать их в необходимости заключения договоров на осмотры работающих, бесконечно рассказывать, что, помимо социальной ответственности за организацию этой работы, это еще и выгодно предприятиям: «Государством выделены серьезные средства на проведение диспансеризации, и, организуя профосмотры, всячес-

ки содействуя им, вы (фирмы, предприятия) экономите дважды: И на оплате профосмотров, и на сохраненном здоровье работников».

Многие предложения о заключении договоров на проведение осмотров, даже на крупных промышленных предприятиях, рассматриваются просто суперосновательно: Недели, месяцы! Потом снисходят: «Ладно уж, проводите, но если вы хотите в целях создания удобства для работников организовать, ну, например, забор крови на исследование на предприятии, - платите за аренду помещения! Да и вообще на нас такие «деньжищи» зарабатываете (лечебным учреждениям за каждый законченный случай проведения диспансеризации, притом только при условии, что он выполнен в полном объеме, предусмотренном программой, оплачиваются эти медицинские услуги из средств федерального бюджета) - делиться надо!.. Т.е. намекают на что-то вроде «отката»! Это, к счастью, не типичный пример отношения к кампании профосмотров со стороны работодателей, но, к сожалению, и не единственный!

У части руководителей понимания сложности задач, стоящих перед медицинскими работниками, а уж тем более какого-либо сочувствия к их положению, просто нет. ▶

Разговаривали и мы с одним из таких «принципиальных», - аргументы приводит вроде бы правильные: «...Государство в нашей стране всегда было главным работодателем. Посмотрите, по сравнению с 2001 годом содержание бюджетников подорожало в 5 раз, если 7 лет тому назад бюджет только на оплату труда тратил 5,4% ВВП, то сейчас 7,5%!

По данным ВОЗ, на 1000 жителей у нас в России на 70% больше врачей, чем в США, и на 27% больше, чем в Германии. (А если сопоставить школьников и дошкольников, то в России, оказывается, в 1,5-2,5 раза больше, чем в развитых странах, учителей и воспитателей!). Эксперты ВОЗ посчитали, что если бы наши системы образования и здравоохранения полностью повторили сейчас американские, то безработными бы остались более миллиона бюджетников из этих сфер, а если бы образцом была германская модель - 700 000 человек! Тогда бы врачи и учителя перестали жаловаться на бедность, продолжал «эрудированный экономист от бизнеса», - заработная плата оставшихся в отрасли значительно бы возросла и остались бы в ней наиболее квалифицированные. Что, у медиков нет необходимости избавиться от кадрового «балласта» и повнимательнее посмотреть на эффективность своих затрат?!».

Возразить отдельным цифрам сложно действительно, такие исследования проведены, их данные опубликованы.

Но!.. Говоря о вреде «излишних работников», в контексте здравоохранения в частности, необходимо учитывать и условия работы россиян на производствах, и территориальную историческую специфику. Многие определяет уровень общей культуры - питания, активного отдыха, не говоря уже о вредных привычках, чрезвычайно распространенных среди населения - до необходимости обеспечения на огромных просторах реальной доступности качественной специализированной и квалифицированной медицинской помощи, притом, при уже сложившемся за десятилетия уровне заболеваемости и смертности населения.

Именно совокупность всех этих факторов, а как их следствие - крайне неудовлетворительные показатели здоровья жителей и низкая продолжительность жизни стали основанием для определения в числе национального приоритета системы здравоохранения.

И такое решение подкреплено достаточно серьезным финансированием со стороны государства.

Однако рассчитывать, что только эти меры позволили и позволят в дальнейшем выйти из демографического провала, неправильно. Подтверждение этому и то, что на фоне довольно большого объема по-

зитивных данных по итогам работы за первое полугодие текущего года - об увеличении доходов населения, пенсий, многочисленных пособий и выплат - диссонансом прозвучала из уст министра здравоохранения и соцразвития Татьяны Голиковой информация о росте смертности, в том числе по основным группам заболеваний - органов кровообращения, дыхания, онкологическим, что не прогнозировалось на фоне серьезных вливаний в систему здравоохранения. Она же, чуть раньше, на коллегии Министерства с горечью констатировала, что более чем в половине регионов страны выросла материнская и младенческая смертность.

Серьезные шаги по изменению демографической ситуации, сохранению здоровья жителей предпринимаются и в крае.

Думаем, что усилия краевых властей в части кардинальных перемен в системе здравоохранения, как на краевом, так и на межрайонных уровнях, направлены на принципиальное изменение качества жизни жителей края. А как следствие - принятие правильных стратегических решений в этой сфере предопределило возможность серьезного финансового участия федерального центра в развитии учреждений здравоохранения края. Позволило говорить и о новых медицинских и управленческих технологиях в системе здравоохранения края (медицинские кластеры, передача на аутсорсинг ряда функций и т.д.).

Но здоровье - это забота не только государства, каждого конкретного человека, но и задача социально ответственного бизнеса.

Нам кажется важным публиковать материалы о том, как решаются задачи по оздоровлению работающих на предприятиях. Как ведется работа в коллективах по оздоровлению образа жизни? Как мотивируются, поддерживаются здоровые привычки у работников? Как культура здорового стиля жизни продвигается в семье работающих?

Бизнесу важно понимать, что более выгодно вкладывать средства в профилактику, чем, особенно в условиях дефицита квалифицированных кадров, оказаться (пусть даже временно, в связи с болезнью) без так необходимых квалифицированных кадров!

И тот, кто, может быть, не почувствовал на своем опыте, что такая опасность существует, и причем весьма реально, возможно, последует примеру более продвинутых или просто более прагматичных в этом вопросе.

**Будьте здоровы! Не болейте! Но помните, что сохранение здоровья требует и постоянных усилий, и знаний.**

## Алтайский край был отмечен как один из положительных примеров организации школьного питания

В сентябре 2008 года состоялось селекторное совещание, проводимое Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко, где обсуждались итоги летней оздоровительной кампании 2008 года и итоги подготовки общеобразовательных учреждений к новому 2008-2009 учебному году.

В ходе совещания были названы субъекты Российской Федерации, где складывается критическая ситуация по подготовке школ к новому учебному году, в том числе по организации качественного и безопасного питания школьников. Это - Красноярский край, Приморский край, Ненецкий автономный округ, Республика Саха (Якутия), Республика Дагестан, Ростовская область и др.

Вместе с тем **Алтайский край был отмечен как один из положительных примеров подготовки к новому учебному году школьных пищеблоков и организации школьного питания в целом.**

Значительный вклад в улучшение питания учащихся призваны внести **две программы по модернизации технологического оборудования в школьных столовых**, разработанные и реализуемые при участии и контроле специалистов Администрации Алтайского края, Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю.

В 2008 году благодаря целевым программам по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах образования в Алтайском крае затрачено **549млн. рублей**, выделенных из краевого бюджета, в том числе на оснащение школьных столовых - **171млн. рублей** целевых средств.

В Алтайском крае реализуются краевая ведомственная программа «Модернизация технологического оборудования школьных столовых в Алтайском крае» на 2008-2010 годы (далее - Программа) и *Федеральный экспериментальный проект по городу Барнаулу* (далее - Проект), выигранный по конкурсу наряду с 14 субъектами Российской Федерации. Обе они направлены на повышение качества школьного питания.

Согласно краевой ведомственной программе, материально-техническая база **573** школьных пищеблоков (**42%** школ края) в течение трех лет будет приведена в соответствие с современными требованиями. На реализацию программы в краевом бюджете предусмотрено **261млн. рублей** (по 87млн. рублей в год).

Барнаул стал участником Федерального экспериментального проекта. За два года в край поступит **98,5млн. рублей** и на эти средства будет модернизировано **76** школьных пищеблоков Барнаула (это **83,5%** от всех школ города). Столько же средств будет израсходовано на реконструкцию школьных столовых, приобретение и оборудование транспорта из бюджетов края и города. К началу 2008-2009 учебного года в лицее №3 открыта базовая столовая и отремонтированы столовые в **29** школах. В 2009 году планируется переоснастить еще **46** школ, в том числе две школьных столовых переоборудуют в базовые.

По каждой школьной столовой, подлежащей модернизации до конца этого года (**146** школ по краю и **30** - в г. Барнауле), с участием специалистов Администрации Алтайского края, Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю разработан план мероприятий, включающий вопросы реконструкции помещений столовых. По Федеральному экспериментальному проекту в г. Барнауле из 30 школ, запланированных на 2008 год, ремонтные работы полностью закончены в **30**.

Во всех учреждениях проведен капитальный ремонт с элементами перепланировки, в **100%** учреждений заменены системы водоснабжения, канализации, отопления и энергоснабжения. Проведена перепланировка помещений - выделены отдельные моечные для кухонной и столовой посуды, цеха по переработки мяса и овощей; склады для суточного запаса и временного хранения продуктов. В обеденных залах проведен косметический ремонт, в **10** учреждениях приобретена новая мебель (обеденные столы и стулья). Во всех учреждениях проведен монтаж нового современного технологического оборудования и вентиляции.

**С 1.10.2008г. в образовательных учреждениях края питание детей бу-**

**дет организовано по новым циклическим меню**, разработанных с учетом сезонности, необходимого количества основных пищевых веществ и требуемой калорийности суточного рациона, дифференцированного по возрастным группам обучающихся (7-11 и 12-18 лет).

В меню будут включены специализированные продукты питания, обогащенные микронутриентами, а также instantные витаминизированные напитки промышленного выпуска.

**Питание обучающихся будет соответствовать принципам щадящего питания**, предусматривающее использование определенных способов приготовления блюд, таких как варка, приготовление на пару, тушение, запекание, и исключать продукты с раздражающими свойствами.

Благодаря совместной работе специалистов Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю с органами власти всех уровней, выделению дополнительных финансовых средств на питание школьников, охват школьников всеми формами питания в Алтайском крае составлял на конец 2007-2008 учебного года - **89,2%** (РФ - **72%**), в 2008-2009 учебном году планируется довести охват питанием до **90%**.

Кроме того, был отмечен **положительный факт выделения из бюджета Алтайского края средств на строительство и введение в эксплуатацию новых школ**. С 1 сентября на территории Алтайского края **открыты 1449 общеобразовательных учреждений** различных видов с количеством обучающихся около **238,8 тыс.**, в том числе дополнительно введены в эксплуатацию еще четыре школы на **726** учащихся (взамен старых - аварийных), и одна школа на **90** учащихся будет открыта до конца 2008 года.

Строительство и ввод в эксплуатацию новых школ, а также организация полноценного и безопасного горячего питания школьников остается на особом контроле специалистов Администрации Алтайского края, Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю.

**Пресс-служба  
Управления Роспотребнадзора  
по Алтайскому краю**

**Вышел очередной номер журнала для предпринимателей, населения и специалистов «Алтайский вестник Роспотребнадзора» (№5 сентябрь/октябрь 2008г.). Подписной индекс - 31045.**



# Люди поняли, как это важно и полезно им самим

ВЕРА ЮРЬЕВНА КАРПОВА,  
заместитель главного врача  
МУЗ «Городская поликлиника №1»,  
г. Барнаул

Если в прежние годы мы беспокоились, как привлечь пациентов пройти диспансеризацию, то теперь у нас головная боль о том, как комфортно принять всех желающих пройти профилактический медицинский осмотр. Люди поняли, как это важно и полезно им самим. Пока в сознание людей это не вошло, мы страдали от нехватки пациентов, а теперь все иначе. Люди идут охотно.



Садовый сезон еще не совсем закончился, и основная масса пенсионеров большого наплыва обращений за медицинской помощью еще не дала. Но с октября дачники начнут активно посещать врачей, а пока мы с удовлетворением отмечаем, что нет конца и краю желающим пройти диспансеризацию: записываются коллективы маленькие и большие, численностью от 10 до 260 человек.

**Наши службы готовы к работе.** Ежедневно профилактические медосмотры проходят по 40-60 человек. Мы отводим для этого **по два часа утром с 8 до 10 часов и вечером с 17 до 19**, так как работающему населению удобнее выкроить время либо в начале, либо в конце дня. Мы стараемся, чтобы все желающие могли попасть к врачу.

Лаборатория и узкие специалисты справляются с нагрузкой, хотя и приходится работать с большей интенсивностью, но это поощряется материально. Вся бумажная работа ложится на плечи участкового терапевта. **Каждый пациент получает на руки выписку, где указаны все результаты диспансеризации**, поэтому некоторая задержка с оформлением документов существует и по-прежнему сохраняется очередь на маммографию, так как в городе всего два аппарата в территориальных поликлиниках и третий - в краевом Диагностическом центре. Они обслуживают не только горожан, но и жителей всего края. Поэтому без

очереди не обойтись. Но сейчас она ощутимо сократилась благодаря рациональному использованию времени, отведенному на обследование. В горбольнице №5, которая обслуживает наших пациентов, стали строже отслеживать посещаемость приписанных к ней районов и заранее уточнять, смогут ли они приехать в намеченные сроки. В случае пропусков звонят нам, и мы направляем в освободившееся время своих пациентов. Конечно, такой авральный метод не очень удобный, зато результативный, не даст простаивать дорогостоящему и востребованному оборудованию.

Особенность диспансеризации этого года в том, что **пройти профилактический осмотр может любой желающий, независимо от возраста и территориальной принадлежности лечебного учреждения.** Например, в нашей поликлинике вам предложат пройти в 132-й кабинет, где сидят два диспетчера, которые оформляют все необходимые направления. А их довольно много: шесть талонов на прием к врачу, и в каждом должна быть заполнена «шапка» с паспортными данными пациента, направления на анализы, флюорографию, электрокардиограмму и женщинам старше 40 лет - на маммографию (мужчинам - к урологу).

Вам заполняют лицевую часть амбулаторной и контрольной карты диспансерного наблюдения, а после этого объяснят, в какой последовательности (с какого кабинета) на-

чинать и каким образом проходить обследование. В обязанности диспетчера входит также отслеживание процесса диспансеризации (чтобы пациенты не потерялись, не заблудились) и регулирование потока к узким специалистам (поскольку можно ходить в «шахматном» порядке, не создавая очереди).

При таком рациональном распределении времени (и своего, и специалистов) **медосмотр можно пройти за два-три часа.** Чаще пациент сам планирует время. Это его право, главное, чтобы дело было доведено до конца: чтобы в карточке появились заключения всех специалистов и необходимые рекомендации.

Мы используем организационный опыт прошлых лет. Особенно полезным оказался опыт начальной стадии медосмотра нынешнего года. Сразу возникла проблема: как «сохранить» у пациентов желание пройти диспансеризацию в полном объеме, потому что начинали диспансеризацию в три раза больше пациентов, чем ее завершили. То есть многие проходили осмотр выборочно, только у тех специалистов, которые их интересовали, вероятно, исходя из собственных представлений о проблемах со здоровьем. Но люди не учитывали, что некоторые патологии, еще не дающие о себе знать, специалист может увидеть на ранней стадии, когда они еще не проявились явно. Все эти моменты нам надо было учесть и исправить положение. ►



Выход был найден. **Мы теперь начинаем медосмотр терапевта.** Все предприятия распределены между ними, и медсестра заранее готовит документы, делает в кабинете забор крови и сама относит в лабораторию. Кровь берется только из вены, а потом уже распределяется по стеклам и пробиркам для всех необходимых анализов.

Для ускорения и комфортности процесса диспансеризации **медсестра «сопровождает» свою группу пациентов по кабинетам специалистов**, содействует, чтобы они прошли всех специалистов, и она же организует повторный прием у терапевта - на итоговое заключение о состоянии здоровья. Поэтому законченных случаев стало гораздо больше. И сами люди поняли, что это выгодно им самим: имея перед собой полную картину обследования, терапевт может ответить на все вопросы пациента, дать нужные советы, успокоить там, где тревоги были напрасными.

Несмотря на то, что диспансеризация еще не закончена, какие-то предварительные выводы о состоянии здоровья населения уже можно делать. Например, хирурги выделяют как наиболее часто встречающиеся заболевания - геморрой, сосудистую патологию, грыжи. Каждое заболевание шифруется по категориям: «здоров» или «имеет фактор риска». Так вот, у хирургов почти половина прошедших диспансеризацию признана здоровыми. У эндокринологов, с учетом того, что избыточная масса тела шифруется как заболевание, - до 70% осмотренных имеют патологию: нарушения функции щитовидной железы, лишней вес. Терапевты тоже отмечают много отклонений от нормы, потому что оценивают состояние здоровья пациента в комплексе, опираясь на результаты обследования всеми специалистами. До 80% патологии выявляют окулисты, так как возрастные изменения (пресбиопия) шифруются как заболевание.

**По статистическим данным мы ожидаем, что абсолютно здоровых людей будет мало, но если смотреть более удручающе, то картина не такая уж удручающая.**

Какие-то организационные приемы помогают более качественно провести работу, ничего не упустить. Например, в процессе диспансеризации **мы сами разработали карту с шаблонами проведения медосмотра**, чтобы специалист не упустил ничего из того, что должен посмотреть. На каждый вид обследования мы составили памятку с перечнем вопросов, на которые должен ответить

пациент. Врачу остается только вписать их или данные анализов. Это, в первую очередь, ускоряет процесс осмотра, во-вторых, дисциплинирует врача и пациента, в-третьих, облегчает считывание результатов. Не надо мучиться, разбирая почерк, все напечатано, надо только вписать шифр, группу учета и рекомендации. Тут ничего не пропустишь, не забудешь.

Конечно, чем старше человек, тем больше у него проблем со здоровьем, но есть общие преобладающие патологии, отмеченные узкими специалистами: заболевания щитовидной железы, остеохондрозы и сосудистые заболевания.

У рабочих промышленных предприятий с неблагоприятными условиями труда в пересчете на тысячу человек по уровню заболеваемости *на первом месте - гипертония, на втором - заболевания легких, на третьем - проблемы со щитовидной железой, на четвертом - избыточная масса тела и ожирение.*

Или итоги осмотра сотрудников автовокзала, в том числе и контролеров, то есть людей, которые непосредственно соприкасаются с выхлопными газами и чья работа достаточно нервная. У них *на первом месте оказались заболевания щитовидной железы, на втором - гипертония, на третьем - заболевания легких, далее - избыточная масса тела и ожирение*, но при этом показатель на тысячу - 9,1, то есть в большинстве сотрудники автовокзала - люди стройные и худощавые.

У работающих с персональными компьютерами отмечаются *проблемы со щитовидной железой, давлением*, причем, цифры гораздо ниже, чем у первых двух групп, *далее - избыточная масса тела и ожирение.* Но надо учитывать, что с ПК работают люди более молодого возраста, и замыкает проблемный список у них легочная патология.

А вот у административных работников все цифры намного выше, в разы! *Избыточная масса тела - у половины, щитовидка - у половины, давление - у трети, заболевания легких приравнены почти к заводским показателям*, где условия в цехах никак не сравнимы с кабинетными. При этом основная масса персонала либо бросила курить, либо вообще некурящие.

Кстати, на первом месте курение - у водителей. Процентом 90 из них выкуривает от половины до двух пачек сигарет в смену. А вот у администраторов достаточно высокий процент бросивших курить, а курящих совсем немного. Так что и здесь при-

мерно так же, все в зависимости от профессии.

В коллективе «Планета электрика» работают в основном молодые люди, от 20 до 30 лет. Видно, что администрация очень хорошо занималась подбором кадров: там нет курильщиков, все относительно здоровы и ко всему прочему вежливы и хорошо воспитаны. Это тоже имеет большое значение.

**Многие патологии, которые выявляются в ходе диспансеризации, зависят от образа жизни**, и рекомендации врача могут быть очень полезны пациентам для коррекции своего поведения. Недавно, например, прошла диспансеризацию женщина, которая сообщила мне, что похудела за год на 20 кг. И больших усилий, как оказалось, это не потребовало. Она всего-то перестала поздно ужинать и исключила из рациона некоторые продукты. И в результате снизилась давление, перестали болеть суставы, не нужны стали и медикаменты. Вот вам значение образа жизни. К сожалению, об этом у нас еще мало говорят и еще меньше придают этому значение, хотя за образом жизни стоит 60% нашего здоровья. **Хочешь быть здоровым - приложи усилия.** Все в твоих руках. Когда это входит в привычку, то жить по правилам сохранения здоровья совсем не трудно.

Нацпроект «Здоровье» предлагает уделять больше внимания профилактике заболеваний, здоровому образу жизни, ведению школ здоровья, предполагает перераспределение времени приема по профосмотру. Здоровых должно быть до 40% посещений. **Но в сознание людей пока еще не вошло, что идти к врачу надо не тогда, когда уже все болит, а когда еще ничего не заболело. Так же и с диспансеризацией.** Ей занимаются уже несколько лет, но только к концу третьего года мы сами поняли, как надо ее проводить и как достичь результата. И люди пошли к нам с желанием. Они даже отмечают, что в поликлинике изменилась аура. Общий фон настроения пациентов оптимистичный, люди стали добрее, терпимее относиться друг к другу, улыбаются чаще.

**Радует и то, что в вузах теперь стали уделять значительно больше внимания теме профилактики. Программа цикла предполагает обучение ведению больных на амбулаторном этапе, план реабилитации и обучение здоровому образу жизни, чтобы не только лечить, но и учить быть здоровыми.** ☺



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  
 25.09.2008г.

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. Чкалова, 228.  
 Тел. (3852) 38-33-59

**Подписной индекс -  
 73618**

# Содержание

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» .....	2
<b>В.Ю. Карпова. Люди поняли, как это важно и полезно им самим</b> .....	3-4
<b>Развитие памяти</b> .....	6-7
<b>Живем по часам</b> .....	8
<b>Мир и медицина</b> .....	9
<b>Такая мука эта скука...</b> .....	10
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА.</b> <b>Е.В. Поженко, Л.Ф. Казанцева. Влияние совместного пребывания      матери и ребенка на течение послеродового периода</b> .....	11-12
<b>И.А. Егорова. Старость - компромисс с неизбежностью</b> .....	13
<b>Лучше по-хорошему хлопайте в ладоши!</b> .....	14-15
<b>На тропе войны с прогульщиками</b> .....	16
<b>Сердечно-сосудистые заболевания и сок НОНИ</b> .....	16
<b>В.И. Семенников, И.В. Семенникова.</b> <b>Планирование беременности: консультация стоматолога</b> .....	17-19
<b>Изумруд - от истерии</b> .....	19
<b>СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА!</b> <b>Л.П. Луницына. Подранки</b> .....	20-21
<b>«Думайте сами, решайте сами - дарить или не дарить...»</b> .....	21-22
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b> <b>Л.А. Плигина. Уважаемые коллеги!</b> .....	23
<b>Г.П. Кузнецова. Прошла Всероссийская сестринская конференция</b> .....	24-25
<b>Е.В. Полякова. Победим бронхиальную астму!</b> .....	25-26
<b>Р.Т. Алиев. Бесплодие у мужчин</b> .....	29-30
<b>АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 19).</b> <b>Т.А. Корнилова, И.И. Белякова, И.П. Сокол.</b> <b>Бронхиальная астма и респираторная вирусная инфекция</b> .....	31-32
<b>Я поведу тебя в музей</b> .....	33
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	34-35
<b>Воды «серебряная» тайна</b> .....	36
<b>Правила сохранения лекарственных растений</b> .....	36
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> <b>Трехдневная очищающая диета</b> .....	37-38
<b>Мир и медицина</b> .....	39
<b>СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА!</b> <b>Т.И. Серова. Начало всех начал</b> .....	40-41
<b>Усыновление второго ребенка</b> .....	42
<b>Энциклопедия орехов</b> .....	43
<b>Мир и медицина</b> .....	44
<b>Подписная квитанция на журнал «Здоровье алтайской семьи»</b> .....	45
<b>Тест: Каков стиль вашей пары?</b> .....	46-48





ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА  
ПОЖЕНКО,  
заведующая  
послеродовым  
отделением, кандидат  
медицинских наук,  
врач высшей категории;  
ЛЮДМИЛА ФЕДОРОВНА  
КАЗАНЦЕВА,  
заведующая отделением  
новорожденных, врач  
высшей категории - МУЗ  
«Родильный дом №2»,  
г.Барнаул



## Влияние совместного пребывания матери и ребенка на течение послеродового периода

**Кормление ребенка грудью является важнейшей функцией родильницы.** Этим она не только обеспечивает нормальное питание и развитие ребенка, но и способствует правильному и более быстрому обратному развитию половых органов. Немаловажное значение для становления лактации и нормального течения послеродового периода имеет **совместное пребывание матери и ребенка.**

Секреторная деятельность молочных желез, достигающая активного развития к концу беременности, резко усиливается после родов. **Раннее прикладывание ребенка к груди матери оказывает положительное влияние на становление лактации, время ее начала и продолжительность.** Сосание ребенком груди действует на рефлекторные зоны соска и ареолы, что приводит к выработке пролактина, который, в свою очередь, усиливает синтез молока и выброс его в молочные ходы. Происходящее при

этом выделение окситоцина, усиливающего сокращения миоэпителиальных клеток альвеол и молочных протоков, также способствует лактации. Это обеспечивает равномерное опорожнение молочной железы, что уменьшает процесс ее нагрубания, без снижения секреции молока и действует профилактически на лактостаз.

С 2004 года МУЗ «Родильный дом» является пилотным учреждением в реализации программы «Мать и дитя», направленной на участие семьи в родовспоможении (РОУС). В послеродовом отделении созданы благоприятные условия для круглосуточного совместного пребывания матери и новорожденного в одной палате; внедрены современные принципы и подходы к грудному вскармливанию, создана инициативная группа поддержки и консультирования женщин по проблемам грудного вскармливания, что позволило повысить частоту исключительно грудного вскармливания до 94%.

Нами проведена исследовательская работа, целью которой явилось проведение сравнительного анализа течения послеродового периода у родильниц при совместном и раздельном пребывании матери и ребенка. Обследовано 82 родильницы, из которых 42 совместно пребывали с ребенком сразу после родов и составили основную группу, и 40 пациенток контрольной группы, дети которых находились в детском отделении и носились на кормление по часам (ретроспективный анализ методом случайной выборки). Состояние женщин мы оценивали по анамнезу, течению беременности, родов и послеродового периода, результатам лабораторного и эхографического исследования. Все родильницы были идентичны по возрасту, анамнезу, количеству родов, соматической патологии, течению беременности и родов.

Наше исследование показало: **у женщин, находившихся с пер-  
вых суток послеродового пе-**





◀ риода совместно с детьми, в 92,3% случаев усиление лактации произошло на вторые сутки после родов, а у пациенток, которые кормили детей по часам и находились отдельно от них, в 74,2% случаев - на 3-4-е сутки. Лактостаз у пациенток группы совместного пребывания матери и дитя встречался только в одном случае, 2,3%, а у родильниц второй группы - в четырех случаях, 8,5%.

Кормление грудью играет важную роль и в процессе послеродовой инволюции матки. При совместном пребывании матери и ребенка вследствие более частого прикладывания ребенка к груди этот процесс происходит быстрее. Это связано с рефлексорным сокращением мускулатуры матки при кормлении плода и гормональным воздействием на нее выделяющегося окситоцина (маммарно-маточный рефлекс).

Все женщины на третьи сутки после родов проходили УЗИ-исследования на предмет субинволюции матки. Клинических проявлений инфекции у пациенток обеих групп не было. Субинволюция матки, диагностированная методом УЗИ, без клинических признаков инфекционно-воспалительного процесса у пациенток контрольной (находившейся в послеродовом периоде отдельно от детей) группы встреча-

лась чаще (6,6%), чем у родильниц основной группы (совместное пребывание матери и ребенка), а эффективность ее консервативного лечения, наоборот, на 4% была выше у пациенток основной группы.

Раннее прикладывание ребенка к груди и совместное пребывание его с матерью восстанавливает прерванную родами психофизиологическую систему «мать-плод». Повторно рождающие женщины из основной группы, при первых родах лишены возможности совместного пребывания с детьми, в 100% случаев отмечают позитивные перемены в своем психоэмоциональном состоянии после родов.

Клинические исследования также показывают, что ранний контакт между матерью и ребенком (контакт «кожа к коже») приводит не только к росту привязанности матери и ребенка, раннему установлению лактации, но и снижению механизмов дезадаптации новорожденного, является профилактикой гипотермии, внутрибольничных инфекций.

Оперативное родоразрешение не является помехой для начала раннего кожного контакта и грудного вскармливания. Поэтому в нашем родильном доме при выборе метода обезболивания отдается предпочтение проводниковой анестезии. В последние годы в 80% случаев проопериро-

ванных женщин проведена спинальная анестезия.

Самым отрадным является тот факт, что вводимые новые технологии привели к снижению общей заболеваемости новорожденных с 1115/1000 в 2003г. до 745/1000 в 2007г. Так, количество конъюгационных желтух, наиболее частого осложнения течения периода новорожденности, снизилось почти в 2 раза.

Кроме того, с 2005г. лечение желтух проводится в палате совместного пребывания матери и ребенка. Получая достаточное количество грудного молока (билирубин - жирорастворим) ребенок не теряет в весе (большая убыль веса способствует усилению гипербилирубинемии), что вместе вызывает более раннее обратное развитие желтухи новорожденного и перехода ее в разряд физиологической.

**Патология центральной нервной системы, за счет снижения симптома нервно-рефлекторной возбудимости новорожденных, снизилась с 449/1000, в 2003г. до 194/1000 в 2007г.** Увеличение частоты ранней выписки и совместное пребывание матери и ребенка также положительно повлияли на снижение показателей гнойно-септических инфекций у новорожденных. Так, **общая ГСИ у новорожденных в 2003 году составила 36%, а в 2007 году - 6,1%, то есть снизилась в 6 раз.**

**В результате проводимых в родильном доме преобразований на фоне увеличения общего количества родов заболеваемость у новорожденных с каждым годом снижается. У пациенток растет уверенность в высоком профессионализме медицинского персонала, внимательном и бережном отношении к новорожденным, получении длительной психологической помощи матери и ребенку.** ☺

## На заметку

### Генная щедрость и жестокость

Израильские ученые обнаружили генетические предпосылки формирования жестокости у человека. В поведении и поступках деспотов отчасти виноваты именно гены.

Исследователи обратили внимание на ген AVPR1a из-за его способности формировать рецепторы для фиксирования гормона вазопрессина. Именно он влияет на тип поведения человека и его альтруизм.

Пока ученые не знают точной схемы действия гена на человеческое поведение. Первоначально же они заинтересовались тем, как на поведение, щедрость и жестокость людей влияет степень выраженности рецепторов, определяющих вазопрессин. Для ответа на данный вопрос исследователи обработали образцы ДНК 200 человек, которые принимали участие в «Игре в диктатора». Всех участников разделили на «диктаторов» и «получателей». Первые сказали, что они получают некоторую сумму и могут анонимно ею поделиться с представителями второй группы, состояние которых зависело от щедрости «диктаторов». В итоге все деньги оставили себе около 18% диктаторов, около трети поделили их поровну и около 6% отдали всю сумму.

Ученые полагают, что эгоизм и жестокость человека зависит от длины гена AVPR1a: чем она меньше, тем эгоистичнее человек. А вот влияние длины гена на рецепторы, точнее, их число, пока не совсем ясно. Исследователи предполагают, что ген контролирует их распределение, при этом если ген AVPR1a короткий, то они располагаются так, что удовлетворения от процесса дарения человек не почувствует.



# Старость - компромисс с неизбежностью



**Мы все больше заботимся о жизни по мере того, как она теряет свою ценность**  
Ж.-Ж. Руссо

Старость - понятие вовсе не паспортного, а истинного биологического возраста. Есть лишь одна болезнь, по-разному действующая на физиологическом, эмоциональном и интеллектуальном уровне человека, - Старение. Атеросклероз, излишний вес, депрессия, душевная слабость, скука, тоска, дряблая кожа и тому подобное - лишь разные проявления старения организма. Признаки его - морщины, потухшие глаза и вялая походка - порой проявляются и в 20, и в 35, и в 50 лет, а могут совершенно отсутствовать в 60 и даже в 80 лет.

В XIV столетии философ, врач и писатель Арнольдо де Вилланова составил «Салернский кодекс здоровья», включающий неразделимые понятия - юность и старость. А в 1907 году физиолог Илья Ильич Мечников опубликовал «Этюды оптимизма», в которых была выделена геронтология как самостоятельная наука.

Сам термин **«геронтология»** (греч. gerontos - старик и logos - учение) - наука, изучающая старение живых организмов, в том числе и человека. **Геронтолог изучает все, что имеет отношение к старости** (старческое изменение зубов, поседение, выпадение волос), **но никак не отыскивает способ продления жизни, замедления процесса старения.**

Вместе с тем, давайте условимся и **будем считать геронтологию и ювенологию единым целым**, ибо неразделимы требования, предъявляемые к ним, которые автор Гулливера, выдающийся политический деятель своего времени Джонатан Свифт сформулировал весьма точно: «Каждый хочет жить долго, но никто не хочет быть старым».

**Юность - период невротрепок, старость - эпоха безмятежности.** Уже по этому можно заключить насколько счастливы и та, и другая. Маленький ребенок жадно протягивает руки за тем, что

ему видится красивым и интересным. То же самое, но с большей энергией, проходит в юношеском возрасте. Многоцветность мира дразнит, и фантазия творит из пестроты нечто большее, чем может дать действительность.

● **Молодость рвется к чему-то туманному, отнимающему покой, без которого нет истинного счастья. В старости все улеглось, опыт выявил истинную ценность и суть вещей, благодаря чему человек постепенно избавляется от иллюзий, химер, предрассудков.**

Все знают печальный миф о Тифоне, в которого страстно влюбляется богиня утренней зори Эос. Будучи бессмертной, она выпросила для любимого у всемогущего Зевса вечную жизнь, но забыла попросить и вечную молодость. Лукавый Громовержец дал Тифону бессмертие. Бедный тифон жил, дряхлея и ветшая, и от того все больше озлобляясь. Кончилось тем, что он вошел в мифологию стоглавым огнедышащим чудовищем. Зевс положил конец безобразиям Тифона и завалил его обломками горы Этны, из вершины которой дыхание Тифона и поныне извергается потоками огня и дыма.

Думается, разделить судьбу Тифона не нашлось бы желающих, поэтом проблема жизни и ее полноценности остается, по сути, не разделимой со смертью. Миф прямо говорит, что нужно бороть-

ся не со смертью, а со старостью. «Старость - это болезнь, которую надо лечить как и всякую другую», - говорил И.И. Мечников. Вопрос о медицинской помощи пожилым людям - многоплановый. По данным социологических

опросов, **с выходом на пенсию 55% мужчин и 60% женщин отмечают ухудшения в состоянии своего здоровья.**

Естественно, что за последние десятилетия врачи-геронтологи и психологи все больше внимания уделяют психологии старения, психологии «пенсии», взаимоотношению пожилых людей и окружающих.

Как сделать, чтобы наступление старости стало более приятным, менее отягощало человека? **Цикл бесед, который планирует редакция журнала «Здоровье алтайской семьи», как нельзя более кстати поможет,** хочется надеяться, разрешить эту проблему.

● **Общаться со стариками нелегко. Это ясно. Но общаться нужно, и нужно делать это общение легким и простым.**

Есть ли лекарство от старости? Поговорим об этом. Затронем такие темы, как: «Здоровье и здравый смысл», «Невроз - болезнь века», «Слово - на первом месте», «Человек с таблеткой в кармане». Затронем и другие аспекты.

Как быть в старости, как преодолеть ее недостатки, -

пишет в своей книге «Заветное» Д.С. Лихачев: «Старость - это не просто угасание, успокоение, постепенный переход к покою (могу сказать - к «вечному покою»), а как раз напротив: это водоворот непредвиденных, хаотичных, разрушительных сил. Это мощная стихия. Какая-то засасывающая человека воронка, от которой он должен отплыть, отойти, избавиться, с которой он должен бороться, преодолевать ее. Со старостью нельзя играть в поддавки, ее надо атаковать. Надо иметь доступную для старости цель (считая и укорачивающие сроки, и нахождение возможностей)».

Мудрые мысли, давайте подумаем об этом...

**Каковы бы ни были специфические прелести старости** («вечера» или «осени» жизни), **они всегда являются компромиссом с неизбежностью.** А раз мы говорим о неотвратимости старения, то противопоставить, смягчить его теневые стороны можно способностью наслаждаться природой, искусством литературой (благо, появляется время), увлеченной деятельностью.

**На вопрос Л.Н. Толстого «Как вы поживаете?» ответом было «Слава богу. Спокойно». В этих словах нет восторга перед старостью. В них - путь к сосуществованию с нею...»**

**И.А. Егорова, заслуженный врач России**



# Планирование беременности: консультация стоматолога



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

НИНА ВЛАДИМИРОВНА  
СЕМЕННИКОВА,  
аспирантка Сибирского  
государственного медицинско-  
го университета



Как говорится, готовь сани летом, а беременность планируй на любое время года, главное - осознанно. Ведь многие стоматологические проблемы лучше предотвратить еще до зачатия малыша.

## Профилактика

За последние несколько лет стоматологическая культура России претерпела изменения, и в сознании выработалось понимание, что надо **заботиться** не только о красивой улыбке, но и о **здоровой красивой улыбке**. Здорово и то, что будущие мамочки расценивают посещение стоматолога не как «обязаловку» для роддома, а понимают, что это важная составляющая здоровья их будущего малыша.

Еще не так давно мало кто понимал важность санации полости рта перед таким серьезным этапом жизни женщины, как беременность. Все дело в том, что, посещая стоматолога, Вы заботитесь не только о своем здоровье, но и о здоровье вашего ребенка. Ведь если во время беременности можно избежать манипуляций, связанных с использованием медикаментов (например, обезболивающих средств и анестезии), то этого лучше избежать. А если о себе напомним зуб, который вам давно советовали удалить... И происходит все это не по «закону подлости», а по причине гормональных

изменений, которые сопровождают всю беременность. **Все дефекты и проблемы, от которых Вы не успели избавиться до беременности, дадут о себе знать во время нее.**

Совсем не обязательно, что с такой проблемой столкнутся все женщины, но то, что гигиене полости рта придется уделять больше времени и внимания, - не вызывает никаких сомнений! А если позаботиться о лечении зубов заранее, то вероятность того, что один из самых прекрасных периодов жизни вы проведете в хорошем настроении, а не в поиске дежурной стоматологии, значительно возрастает!

Но если подходить к беременности ответственно, то **вылечить зубы надо не только будущей маме, но и будущему отцу**. При тесном контакте, например, при поцелуях, происходит перенос бактерий на слизистую партнера, и при незалеченных зубах одного из супругов зубы второго подвергаются «бактериальной атаке». А для будущей мамы это чревато быстрым развитием кариеса и болезней пародонта.

Больше всего шансов сохранить зубы здоровыми имеют те, кто пла-

нировал беременность и еще до ее наступления обратился к стоматологу и решил все проблемы с зубами. В таком случае во время беременности следует только соблюдать гигиену и приходить к стоматологу на профилактические осмотры.

Беременность - это физиологический процесс, сопровождающийся своими особенностями. Изменение гормонального фона существенно влияет на обменные процессы в организме будущей мамы. Изменяется обмен жиров, белков, углеводов и минералов. Такие изменения связаны со строительством нового организма. И это нужно учитывать и вовремя корректировать. Гинекологи подбирают оптимальную систему питания, назначают соответствующие витамины и медикаменты, а стоматологи предлагают программу профилактики стоматологических заболеваний.

## Как ребенок добывает свой первый кальций

Изменение минерального обмена связано с тем, что **для строительства костей плода требуется большое количество кальция, который забирается из костной ткани будущей мамы**. Изменение обмена кальция приводит к снижению реминерализующих свойств слюны. В норме укрепление эмали происходит за счет действия кальция и фосфатов, содержащихся в слюне. ►



◀ При беременности их количество снижается, снижается и pH слюны, что приводит к нарушению кислотно-щелочного баланса в полости рта, и происходит интенсивное размножение микроорганизмов, вызывающих кариес. Как следствие, такое **изменение минерального обмена ослабляет плотность зубной ткани, и зубы становятся хрупкими, крошатся на глазах.**

Изменение гормонального фона во время беременности влияет, в том числе, на обменные процессы в пародонте (в тканях, окружающих зуб), что способствует возникновению или обострению пародонтита. Происходит это часто, **каждая беременная женщина страдает гингивитом** разной степени выраженности (гингивит беременных). Если во время беременности не пролечить гингивит (воспаление десневого сосочка), то **процесс переходит в пародонтит** (воспаление тканей пародонта):

- ◆ десна кровоточит при приеме твердой пищи и при чистке зубов;
- ◆ образуются над- и поддесневые отложения, формируются пародонтальные карманы (десна отходит от зуба);

- ◆ рассасывается костная ткань, и появляется подвижность зубов;

- ◆ в пародонтальных карманах накапливаются остатки пищи, которые в последующем инфицируются.

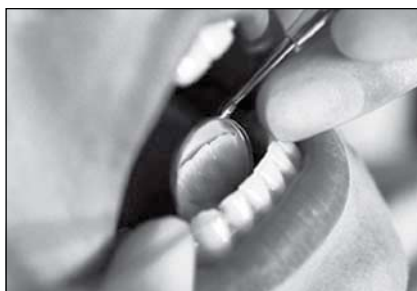
Наличие хронического очага инфекции в полости рта приводит к серьезным негативным последствиям. Молодая мама не имеет права подвергать риску будущего ребенка. Особо стоит отметить, что молочные зубы ребенка полностью зависят от проводимых или не проводимых профилактических мероприятий во время беременности.



## Несколько советов по лечению зубов перед беременностью

Будущей маме и будущему отцу необходимо вылечить все зубы, которые можно вылечить!

**Профессиональная гигиена полости рта.** Это самая доступная и надежная профилактика. Как бы хорошо вы ни старались чистить зубы в домашних условиях, в полости рта все равно образуются налет и зубные отложения, которые являются значимым местом для образования, обитания и размножения микроорганизмов. Именно они становятся первой причиной возникновения кариеса и других воспалительных процессов.



Удалив зубные отложения, есть вероятность обнаружить кариес на начальном этапе. А его лечить проще, чем пульпит или периодонтит.

**Желательно заменить старые пломбы** (особенно из амальгамы). Если во время беременности вы столкнетесь с недостатком кальция, страдать будут самые уязвимые зубы. Случается, что воспалительные процессы развиваются под пломбами. Лучше исправить такие дефекты, не дожидаясь осложнений.

**Обязательно обратите особое внимание на десны.** Они, как и зубы, подвержены изменениям. Десны могут воспаляться, кровоточить, болеть и оголять корни зубов. Если существует такая предрасположенность, необходимо обратить на это внимание и очень ответственно относиться к ежедневному уходу за полостью рта. *Программа профилактики развития заболеваний пародонта до и в период беременности включает в себя:*

- ◆ консультацию врача-стоматолога;

- ◆ прием гигиениста четыре раза (6-8 недель, 16-18 недель, 26-28 недель, 36-38 недель);

- ◆ обучение правилам гигиены полости рта с индивидуальным подбором гигиенических средств (щетки, пасты, бальзамы, эликсиры);

- ◆ рекомендации по применению индивидуальных средств гигиены полости рта;

- ◆ диспансерное наблюдение.

На каждом приеме гигиенист проводит: удаление зубного камня и налета с применением соответствующего оборудования; насыщение зубной ткани кальцием и фтором с применением специальных лечебных паст, гелей и пенок.

## Необходимые хирургические манипуляции перед беременностью

**Удаление зубов и корешков зубов, которые не подлежат функциональному восстановлению.** Операция по удалению зубов никогда не доставляла людям удовольствия. Однако в современной стоматологии очень много возможностей, позволяющих исключить болевые ощущения (большой выбор анестетиков, хорошее техническое оснащение и мастерство доктора).

Многие мамочки считают, что во время беременности зубы вообще лучше не лечить. Это миф! Если беременность явилась для женщины приятной неожиданностью, то **показаться стоматологу надо как можно скорее.** Врачи современных, хорошо оснащенных стоматологических клиник имеют в своем распоряжении широкий выбор пломбирочных и обезболивающих препаратов, безопасных и для будущей мамы, и для ее малыша. **В период беременности применяют анестетики, которые практически не проникают через плацентарный барьер,** и не содержат в своем составе сосудосуживающих средств; нельзя использовать препараты, содержащие мышьяк, и препараты на его основе, так как мышьяк обладает тератогенным действием и может привести к смерти плода, особенно в первые три месяца. Самый оптимальный период для лечения зубов у беременных - **второй триместр** (4-6 месяцы).

**В период беременности следует избегать рентгеновских облучений.** Но, к сожалению, в некоторых случаях это неизбежно. Во время исследования рентгеновский аппарат излучает узконаправленный пучок лучей, который проходит через костную ткань челюсти в области обследуемого зуба. Излучение, которое используется при таком исследовании, в десятки раз ниже порогового, то есть опасного для организма. А современные аппараты - радиовизиографы, где проекция рентгеновских лучей происходит на более чувствительный датчик, это излучение снижает еще в 10 раз. К тому же во время такого исследования на беременных надевают «свинцовый» фартук, который препятствует проникновению рентгеновских лучей.





При острых инфекционных процессах и в самых крайних случаях стоматологическая помощь, безусловно, оказывается незамедлительно.

В период после беременности и родов женщине необходимо не менее тщательно заботиться о своем здоровье и уделять гигиене полости рта особое внимание. **Главная задача молодой мамы - свести к минимуму шансы проникновения в организм ребенка различных бактерий и инфекций.**

После беременности и родов иммунитет у молодой мамы бывает сильно ослаблен, а для «кариозных монстров» нет ничего лучше плохой сопротивляемости и теплого местечка для жизни и процветания. Именно им и являются зубы с начальной стадией кариеса либо участки с зубными отложениями, под которыми чаще всего и начинается развиваться кариес. Его развитие в послеродовой период опасно не только для мамы, но и для ее малыша, который при рождении начинает сталкиваться с микробами и бактериями окружающей среды.

Как это ни прискорбно звучит, но даже поцелуй мамы - тоже источник проникновения микробов к ребенку. Но никто не запрещает «чмокать» ребенка, но перед этим лучше позаботиться о своевременном и качественном уходе за полостью рта, чтобы исключить возможные неприятные последствия передачи инфекций к ребенку.

Новая роль, новое осознание, новое чувство, новые хлопоты - долгожданное свершилось, появился ребенок, которого ждали долгие девять месяцев! Сколько теплоты, добра, нежности и... переживаний. Хочется, чтобы ребенок вырос самым здоровым, красивым и счастливым. Но для этого немаловажно, чтобы и мама малыша тоже оставалась здоровой, красивой и счастливой. Так что **расслабляться в заботах о здоровье собственных зубов после беременности и родов не стоит.** Ведь кормление ребенка грудью требует еще более тщательного, избирательного подхода к потребляемой пище. В частности, требуется обогатить свою пищу продуктами, содержащими кальций. Ведь с молоком матери ребенок получает для себя все необходимые микроэлементы, соответственно и кальция в организме женщины должно быть в достаточном количестве. И сама она должна оставаться здоровой, а зубы, как известно, показатель состояния здоровья всего организма. **Важно после беременности и рождения ребенка следить за их здоровьем,** иначе проблемы с зубами могут стать причиной желудочных расстройств и прочих недугов матери, которые скажутся и на ребенке, а допускать этого ни в коем случае нельзя.

**Еще раз: мама, после рождения ребенка - побеспокойся о своем здоровье! Главное - своевременность! Это будет одним из проявлений любви и заботы о ребенке!** ☺

# Изумруд - от истерии

Многие, наверное, слышали, что натуральные самоцветы несут в себе исцеляющую силу. Но мало кто знает, что одна из главных составляющих лечебных свойств камня - это его цвет, что, кстати - научный факт.

**Красные камни** (рубин, гранат, турмалин, сердолик, кораллы) лечат нервную систему, ускоряют обменные процессы, активизируют деятельность желез внутренней секреции.

**Оранжевые камни** (яшма, опал, корунд) восстанавливают нервную и мышечную ткань, помогают при нарушении в мочеполовой и эндокринной системах, эффективны при заболеваниях селезенки и нарушениях желудочно-кишечного тракта, улучшают кровоснабжение и цвет кожи.

**Зеленые камни** (изумруд, хризопризм, нефрит, малахит, хризолит, хризоберилл) - самые притягательные по своей красоте и загадочности. Зеленый - это цвет жизни. Его отсутствие может привести к повышенной возбудимости, даже истерии.

**Камни цвета неба - голубые и синие** (сапфиры, лазуриты, бирюза, аквамарин, амазонит) оказывают самое благотворное влияние на психозмоциональную сферу человека.

**Камни философов и поэтов** - это фиолетовые (аметист, чароит). Фиолетовый цвет полезен при всех заболеваниях, связанных с психическими и нервными нарушениями, при невралгиях, ревматизме, сосудистых заболеваниях, облегчает течение всех простудных заболеваний.

**Камни сгустившейся ночи:** кровавик, или гематит, обсидиан и черный агат помогают при воспалениях и ранениях.

**Камни добра - белые** (горный хрусталь, алмаз, фианит, жемчуг, белые бирюза, агат, коралл и нефрит) придают силу и энергию ослабленным, очищают организм от шлаков, восстанавливают структуру мозговых тканей.

**Желтые камни** (берилл, топаз, гиацинт, сердолик, желтый цитрин, янтарь) оказывают очищающее действие на весь организм в целом, помогают при камнях в желчном пузыре и почках. ☺



# Согрей теплом родительского сердца!



## Подранки

ЛЮБОВЬ ПАВЛОВНА ЛУНИЦЫНА,  
главный специалист комитета по  
образованию города Барнаула

Прием детей на воспитание в семью -  
очень ответственный шаг, но не всегда  
его совершают обдуманно.

В последние годы активно формировалась  
новая для города форма семейного  
устройства - приемная семья.

Динамика развития приемных семей свидетельствует, что при значительной материальной поддержке эта форма способна к быстрому развитию, - число приемных семей и воспитываемых в таких семьях детей, лишенных родительского попечения, растет достаточно быстро. **За последний год создано 14 семей, в которых воспитываются 23 ребенка.** Кроме того, на учете органов опеки состоит еще более 10 кандидатов в приемные родители, так что число детей, воспитывающихся в приемных семьях, со временем будет увеличиваться.

Совершенствуются и другие формы семейного устройства детей, оставшихся без родительского попечения. **У населения формируется положительное мнение в отношении замещающих семей.**

Принятые органами местного самоуправления меры и политика российского правительства по стимулированию и финансовой заинтересованности кандидатов в замещающие родители позволили увеличить количество выявленных детей, оставшихся без попечения родителей и переданных на воспитание в

семьи граждан, до 70%, что на 14% больше, чем в предыдущем году.

Свою роль сыграла и работа по реорганизации деятельности детских домов как методических центров по семейному устройству.

**За 2007 год в семьи горожан передано 47 воспитанников детских домов, за 6 месяцев этого года - еще более 30 детей стали жить в замещающих семьях.**

Психолого-педагогическую помощь кандидатам в замещающие семьи оказывает «Школа приемных родителей». Но, к сожалению, занятия в ней прошли только около **20%** граждан, принявших в свою семью детей-сирот. **Нормативно-правовая база, которая обязывала бы кандидатов в замещающие родители посещать такие занятия и проходить тестирование на психологическую совместимость, отсутствует.** А результатом этого становится горькая статистика возвращения детей из замещающих семей в детские дома.

**За последний год по причине отмены опеки в детские дома помещены 25 детей, из них 11 стали сиротами во второй раз.** Причины отказа замещающих родителей раз-



личны, но особенно грустно узнавать, что **они не справляются с воспитательными проблемами.** Недавно к нам пришла женщина, которая прожила 13 лет с усыновленным мальчиком, и попросила нас «на время», как она заявила, поместить его в детский дом «в воспитательных целях», так как приемный сын ее не слушается. При этом женщина не хочет отказываться от своих родительских прав и аннулировать усыновление.

Но воспитательные проблемы возникают и в кровных семьях, и решать их надо самим взрослым, и, уж конечно, не таким жестоким способом, как временное помещение ребенка в детский дом.

Совсем недавно возвращен в детдом 14-летний подросток, которого решила взять в семью сердобольная нянечка, - мальчик ей сильно приглянулся. Ее предупреждали, что





мальчик непростой, со сложным характером, что надо очень хорошо подумать и все взвесить. Но она всех заверила, что справится. Подросток пробыл в семье всего четыре месяца, но за это время она сняла у него с книжки 26700 рублей, купила парню компьютер. Теперь он стоит в доме никому не нужной игрушкой. Кто возместит мальчику израсходованные деньги?

Это один только случай, но он далеко не единственный. Три месяца прожил в другой семье ребенок-инвалид, которого тоже брали из детского дома с благими намерениями, но, столкнувшись с трудностями, быстренько вернули, тоже, кстати, попользовавшись банковскими накоплениями ребенка.

**За один только последний год фактически возвращена половина детей, которым, казалось бы, улыбнулось счастье обрести новую семью, но...** А какая же это психологическая травма для них! «Они плохие», - говорят несостоявшиеся родители. Да не плохие они, а просто сложные, но об этом ведь всех предупреждали, просили подумать,

прежде чем решиться на такой ответственный шаг.

Представьте, каково это: знать, что где-то есть родные, но лишённые своих главных прав родители, либо отец убил мать или наоборот, либо кто-то из них сидит в тюрьме! Знать это и с этим жить - непросто и взрослому человеку, а они - дети, каждый такой ребенок - **подранок**. Каждый из них, конечно же, хотел бы жить в семье.

Да, приемная семья, опека, семейная форма устройства ребенка, - все это мы пропагандируем, но я боюсь другого: **как бы не получилось, что потом будет большой возврат детей**. Причин тому может быть много, в том числе и, как ни странно, **первоначальная финансовая заинтересованность замещающих родителей**. Все-таки 4260 рублей, которые даются ежемесячно на содержание ребенка, - приличная сумма. И единовременное пособие, которое выплачивается при всех формах устройства детей в семью, составляет 10 тысяч рублей, а при усыновлении - 20 тысяч. Это, конечно же, хорошее подспорье. В приемных семьях платят также 2835 рублей еже-

месячно в виде пособия по уходу за ребенком. Все это выгодно. Был случай, когда опекунская семья, узнав, что при приемном родителстве за каждого ребенка платят такие деньги, расторгла опеку и оформила этот вид устройства.

А телефонные звонки, когда просят дать консультацию и начинают с вопроса о том, «сколько я буду получать?!»! **Ну никак нельзя делать ребенка предметом торга**. Трудно поверить в бескорыстие человека, который, имея большой дом, записывает его на малолетнего сына, а потом обращается с просьбой разрешить ему, юридически бездомному гражданину, взять не одного даже, а несколько приемных детей на воспитание. Таким образом гражданин получает возможность хлопотать о жилье на законных основаниях.

**Но я оптимист и верю, что наступит время, когда мы будем говорить не о приемных, опекунских или замещающих семьях, а о счастливых детях, проживающих в кровных семьях с родными мамой и папой.** ☺

## «Думайте сами, решайте сами - дарить или не дарить...»

Вы решили стать усыновителем (опекуном) и собираетесь в детский дом, чтобы познакомиться со своим будущим ребенком поближе. Брать ли с собой для него подарок? Если да, то каким он должен быть?

Понятно, что вы хотите не просто порадовать «своего» малыша, но и понравиться ему, чтобы он, глядя на подарок, думал о вас. Или другие дети будут завидовать ему и начнут обижать. В общем, желая сделать хорошее, вы опасаетесь, не будет ли от этого хуже...

**У детей, воспитывающихся вне семьи с раннего детства, намного слабее, чем у домашних детей, развито чувство индивидуальности и чувства собственности.** В том числе это относится и к умению ассоциировать определённый предмет с челове-

ком, а также адекватно выражать свои эмоции и благодарность. Зато понятие коллективизма, выражающееся на их языке в простом «а я чем хуже?», развито достаточно сильно. Поэтому ничего удивительного, что **любой подарок является не только приятной вещью, но и знаком статуса ребёнка**. И если другие дети видят, что кому-то что-то дарят, а им не), то для них это означает, что они в чем-то хуже его: провинились или не заслужили подарка. Этот вывод основывается на привычном для них укладе жизни - ведь всё остальное у них общее!

**Таким «коллективным» детям сложно понять, что в мире взрослых могут быть люди, делающие подарки на правах родственников или друзей.**

Впрочем, даже в семье трудно делать подарок кому-то одному из детей - другой непременно захочет





завладеть им, не получится взять - отнимет силой, или разревется, или надуется, обидится и на родителей в том числе. Что уж говорить о таком тесном сообществе, как группа детдомовцев...

**Ребенок, которого вы одариваете, также оказывается в сложной ситуации.** Скорее всего, он совершенно закономерно воспримет подарок как символ любви и будет выпрашивать новые подарки, чтобы убедиться в своей нужности кому-то. Как только в жизни одного ребенка появляется взрослый, несущий нечто, что способно каким-либо образом выделить его среди остальных, он становится особенным. И эта самая особенность автоматически ассоциируется как у ее носителя, так и у остальных с единственно важным и недостающим для них - с любовью. Так подарок становится для ребенка символом любви, и в его сознании происходит замещение подарка на симпатию со стороны взрослого.

Итак, с одной стороны - сильное желание взрослого порадовать ребенка подарком, с другой - ребенок, который не в состоянии адекватно оценить факт дарения, с третьей - обиженные, завистливые взгляды остальных детей, которые очень четко отслеживают ваши действия. **Что же делать?**

Многое здесь зависит от возможности посещения ребенка. **Идеальный вариант предполагает достаточно частые ваши посещения, потому что при этом совсем не обязательно каждый раз приходить с подарком,** связывать свой приход с дарением.

Возможная схема преподнесения подарка такова: вы встречаетесь с ребенком, общаетесь, начинаете какую-то совместную деятельность и **по ходу игры, по ситуации делаете подарок.** Например, вы садитесь рисовать и по ходу дела, не акцентируя внимание ребенка, извлекаете карандаши, ластик и т.п. В этом случае у ребенка не возникает сильной концентрации на подарке, как таковом.

Кроме того, важно помнить, что в любом случае ребенка **не следует одаривать публично,** так как это может спровоцировать зависть других детей и их неприязненное отношение к счастливчику.

Но будьте готовы к тому, что ваш ребенок таковым себя не считает: дети, выросшие вне семьи, не привыкли к единоличному владению вещами. Так что не удивляйтесь, **если в следующий раз вы не обнаружите своего подарка - детдомовские дети ещё**

**общее ничего не дарить.** Тем более, что пока вы незнакомы с его характером, вкусами, наклонностями. Может случиться так, что выбранный с любовью подарок ему просто не подойдет. И уж в любом случае помните, что **подарки лучше делать в нейтральной манере,** не акцентируя на них внимание ребенка. Не забывайте сами и дайте понять ему: лучший подарок - это ваше внимание и общение.



**не умеют ценить вещи,** а наличие общего котла и совсем другая, нежели домашняя, система ответственности и самостоятельности приводит к тому, что хозяин подарка быстро забывает о нём, может оставить его в любом месте, без сожаления подарить, обменять, или вовсе забыть во дворе. Не стоит на этом заикливаться и заниматься правдоискательством. Ребенок вас не поймёт, и взрослые - воспитатели, нянечки - тоже.

Регулярные посещения - оптимальный вариант, вы успеете найти верное решение дилеммы «дарить - не дарить», а, познакомившись поближе с ребенком, решите, что именно подойдет для него в качестве подарка лучше всего.

**При первом же посещении, а уж тем более - при единственном, ребёнку лучше во-**

**Если позволяют финансовые возможности, то можно преподнести и коллективный подарок.** Тогда никто из детей не будет обижен, наоборот, ваш ребенок станет героем дня, поскольку это же его будущие родители позаботились обо всех. Детей лучше всего порадовать незатейливым угощением. Выбирая шоколад, подумайте, что обычно родители предпочитают своим детям иные, более полезные вкусности, и воздержитесь от покупки одного. Остановитесь на фруктах. А можете подарить каждому ребенку по шарик, фломастеру, наклейке - вроде и одинаковое у всех, но в то же время и разное - по цвету или рисунку. **Вы готовы сделать счастливым одного ребенка, но пусть несколько минут радости почувствуют и остальные...** ☺

«Согрей теплом родительского сердца!» публикуется в рамках Гранта Алтайского края в сфере СМИ на 2008 год





# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## Уважаемые коллеги!

**ЛАРИСА АЛЕКСЕЕВНА ПЛИГИНА,**  
президент Алтайской региональной общественной  
организации «Профессиональная ассоциация  
средних медицинских работников»

8 сентября 2008 года в г.Новосибирске состоялся Координационный совет, который проводила В.А. Саркисова, президент Российской ассоциации медицинских сестер. Присутствовали президенты сестринских ассоциаций из 28 регионов России.



Валентина Антоновна выступила с итогами работы по созданию профессиональных стандартов, провела обсуждение стратегии Российской ассоциации медицинских сестер на 2008-2010 годы. Представила информацию по проведению III Всероссийского съезда средних медицинских работников. Очень бурно обсуждался Проект Концепции развития сестринского дела в России с 2009г. до 2012г. Это стратегический документ, в котором должны быть учтены все риски и барьеры, существующие в отрасли. На сегодня система образования в сестринском деле громоздкая и экономически не выгодная. Решено еще раз провести экспертизу в регионах и с учетом предложенный подготовить окончательный вариант Проекта Концепции для представления на съезд.

Впервые на Координационном совете отчитывались президенты регио-

нальных ассоциаций, где нет роста численности членства, а значит, нет развития. Вопрос стоял как никогда жестко: «Все ли мы на своем месте?!».

**Каждая медицинская сестра должна быть сопричастна к переменам в сестринском сообществе.**

8-9 сентября в г.Новосибирске прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Организация и управление в сестринском деле». Присутствовали на конференции 150 делегатов из 28 регионов России. От Алтайской профессиональной ассоциации в делегацию вошли: **Л.В. БЕЛКИНА**, главная медицинская сестра МУЗ «Городская больница №4» г.Бийска; **Т.А. ГУБАНОВА**, старшая медицинская сестра МУЗ «Шипуновская ЦРБ»; **Г.П. КУЗНЕЦОВА**, главная медицинская сестра МУЗ «Детская городская клиническая больница №7» г.Барнаула; **Е.А. МАХНИ-БОРОДА**, резерв

главной медицинской сестры МУЗ «Павловская ЦРБ», **Т.В. МИХРЯКОВА**, резерв главной медицинской сестры МУЗ «Городская больница №1» г.Рубцовска.

С приветственным словом выступили: заместитель губернатора Новосибирской области В.А. Толоконского, заместитель мэра по здравоохранению **Г.В. РВАЧЕВА**, руководитель департамента здравоохранения Новосибирской области, д.м.н., профессор **В.В. СТЕПАНОВ**, президент Российской ассоциации медицинских сестер **В.А. САРКИСОВА**, главный врач ОГУЗ «ГНОКБ», д.м.н., профессор **С.С. ПАВЛЕНКО**.

Яркое и содержательное выступление В.В. Степанова в пленарном заседании «Роль медицинской сестры в организации и обеспечении лечебно-диагностического процесса» было прервано аплодисментами делегатов, когда он произнес: «В современном здравоохранении если руководитель не придает значения роли мед-

сестры, то этот руководитель не соответствует должности».

**Все делегаты отметили качество подготовки организаторов конференции:** Российской ассоциации медицинских сестер и Новосибирской ассоциации. Несмотря на насыщенную программу конференции, атмосфера была деловой и дружеской. Делегатов объединяли одни профессиональные проблемы и пути их решения. Состоялся очередной обмен опытом.

Главное, чтобы полученные знания участниками конференции были использованы на своих рабочих местах и в своих коллективах. Я возлагаю большие надежды на своих коллег, на их активную профессиональную позицию и стремление к позитивным переменам в сестринском деле.

**Более подробное освещение материалов конференции предоставляется делегату конференции Г.П. Кузнецовой.** ☺

# Прошла Всероссийская сестринская конференция

ГАЛИНА ПЕТРОВНА КУЗНЕЦОВА,  
главная медицинская сестра, специалист высшей категории,  
МУЗ «Детская городская клиническая больница №7»,  
г.Барнаул. Член ПАСМР с 2000 года.



Делегация Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников с президентом ПАСМР В.А. Саркисовой

Мне представилась возможность участвовать в работе Всероссийской сестринской конференции «Организация и управление в сестринском деле».

В докладе «Управление сестринским делом» президент ПАСМР **В.А. САРКИСОВА** отметила основные сферы управления сестринским делом:

◆ **управление кадровыми ресурсами.** На фоне кадрового кризиса руководители сестринских служб призваны поддерживать оптимальное количество и качественное соотношение сестринского персонала;

◆ **управление материальными ресурсами.** Медсестры-руководители сегодня обязаны владеть языком цифр, который позволит доказать, что первоначальная дешевизна не самых качественных материалов обернется значительными финансовыми потерями;

◆ **управление финансами.** Оно тесно связано со всеми разделами деятельности руководителей сестринских служб. Сегодня каждая медсестра-руководитель должна стать переговорщиком, способным доказать приоритетность данных статей финансирования;

◆ **управление качеством помощи.** Стоимость качества измеряется не только теми затратами, которые осуществляют на его поддержание, но и теми издержками, которые можно понести в отсутствие эффективных систем обеспечения качественной помощи.

**Эффективный руководитель** - это профессионал, наделенный лидерскими качествами. **В его задачи входит:** правильное распоряжение своим временем; умение делегировать часть своих полномочий; контроль собственных эмоций и умение слушать; использование доказательной аргументации; готовность к нестандартным решениям; бесконечная преданность своему делу.

Сестринское дело - сфера творческого труда, а руководство и управление сестринским делом - искусство, которое требует постоянного совершенствования!

В докладе «Роль среднего медицинского персонала в обеспечении качества медицинской помощи» **В.В. СТЕПАНОВ**, руководитель департамента здравоохранения Новосибирской области, **отметил основные причины ухода медицинских сестер из профессии:** низкая заработная плата при высокой нагрузке и возрастающей ответ-

ственности, выполнение неквалифицированной работы.

**Основная цель реформы сестринского дела заключается в формировании нового типа специалиста медицинской сестры,** способной самостоятельно планировать и осуществлять профессиональный сестринский уход и медицинскую помощь на основе целостного подхода к пациенту как к личности.

- *Сестринское дело, как профессия и наука, отличается от врачебной, это отдельная профессия,* - сказал В.В. Степанов. - *И должна быть определена законодательно.*

Сегодня палатные медицинские сестры из-за перегрузки и выполнения неквалифицированной работы (перевозка пациентов, доставка историй болезни, заявок в различные вспомогательные службы и т.д.) **непосредственно с пациентом работают не более 5-7% рабочего времени.** В амбулаторно-поликлинической службе медицинская сестра **0,5%** рабочего времени занимается пациентом, остальное время она пишет.

**Необходимо создавать вспомогательные службы.** Если в течение 10-15 секунд пациент не называет имя медицинской сестры, значит, та не работала с ним. Необходимо партнерство во взаимоотношениях «врач-медсестра-пациент», основанных на взаимоуважении. А ведь 90% жалоб пациентов связаны с отношением к ним медицинских работников.

Главный врач ОГУЗ «ГНОКБ», д.м.н., профессор **С.С. ПАВЛЕНКО** отметил, что сегодня в здравоохранении должны смениться акценты в роли медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе, так как **у медсестры такая же ключевая позиция, как и у врачей.** Если она не проявляется, то это некомпетентность врача и руководителя. Как главный врач, он высказал пожелание **«собираться вместе и решать основные аспекты по заработной плате и другим проблемам, с точки зрения не только медицинских сестер, но и врачей».**

Организацией работы сестринского персонала поделилась главная медицинская сестра Кемеровской областной клинической больницы **Н.В. КОВАЛЕНКО.** Для совершенствования системы управления сестринской деятельностью были предприняты следующие шаги:

◆ **реструктуризация Совета медицинских сестер:** членами Совета являются все старшие медицинские сестры. Совету медицинских сестер больницы делегированы полномочия по контролю наиболее значимых аспектов деятельности сестринской службы;

◆ чтобы повысить престиж сестринской профессии, **упразднены должности заведующих-врачей в отделениях:** операционный блок, приемное отделение, отделение лечебного питания. Их успешно заменили специалистами с высшим сестринским образованием;

◆ **реструктуризация сестринского организационно-методического кабинета:** компьютерный класс на 6 рабочих мест, кабинет для эргономики;

◆ **единое информационное пространство:** компьютер установлен в кабинете каждой старшей медицинской сестры, что позволяет своевременно передавать сведения о движении пациентов, заявки на пищеблок, требования в аптеку в электронном виде.

**Гостям конференции была предложена возможность посетить областную клиническую больницу.** В больнице разработана и внедрена новая многоуровневая организационная структура управления сестринской службой с рациональным распределением функций и полномочий от заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом до медицинской сестры, находящейся рядом с пациентом. **Вертикаль управления составляют:** главная медицинская сестра, старшая медсестра клиники, старшая медсестра отделений, медсестра-координатор отделения (контролирующая организацию сестринского ухода за пациентами, координирующая работу сестринского персонала на проблемы пациента), медсестра отделений, с подчинением всех уровней заместителю главного врача по работе с сестринским персоналом.

Для медицинских сестер разработаны методические рекомендации по каждой специальности, которые находятся на рабочем месте. Лекарственное обеспечение отделений осуществляется по



системе «аптека-пост», что дает высокий экономический эффект. В больнице для упорядочения учета, хранения и использования наркотических и сильно действующих лекарственных средств организован **централизованный наркотический кабинет**.

Используются **контрольные оценочные карты медицинских сестер**, разработанные в соответствии с критериями оценки индивидуального труда медицинских сестер. Карта заполняется каждую рабочую смену старшей медицинской сестрой отделения. Критерием оценки манипуляционной деятельности является наличие/отсутствие дефектов при выполнении манипуляций, отсутствие дефектов и их последствий в виде осложнений.

В больнице организован и успешно работает «**Централизованный склад чистого белья**», что также привело к экономическому эффекту.

Для освобождения медицинского персонала от не свойственной ему работы, для улучшения качества медицинской помощи организована **бригада из 10 сотрудников по проведению генеральных уборок отделений больницы**. Оплата за дополнительную работу членам бригады производится из средств фонда заработной платы больницы.

Проблема в управлении сестринской деятельностью требует систематизированного научного подхода к инновационным технологиям в сестринском деле. Перераспределение функций, решение кадровой проблемы приведет к существенному улучшению качества медицинской помощи. Модель управления сестринским персоналом в больнице способствует повышению профессионализма медперсонала, повышению качества удовлетворенности пациентов, как конечный результат - внедрению новых организационных форм и ресурсосберегающих технологий деятельности сестринского персонала, улучшению условий труда, подготовки молодых кадров и становлению сестринского дела, как самостоятельной профессии.

В нашей больнице по материалам конференции я провела Совет по сестринскому делу и общепольничную сестринскую конференцию, на которой присутствовали руководители больницы. ☺

# Победим бронхиальную астму!

ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА ПОЛЯКОВА,  
медицинская сестра пульмонологического  
отделения, первая квалификационная  
категория, член Ассоциации с 2001 года,  
ГУЗ «Краевая клиническая больница»

**Бронхиальная астма - это болезнь, при которой в бронхах развивается воспаление, чаще всего возникающее в ответ на попадание аллергена в дыхательные пути. Соответственно, страдают люди, предрасположенные к аллергическим реакциям. Причем, воспаление, лежащее в основе бронхиальной астмы, не связано с каким-либо микроорганизмом. Клетками выделяются вещества, вызывающие изменения в бронхах, - бронхоспазм, отек бронхиальной стенки, выделение вязкой слизи. Отсюда и основные симптомы болезни: затрудненное дыхание; удушье; кашель; плохо отходящая мокрота.**

К предрасполагающим факторам развития бронхиальной астмы, в первую очередь, относится **наследственность**. То есть генетические особенности организма, при которых обычные, окружающие каждый день человека субстанции - домашняя пыль, пыльца деревьев и трав, шерсть животных - становятся аллергенами.

Далее - **эндокринные нарушения**, связанные с неправильной работой гипофиза и коры головного мозга. Гормональный всплеск в юношеском переходном возрасте, климактерический период у женщин способны спровоцировать астму или обострить ее течение. Холодный сырой климат и загрязнение атмосферного воздуха также относятся к астматическим провокаторам. Курение вообще астматикам категорически противопоказано.

**Бронхиальная астма поддается лечению, если оно начато вовремя и правильно.** Больной, получая современное лечение, может полностью освободить-

ся от симптомов болезни, его работоспособность и физические возможности не будут нарушены. Но так как астма имеет генетическую основу, предрасположенность сохраняется у человека на всю жизнь.

Первый «звоночек» болезни - это **приступы сухого** (или с небольшим количеством мокроты) **кашля**. На следующем этапе появляются приступы **удушья**, развивающиеся в большинстве случаев **внезапно**. Появляется **чувство заложенности груди, затруднено дыхание на выдохе, мучает желание откашляться** - при этом сухой кашель не приносит облегчения, а лишь усугубляет одышку. Дышать становится труднее, все явственнее слышны хрипы. Самые неприятные мучительные приступы удушья - ночные, во время которых возникает страх - страх смерти, паника. Бывает и так, что больной не может заснуть всю ночь или просыпается под утро. Это отражается на дневном состоянии: снижается работоспособность, постоянно



присутствует состояние сонливости.

Почему же ночь самое неблагоприятное время для болеющего астмой, и как с этим бороться?

Известно, что **ночью происходят в организме больного такие изменения, которые способствуют сужению бронхов**. Уменьшается выработка гормонов, которые поддерживают бронхиальное дерево в расплавленном состоянии. Нервная система перестраивается по ночам так, что создается благоприятные условия для бронхоспазма. Обычно это происходит в 4-6 часов утра, когда усиливаются все неблагоприятные изменения. Чем хуже пациент чувствует себя днем, тем сильнее проявится одышка в утренние часы. Поэтому общее противоастматическое лечение будет влиять и на состояние бронхов ночью.

Однако **если удушье наступило, прежде всего, сядьте или встаньте, не поддавайтесь панике и примените ингалятор, правильно используя технику ингаляции**. Больным, у которых такие эпизоды случаются часто, необходимо держать у кровати термос с горячим питьем, и в период приступа **сделать несколько глотков чая или воды**. Доказано, что питье может рефлекторно купировать тяжелый приступ



◀ удушья. В воду можно добавить 4-5 таблеток мукалтина для улучшения отхождения мокроты. Если приступы удушья в предутренние часы повторяются регулярно, обязательно **посоветуйтесь с врачом.**

Однако ночью больной может встречаться и с аллергеном, который вызывает удушье. В этом случае приступ, носящий регулярный характер, обычно возникает глубокой ночью, где-то между часом и тремя. **Подушки и одеяло должны быть из синтепона**, не используйте перину, так как в пере и пухе размножается домашний клещ - основной аллерген домашней пыли. Он не видим глазу, но есть повсюду, где скапливается пыль. Поэтому при выявленной аллергии к домашней пыли особенно важно, чтобы **в доме не было «пылесборников»:** ковров, мягкой мебели, игрушек (особенно в спальне).

Для контроля над заболеванием используют **показатели функции внешнего дыхания (СПГ, ФДВ).** Достаточный контроль бронхиальной астмы в течение трех месяцев позволяет снизить интенсивность лечения. При определении функции легких людям с астмой среди разных показателей определяют пиковую скорость выдоха, т.е. максимальную скорость, с которой больной способен выдохнуть воздух из легких (с англ. «пикфлоу» - максимальный поток). Эта скорость выдоха показывает, насколько сужены бронхи.

**Для чего используют пикфлоуметр?** Во-первых, чтобы объективно определить, насколько эффективно лечение: при регулярном измерении пиковой скорости она должна возрастать. Если показатель остается без изменений, значит, назначенная терапия не приносит должного эффекта и необходимо изменить или усилить лечение.

Во-вторых, для того, чтобы постоянно следить за состоянием своих бронхов и вовремя замечать их прогрессирующее сужение (т.е. наступление обострения заболевания). Нормальные границы пикфлоу зависят от возраста, роста, пола и определяются по специальным таблицам.

В-третьих, чтобы выявить закономерности своей болезни. Например, человек, страдающий астмой, идет на работу, в течении рабочего дня у него пиковая скорость выдоха постепенно увеличивается. Дома он с помощью пикфлоуметра отмечает, что этот показатель у него снижается. Вывод один: в доме есть аллерген, на который он реагирует. Может быть другая ситуация, когда скорость уменьшается после еды - нет ли пищевой аллергии?

**Больной должен научиться ориентироваться в своем состоянии для проведения мероприятий, соответствующих именно этой ситуации.** С этой целью была предложена система зон, адаптированная для облегчения запоминания к цветам светофора.

**Зеленая зона:** указывает на благополучие в состоянии. Показатели пикфлоуметрии выше 80%.

**Желтая зона:** отмечается постепенное или более быстрое нарастание астматических симптомов. Показатели пикфлоуметрии - между 50-80% должных величин.

**Красная зона:** сигнал тревоги. Характеризуется значительным нарастанием симптомов в результате различных причин. Показатели ПФМ ниже 50% должного.

Таким образом, система зон и определенные навыки самоконтроля помогают распознать признаки возникших нарушений, чтобы немедленно начать нужное лечение.

При лечении астмы в настоящее время применяют **ступенчатый подход**, при котором **интенсивность лечения возрастает по мере увеличения степени тяжести заболевания.** Такой подход позволяет контролировать течение заболевания с применением наименьшего количества лекарственных средств. Доза и кратность приема препаратов увеличиваются в период обострения и уменьшаются при хорошем контроле бронхиальной астмы.

Препараты, применяемые при лечении бронхиальной астмы, выпускаются в виде аэрозолей, растворов, таблеток.

**Применение ингаляционных аэрозолей является наиболее предпочтительным в сравнении с таблетированными препаратами.** Ингаляционный путь введения позволяет доставить малые дозы препарата непосредственно внутрь бронхиального дерева и добиться хорошего эффекта практически без побочного действия.

Людям, которым сложно синхронизировать вдох с поступлением препарата, рекомендуется **использование спейсеров, которые за счет большого объема позволяют вдыхать препарат в течение нескольких вдохов.** На стенках спейсера оседают крупные частицы лекарственного препарата, что снижает риск развития грибкового поражения (кандидоза) слизистых оболочек ротовой полости.

В последнее время появилось новое и более эффективное устройство для лечения астмы - **небулайзер. Лекарства, распыляемые с его помощью, попадают в самые дальние отделы легких.** Поэтому лечение с по-

мощью небулайзера очень эффективно, особенно для пожилых людей, детей с обострением заболевания, а также для пациентов, которые испытывают трудности при использовании дозированных аэрозолей с помощью обычного ингалятора.


**Для контроля заболевания требуются противовоспалительные препараты, для лечения используются ингаляционные глюкокортикостероиды.** Длительность их применения и доза - индивидуальны и зависят от тяжести бронхиальной астмы, уровня контроля над заболеванием. Короткодействующие препараты (сальбутамол, беротек и др.) предназначены для оказания экстренной помощи при приступе бронхиальной астмы, а также для предупреждения развития симптомов, вызванных физической нагрузкой.

Вовремя начатое противовоспалительное лечение уменьшает частоту и тяжесть обострений, снижает повышенную чувствительность бронхов к провоцирующим их спазмам факторам, улучшает показатели функции внешнего дыхания (СПГ, ФДВ).

**Сочетание медикаментозных и немедикаментозных** (дыхательная гимнастика, закаливание, массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия и др.) **методов дает наибольший эффект в лечении астмы.** Наибольшее значение в профилактике и лечении бронхиальной астмы играет дыхательная гимнастика. Это один из необходимых методов лечения заболевания, направленный на повышение функциональных возможностей дыхательного аппарата путем восстановления более свободного экономического дыхания.

Замечательно зарекомендовало себя климатолечение. Страдающим астмой больше подходит теплый и сухой климат среднегорья (курорты южного берега Крыма и Кисловодска). Еще одно природное средство - соляные шахты (спелеотерапия) - оказывает положительное влияние соленого воздуха на больных, страдающих бронхиальной астмой.

При аллергологических центрах создаются астма-школы. Но их сеть необходимо расширять. То, что эффективное обучение больных бронхиальной астмой может существенно повысить качество их жизни, а иногда и спасти жизнь, в доказательствах не нуждается. ☺

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



# Бесплодие у мужчин

РОМАН ТОФИКОВИЧ АЛИЕВ,  
ассистент кафедры урологии и нефрологии АГМУ,  
кандидат медицинских наук, уролог-андролог

Согласно статистике, каждая десятая супружеская пара оказывается бесплодной. Бесплодным считается брак, в котором отсутствует беременность в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без использования различных методов контрацепции или беременность неоднократно заканчивалась выкидышами.



**Слово «бесплодие» - не диагноз, а лишь указание на то, что в супружеской паре нет детей в течение года регулярной интимной жизни.** Причины бесплодия могут быть связаны со здоровьем каждого из супругов или с ними обоими. Заболевания женщины становятся причиной бесплодия лишь у **40%** супружеских пар, которые не могут завести ребенка. В **45%** случаев «виновным» оказывается мужчина. Остальные **15%** приходятся на случаи несовместимости организмов супругов, так называемую иммунологическую форму бесплодия и другие, более редкие формы.

Четкое разделение проблемы бесплодия в браке на мужской и женский фактор невозможно в принципе. Поэтому **обследование необходимо пройти обоим супругам.** Игнорирование обследования мужчины в бесплодном браке зачастую приводит к избыточной первичной диагностике женщины и в большинстве случаев неоправданным лечебным мероприятиям. Затягивание обследования приводит к снижению шансов на удачу.

**Для объективной оценки возможности зачатия разработан комплекс обследований, и его необходимо пройти до конца.** После того, как супруги пройдут всестороннее и обоснованное обследование, выставляется диагноз, в котором отражают все найденные факторы бесплодия. После этого врач вместе с супругами вырабатывает **план лечения**, который позволит в короткие сроки повысить шансы на самостоятельное зачатие. Реально рассчитывать на получение долгожданной беременности после проведенного

первичного обследования и лечения могут далеко не все пары. Только упорная работа (диагностическая и лечебная) могут привести к положительному результату.

**Причинами бесплодия могут быть пороки развития половых системы, повреждение половых органов** обоих или одного из супругов, **эндокринные нарушения, тяжелые интоксикации и общие заболевания организма**, даже сильная простуда подавляет производство спермы. К нарушению сперматогенной функции могут привести **длительный прием противоопухолевых, противосудорожных препаратов, некоторых антибиотиков, антиандрогенов, а также затянувшийся стресс, недостаток содержания белков в пище, неблагоприятные экологические факторы, хроническое недосыпание, злоупотребление сигаретами, длительное воздействие радиации.** Способность к зачатию снижают **наркотики**, включая кокаин и марихуану, **усиленное потребление алкоголя.**

Определенную роль играют **генные, хромосомные и иммунные факторы.** Стоит также отметить угнетающее **действие** на функцию яичек **высоких температур.** Работа в условиях гипертермии актуальна не только для сварщиков и кочегаров, но и для любителей попариться в сауне или принять горячую ванну. Такие мероприятия лучше заканчивать прохладным душем или хотя бы дать телу остыть перед одеванием. Нарушать терморегуляцию яичек может **тесное нижнее белье**, плотно прижимающее их к телу. Неблагоприятно на функции половых орга-

нов сказываются **регулярные велосипедные тренировки**, особенно носящие профессиональный характер. Сдавление и постоянные удары промежности легко могут привести к снижению или полному нарушению функции яичек, поэтому при лечении этой формы бесплодия от велосипедов лучше воздержаться. Спортсмены и культуристы почти все тайком принимают **анаболические стероиды**, пытаясь скрыть этот факт даже тогда, когда бесплодие приводит их к врачу. В результате яички утрачивают активность и, в конце концов, атрофируются.

**Продолжительные электромагнитные колебания** способны привести к тому же исходу. Исследования о влиянии мобильных телефонов на половую функцию мужчины (особенно это актуально для любителей ношения современных средств связи на поясе) пока еще не дали однозначного ответа на этот вопрос, но не исключено, что их результат не будет обнадеживающим.

Серьезную ответственность несет сексуальная революция и связанное с ней распространение инфекционных заболеваний, а также растущая у молодых тенденция к отсрочке первой беременности.

**Выделяют секреторное, обтурационное, сочетанное, иммунное, относительное бесплодие.**

**Секреторное** - при этой форме яички не производят достаточного количества сперматозоидов, необходимого для достижения и оплодотворения яйцеклетки, или у сперматозоидов нарушена подвижность, или же большинство



◀ сперматозоидов имеют дефекты строения.

**Обтурационное** - при этой форме бесплодия продвижение сперматозоидов по семявыносящим путям с одной или обеих сторон становится невозможным. При одностороннем нарушении проходимости в сперме наблюдается снижение количества сперматозоидов, при двухстороннем - их полное отсутствие

**Сочетанное** - сочетание секреторной недостаточности, обусловленной гормональными нарушениями различного характера, и экскреторного компонента в добавочных железах.

**Иммунное** - причиной бесплодия в таких случаях чаще всего становится иммунологическая несовместимость партнеров, или, иными словами, аллергия женщины к сперматозоидам или другим компонентам спермы мужа.

**Относительное (идиопатическое)** - причины, вызвавшие нарушение фертильности, не найдены.

В современных условиях обследование занимает 2-3 месяца. И в каждом конкретном случае методика диагностики и лечения индивидуальна. Диагностический алгоритм обследования мужчины: спермограмма, определение гормонального статуса, ультразвуковое исследование органов мошонки, предстательной железы, определение возбудителей урогенитальных инфекций, при необходимости - генетическое исследование и биопсия яичка.

**В настоящее время приняты следующие методы лечения:**

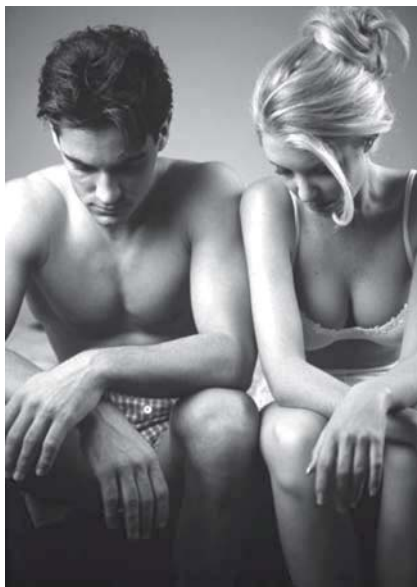
◆ санация воспалительных очагов мужской половой сферы;

◆ стимуляция сперматогенеза и функции придаточных половых желез;

◆ реабилитация. После проведенной консервативной медикаментозной терапии как этап реабилитации занимает ведущее место санаторно-курортное лечение на местных курортах Алтайского края (курорт Белокуриха («Сибирь»), Бехтемирский («Рассветы над Бией»), Яровое). Программы по лечению и реабилитации разработаны в научных исследованиях, проводимых на кафедре урологии и нефрологии АГМУ под руководством А.И. Неймарка;

◆ при отсутствии беременности используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ):

▶ **внутриматочная инсеминация спермой мужа** - суть заключается в том, что семенную жидкость мужа или донора вводят в полость матки женщины без полового акта;



▶ **ЭКО** (экстракорпоральное оплодотворение в Центре - «ребенок из пробирки») - его суть в том, что оплодотворение сперматозоидом яйцеклетки происходит вне организма женщины, в чашке Петри, после чего зигота вводится в матку женщины. Используется, если в течение года не установлена причина бесплодия, или если в течение двух лет не достигнуто зачатие (несмотря на проведенное лечение);

▶ **инъекция сперматозоида в цитоплазму зрелой яйцеклетки (ICSI)**, требующей для оплодотворения лишь единичных сперматозоидов эпидидимального или тестикулярного происхождения. **Показаниями к ЭКО (ICSI) являются:**

- концентрация сперматозоидов ниже 10 млн. (2 млн. для ИКСИ),

- подвижность сперматозоидов 2 - меньше 10% (5% для ИКСИ),

- более 70% патологических форм сперматозоидов (более 96 для ИКСИ),

- возможность получения сперматозоидов только хирургическим путем,

- безуспешность других методов лечения.

**Важно обращаться за помощью к специалисту, который знаком с данной патологией не только по книгам, а имеет успешный опыт лечения.** ☺

**В предыдущем номере в материале «Аденома предстательной железы: вопросы диагностики и лечения» была допущена досадная неточность в указании фамилии автора. Уважаемый Александр Владимирович МАЗЫРКО, примите искренние наши извинения!**

Редакция



*На заметку*

## Мы разные по генам

**Ученые нашли сотни генов, которые по-разному включаются и выключаются в мозгу мужчин и женщин. Можно предположить, что многие модели поведения, характерные для определенного пола, определяются в равной степени и природой, и воспитанием.**

Женщины лучше мужчин умеют улавливать чужие эмоции, они демонстрируют большую сочувственность к окружающим. Мужчины более склонны к агрессии и риску, а также лучше разбираются в существующих системах и создают новые.

В общем уровне интеллекта представители обоих полов не различаются, однако у женщин обычно сильнее развита зрительная память, а мужчины лучше справляются с визуализацией объектов, «разворачивая» их в пространстве.

Ученые из Кембриджа выдвинули версию о том, что существуют разные типы мозга - ориентированные на восприятие чужих эмоций и ориентированные на системное мышление. Один тип чаще встречается среди мужчин, а другой - среди женщин. Исследователи работали с различными видами приматов. Обнаружение генов, которые оказались законсервированными у них, показывает эволюционное происхождение этих генетических различий между полами, а их обнаружение в мозгу показывает, что они отчасти могут оказывать влияние на работу сознания и сказываться на нашем поведении.

Гены у обоих полов в основе своей одинаковы, однако многие из них более активны в мозгу представителей определенного пола. Эти свойственные одному из полов схемы работы генов способны влиять на многие аспекты поведения, указывают исследователи.

Знать о половых различиях важно по многим причинам. К примеру, эту информацию в будущем можно будет использовать при вычислении дозировки лекарств, а также при лечении заболеваний или повреждений мозга.





# АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты Алтайского краевого пульмонологического центра, пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»:

**Татьяна Александровна КОРНИЛОВА**, главный пульмонолог г.Барнаула, заведующая пульмонологическим отделением №2, врач высшей категории;

**Инна Ивановна БЕЛЯКОВА**, врач-пульмонолог;

**Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог.

## Занятие 19

## Бронхиальная астма и респираторная вирусная инфекция

**Простуда встречается очень часто. Врачи ее называют ОРЗ (острое респираторное заболевание) или ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) - что вернее, поскольку в основном болезнь обусловлена вирусами. Можно предположить, что большинство жителей планеты хотя бы раз в году заболевает простудой.**

Сегодня известно около 200 вирусов, способных вызывать ее симптомы. Чаще всего ОРЗ вызывают риновирусы - 30-50% всех случаев, затем следуют коронавирусы (10-15%), а на долю респираторно-синцитиальных вирусов, вирусов парагриппа, аденовирусов и энтеровирусов приходится примерно по 5 процентов.

Симптомы простуды общеизвестны: это насморк, боли в горле, охриплость голоса, умеренное повышение температуры тела, кашель, слабость. Они могут встречаться не все сразу, по-разному сочетаясь в зависимости от возбудителя.

Эти неприятности довольно быстро проходят, но **у астматиков на фоне ОРВИ высока вероятность развития обострения бронхиальной астмы.** В одном из исследований было показано, что простуда у

людей с астмой в 80% случаев приводит к появлению сухих хрипов и одышки. В результате примерно половина всех обострений астмы у взрослых связана с ОРВИ.

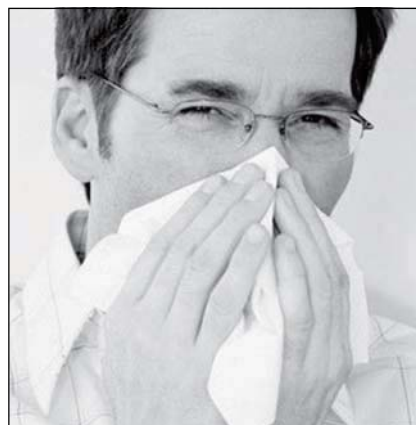
На вопрос, почему люди с астмой так реагируют на банальную простуду, пока нет точного ответа. Вероятно, из-за измененного иммунного ответа вирусы размножаются в слизистой оболочке дыхательных путей у астматиков дольше, чем у здоровых лиц, приводя к развитию воспаления, которое самостоятельно не проходит, как в норме, а переходит в специфическое для астмы воспаление.

Перед каждым астматиком в период эпидемий ОРВИ встают следующие вопросы: как предотвратить ОРВИ? Как лечить уже развившуюся простуду? Как предотвратить обострение астмы? Как лечить обострение, возникшее на фоне ОРВИ?

### КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ОРВИ?

**Обезопасить себя от заболевания ОРВИ на 100% невозможно.** В настоящее время не существует прививок против ОРВИ, поскольку этих вирусов огромное количество. Однако есть простые правила, соблюдение которых снизит риск заболеть.

**Следует избегать контакта с заболевшими людьми, особенно в**



первые дни заболевания. Если заболел кто-то из домашних, ему стоит носить маску. **Дома надо поддерживать достаточную влажность воздуха**, чтобы избежать сухости слизистых оболочек. Вопреки распространенному представлению, что ОРВИ передаются только воздушно-капельным путем (при кашле и чихании), многие респираторные вирусы распространяются еще и контактным путем. Поэтому в период эпидемии **нужно тщательно мыть руки после возможного контакта с вирусами** (поездок в транспорте, похода за покупками и т.д.), а также стараться **не трогать руками глаза и нос.** Врач может порекомендовать Вам и **противовирусные сред-** ▶



ства профилактически в период массовых ОРВИ.

#### КАК ЛЕЧИТЬ ПРОСТУДУ?

В настоящее время не существует лекарств, способных излечить от ОРВИ, значимо сократить продолжительность заболевания или предупредить развитие осложнений. **Для облегчения симптомов** (при отсутствии аллергии и других противопоказаний) **возможно использование безрецептурных препаратов:** сосудосуживающих капель, антигистаминных препаратов, жаропонижающих средств и их комбинаций. Есть данные о том, что прием витамина С может несколько облегчить выраженность и уменьшить продолжительность симптомов ОРВИ.

Даже у здоровых людей кашель после ОРВИ может сохраняться от 3 до 8 недель (постинфекционный кашель). Для его лечения используются противокашлевые средства.

#### КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ОБОСТРЕНИЕ АСТМЫ?

Возможно, что увеличение дозы ингаляционных глюкокортикостероидов или назначение гормонов в таблетках при первых симптомах обострения астмы, возникших на фоне ОРВИ, способно предупредить дальнейшее прогрессирование обострения. Однако подобные назначения могут быть сделаны **только лечащим врачом на приеме.** Целесообразно заранее обсудить с вашим врачом план действий в случае ОРВИ.

#### КАК ЛЕЧИТЬ ОБОСТРЕНИЕ АСТМЫ НА ФОНЕ ОРВИ?

**В случае развития любого обострения астмы необходимо немедленно обратиться к врачу.** В целом лечение обострения астмы на фоне ОРВИ проводят по тем же законам, что и лечение обострения другого происхождения. Объем лекарственной терапии зависит от тяжести обострения.

Скорее всего, врач увеличит дозу ингаляционных стероидов или назначит системные стероиды (внутривенно или в таблетках, например, преднизолон).

Антибиотики в первые дни болезни назначать бессмысленно, если нет признаков бактериальной инфекции (например, пневмонии или синусита). **И все же, лечение обострения астмы должен проводить врач, а задача каждого человека - постараться не подхватить простуду!** ☺

# Прогулять физру

Уроки физкультуры школе нужны, как воздух, пусть и не все школьники их любят. К таким выводам пришли специалисты фонда «Общественное мнение» (ФОМ). Как считают эксперты, незаинтересованность детей в занятиях физкультурой - следствие, а не причина.

Условия для проведения уроков физкультуры в большинстве школ далеки от идеала: некачественный инвентарь, нехватка помещений для занятий, да и квалифицированные педагоги встречаются не везде, к этому прибавляются слишком жесткие нормативы, которые под силу не каждому школьнику. Многие стремятся прогулять физкультуру всеми правдами и неправдами из боязни быть высмеянными своими товарищами.

Практически все (97%) участники опроса ФОМ убеждены, что **уроки физкультуры современной школе нужны.** Причем для всех классов - с первого по одиннадцатый (об этом заявили 89% респондентов). Три четверти россиян считают, что дети бегают стометровку и ходят на лыжах с удовольствием. Однако 11% сообщили, что их **ребенок воспринимает уроки физкультуры как тяжелую обязанность.** Особенно принудительные прыжки и отжимания не нравятся девочкам.

Главная причина, почему дети посещают зал для занятий физкультурой без удовольствия, в том, что **у них отсутствует интерес к спорту.** Да и откуда ему взяться, если в стране, как считают 46% респондентов, **уделяется недостаточно внимания популяризации спорта.** У нас так и не сделан поворот в сторону здорового образа жизни. Многие родители предпочитают дать ребенку освобождение от физкультуры, чтобы он занялся языками или музыкой. Редко можно встретить семью, на выходные выбирающуюся в лес покататься на лыжах. К этому прибавляется и слабое оснащение спортивных залов, и нехватка учителей, особенно молодых.



Пожилой физрук не может мотивировать необходимость заниматься спортом так, как молодой.

По мнению экспертов, **физруков у нас готовят по устаревшим нормам. Вместо педагогов у нас готовят тренеров.** Надо, чтобы они проводили занятия в игровой форме, а не требовали обязательного выполнения нормативов. Такое отношение к уровню физической подготовки детей, конечно, похвально, но только если не перегибать палку.

Действительно, **отношение детей к урокам физкультуры во многом зависит от учителя.** Педагог, высмеявший «слабака» перед всем классом, способен внушить тому пожизненное отвращение к любым видам физической активности. **Именно боязнь быть высмеянными одноклассниками очень часто вызывает неприязнь к предмету.** Физическая подготовка современных детей оставляет желать лучшего. Когда школьники с трудом выполняют нормативы, вполне логично, что они испытывают неловкость оттого, что им приходится делать это прилюдно. **Вред от слишком жестких, единых для всех нормативов становится особенно заметным в подростковом возрасте.** Кто-то растет не по дням, а по часам, и в норматив укладывается за половину отведенного времени. У кого-то гормональный взрыв еще впереди, а требуют с него, как со взрослого. **Нужны не унифицированные нормативы, учитывающие индивидуальные особенности детского организма, начиная от возраста и заканчивая типом телосложения.** ☺







# Начало всех начал

ТАТЬЯНА ИВАНОВНА СЕРОВА,

психолог городского психолого-педагогического центра, г.Барнаул.

Когда в семью берут ребенка, могут возникнуть психологические проблемы и потребуется время для адаптации. Хотя разумнее было бы подготовиться к этому заранее. Прежде всего нужно разобраться в своих собственных мотивах, ответив на вопрос, зачем я хочу взять ребенка. Одно дело, когда вынужден это сделать, потому что осиротел кто-то из родственников (например, племянник) и, кроме вас, брать ребенка некому. Но когда решают взять совершенно чужого ребенка - это совсем другое дело, тут особенно важно самому определиться с мотивом.

**Хотелось бы, чтобы даже одиноко живущие люди брали ребенка на воспитание не ради того, чтобы скрасить свое одиночество, а ради самого ребенка,** чтобы осчастливить его заботой, любовью, заинтересованностью в его судьбе, а тогда уже невольно сам человек начинает и психологически, и материально готовиться к встрече с этим ребенком.

**Что предполагает психологическая подготовка? Кроме мотива, очень важен настрой.** Нужно понимать, что это новый член семьи, какого бы возраста он ни был, - грудной или постарше, - все равно привычный прежний образ жизни сильно переменится. Это скажется и на работе, и на материальных затратах, несмотря на то, что государство выплачивает определенные суммы на содержание ребенка приемным семьям. Но этих денег недостаточно, чтобы обеспечить ребенка всем необходимым, и надо очень хорошо понимать, что затраты в семье, безус-

ловно, увеличатся. Кроме того, ребенок может и заболеть, за ним придется ухаживать, лечить и т.д. Словом, **все, что связано с воспитанием ребенка, ляжет на плечи приемных родителей.** Причем, совершенно не важно, какая форма содержания ребенка в семье будет выбрана: усыновление, опекуновство или патронат, - во всех случаях ответственность, возложенная на взрослых, остается одинаково высокой, потому что речь идет о человеческой жизни, судьбе и воспитании. И настроиться на такую высокую ответственность надо с самого начала.

Кроме психологического настроя, будущим родителям **следует подготовить также квартиру к приему нового жильца.** Нужно продумать заранее, где у него будет свой уголок или даже комната, поскольку ребенку в новой семье необходимо собственное пространство, в котором он ощущал бы себя комфортно и знал, что оно принадлежит ему, что здесь он хо-

зят самому себе. Это особенно важно, если в семье уже есть другие дети. Их тоже надо подготовить к тому, что появится еще один человек.

Не стоит строить иллюзий насчет лучезарного будущего, особенно в первые дни пребывания чужого человека. К его появлению надо будет привыкать всем. **Лучше настроиться на трудности** (а они, конечно же, будут), **и тогда их намного легче будет пережить**, - ведь вы к ним психологически будете готовы. Но и в другую крайность - пессимизм - тоже не стоит бросаться. Жизнь не проста - ни легка, ни трудна, она такая, какая есть, - и с радостями, и с печальями, и с препятствиями, и с победами. Главное - верить в себя и надеяться на лучшее.

**Ошибки приемных родителей. Чаще всего причина их - в недооценке своих способностей и непродумывании мотивов.** Восхищение первых дней быстро проходит, а потом начинаются будни. Ребен-



ку все равно, как называется форма заботы о нем - усыновление, патронат или опекуновство. Когда, допустим, у подростка погибают родители и бабушка или тетя берут над ним опекуновство до совершеннолетия, уже ни сам подросток, ни взявшие на себя ответственность за его воспитание родственники не претендуют на то, чтобы заменить ему настоящих родителей. А если дело касается ребенка маленького, тем более грудного, то в этом случае, наоборот, нужно постараться их заменить: **любить его, создать благоприятные условия, не принося при этом себя в жертву** (а такое нередко случается и в родных семьях, когда родители фактически добровольно отдают себя в кабалу обожаемому чаду). Это тоже нежелательная крайность, как и противоположная ей, когда **родители относятся к ребенку, как к своей собственности**, распоряжаясь жизнью человека по своему усмотрению, принимая за него решения по всем вопросам и требуя за это благодарности. Такая гиперопека полностью лишает ребенка самостоятельности в любом возрасте.





**В воспитании всегда очень важно соблюсти меру ответственности.**

К нам часто приходят женщины за советом, как поступить с ребенком, который, как им кажется, выходит из повиновения: вот он такой, вот он делает это... Она жалуется на него и тем самым как бы перекладывает вину за его непослушание на самого ребенка. Трудности в воспитании испытывают все люди, но не все винят в этом кого-то другого. **Надо принять ребенка таким, какой он есть.** Из этой данности и исходить

Моя точка зрения - многих проблем и ошибок можно избежать, если у человека будет такая позиция: **люби ребенка просто за то, что он есть на свете, что это твой сын или дочь, независимо от того родной или приемный. Любить надо бескорыстно,** только тогда это приносит плоды.

**Можно ли поставить знак равенства между детским домом и домом семейным?** Почему государство все-таки ратует за устройство детей в семье и воспитание сирот, брошенных или беспризорных детей в семьях? Как детские дома один другому - рознь, так и семьи. Каждая семья счастлива или несчастна по-своему. Но если сравнивать детский дом и семью, причем, давайте иметь в виду хороший детский дом и благополучную семью, которая берет ребенка ради самого ребенка, то и тогда знака равенства не поставишь. **Семья перевешивает однозначно.**

Не зря говорят, что это ячейка общества. Семья, в которой есть мама и папа, формирует у ребенка ролевое восприятие взаимоотношений между мужчиной и женщиной, между роди-

телями. Он приобретает тот социальный опыт, который ему потом будет необходим в жизни.

Детский дом - это только территория детства, и взаимоотношения между живущими там детьми складываются на уровне детства. А что затем? Они не знают! Потому и выживают потом очень трудно в обществе. У воспитанников детдомов нет социального опыта, они теряются даже перед обычными бытовыми мелочами.

**У них много материальных благ** - они хорошо одеты, вовремя накормлены, они живут, ни в чем материально не нуждаясь. Их водят в театры, музеи, на экскурсии и т.д. Но у детей в детском доме нет самого главного - примера, как строить свою жизнь в дальнейшем. Отношения на уровне «ребенок - воспитатель» они знают хорошо, а какими должны быть взаимоотношения «сын (дочь) - отец (мать)», они не просто не знают, но зачастую и не представляют, так как лишены опыта таких отношений. Не знают родительской любви и ласки, которую дает семья и которая

- как крыша от невзгод и печалей.

**Есть даже термин «мамотерапия» - лечение мамминой любовью.** На консультациях мы часто говорим об этом. К сожалению, многие родители не знают, как выразить свою любовь к ребенку. Да просто поцелуйте его, погладьте по голове, обнимите. Он сердит и ершист от того, что все время один, мама с папой вечно заняты, на него не обращают внимания, и ребенок начинает думать, что никому не нужен.

Недавно одна девочка сказала про папу, что он добрый только по воскресеньям, потому что не ходит на работу. Это в родной семье! Хорошо, что хоть один день в неделю папа бывает хорошим папой. А в детском доме?

Вспоминаю случай, свидетелем которого была сама. Мальчик обронил яблоко и заплакал. Воспитательница стала его утешать, а он плачет и плачет. Ситуация сама по себе вроде бы обыкновенная - ничего ведь страшного не произошло: упало яблоко, и мальчик заплакал. Но если эту ситуацию спроецировать в семейную обстановку, то все будет выглядеть иначе.

Малыша утешать будут по-другому, и он сам будет плакать не так безутешно и горько. **Вот чего лишены дети в детских домах - нет над ними того волшебного зонтика, которым прикрыты они из родительских рук в семьях.** Психологическое равновесие, защищенность, гармоничность в воспитании дети получают только в семье, и не через нравовучения, а через

человеческое тепло, ласку, любовь, доброту.

**Особенно важен для воспитания первый год жизни ребенка.** Бабушки и няни - конечно, хорошо, но мое глубокое убеждение - **рядом с ребенком должна быть мама.** Каждый день общаться с ним, держать на руках, разговаривать, кормить грудью - все это очень важно для будущего развития малыша. Еще лучше, если мама будет находиться с малышом до трех лет. В этот период закладывается основа его личности и всего дальнейшего развития: и речевого, и физиологического, и эмоционального, и психологического. **Вообще дошкольный период во многом определяет будущее человека - что заложить, то и прорастет.**

Но уже в три года малышу только маминого общения мало. Он тянется к сверстникам. В этот период хорошо бы отдать его в детский сад. Ребенок должен научиться контактировать со сверстниками, находиться в коллективе, дружить. Если он не получит такого опыта, у него возникнут проблемы в школе. У приемных детей, взятых из детского дома, все наоборот. **Коллективного опыта в избытке, а вот общению в семье надо учиться.**

Когда мы исследовали судьбы выпускников детских домов, собирали катанез, то оказалось, что зацепились в жизни единицы. Затраты государства на содержание детей в этих учреждениях в итоге сводятся к нулю. И получается, что даже в трудной семье родственные связи сохраняются, на подсознательном уровне социальные роли все-таки осваиваются. А вне семьи происходят потери самого ценного в человеке. ☹





# Усыновление второго ребенка

Родители, усыновляющие второго ребенка, чувствуют себя, как правило, более уверенно, чем те, кто усыновляет впервые. Процедура, которая казалась такой таинственной и изобилующей внезапными препятствиями, теперь известна. Различные сомнения, например, что они не смогут полюбить чужого ребенка, остались позади. Однажды преодолев этот путь, родители имеют все основания верить, что они добьются успеха и во второй раз. Но все это не означает, что второе усыновление всегда пройдет легко.

**Родителям, усыновляющим второго ребенка, нужно принять во внимание не только те факторы, которые они учитывали при усыновлении первого ребенка, но также и то, как новый ребенок и тот способ, каким он придет в семью, повлияют на старшего.** Вопрос не только в том, сможете ли вы принять ребенка другой расы, ребенка с отклонениями или ребенка, который будет поддерживать отношения с биологическими родителями, но и в том, как все эти обстоятельства действуют на ребенка. И если усыновление будет неудачным или биологические родители передумают и заберут ребенка обратно, вам придется бороться не только с собственным горем, но и с горем вашего первенца.

**Родители нескольких детей часто хотят, чтобы жизни их малышей как можно больше походили друг на друга.** Например, если один ребенок будет иметь возможность общаться с биологическими родителями, а другие - нет, то усыновители начинают беспокоиться, как они будут отвечать на вопросы остальных детей, которые непременно возникнут в данной ситуации, и как им быть с чувствами ребенка, у которого нет того, что есть у его братьев и сестер. Родителям не следует чересчур волноваться по поводу этих различий, поскольку они только лишний раз доказывают, что **каждый из детей живет своей жизнью.** Более того, даже когда два усыновления похожи друг на друга, опыт, который приобрели ребята, пройдя через эту процедуру, будет у них разным. **Когда различия влекут за собой вопросы и переживания, родителям нужно относиться к ним как к возможности обсудить эти проблемы:** ведь они все равно бы рано или поздно возникли, но в данном случае их выз-

вали события жизни брата или сестры.

Некоторые социальные работники отмечают: если люди понимают, что их второе усыновление может кардинальным образом отличаться от первого, **они склонны разрешить возникающие вопросы таким образом, чтобы как можно меньше травмировать старшего ребенка.** Они, как правило, не хотят, чтобы второй малыш имел нечто, чего нет у первого ребенка. Такое поведение оправдано, потому что родители знают и любят своего ребенка, в то время как второй малыш еще не является для них реальностью.

Желая оградить старшего от излишних переживаний, приемные родители часто интересуются, когда нужно начинать готовить его к неожиданному появлению брата или сестры и как может повлиять на него тот факт, что биологическая мать через какое-то время, возможно, захочет забрать его обратно. **Усыновителям не следует говорить ребенку о будущем пополнении семьи слишком рано.** Маленькие дети нетерпеливы и имеют иное представление о времени, чем взрослые. Родители могут просто сказать малышу: *«Мы думаем, у тебя скоро будет братик или сестренка».*

Хотя детям тяжело даются долгие ожидания, они все же нуждаются в подготовке к большим переменам, им нужно объяснить, например, почему в семье вдруг напряженная и волнительная обстановка. Когда планы еще не до конца ясны, родители могут сказать ребенку, что есть женщина, у которой вскоре родится ребенок, и что она, возможно, попросит их позаботиться о нем, потому что ей нужно некоторое время, чтобы решить, будет ли она сама воспитывать его. Так же можно объяснить и подготовку детской комнаты: это место, где

малыш будет жить, пока его мать будет решать, готова ли она его растить самостоятельно. Вы можете добавить, что надеетесь, этот малыш станет частью вашей семьи. **Если отказ матери от ребенка представить как еще не до конца решенное дело, а возможное возвращение ребенка к биологической матери как результат ее раздумий и окончательно принятое решение, то старший ребенок будет меньше бояться, что его родная мать тоже может вернуться за ним.** Разница в том, что одна мать решила отдать своего ребенка на усыновление, а другая мать, подумав некоторое время, решила не делать этого.

Однако если биологическая мать действительно заберет своего малыша обратно, родители должны помнить, что их ребенок тоже испытывал какие-то чувства по отношению к малышу. Эти чувства могли быть весьма противоречивы: старший ребенок мог ревновать маленького и даже втайне желать, чтобы он исчез из их жизни. Тогда, когда он действительно исчезнет, старший ребенок, возможно, будет чувствовать себя ответственным за горе своих родителей. **И родители должны дать ребенку возможность выразить свои чувства и вселить в него уверенность, что он не виноват в том, что мать малыша забрала его.** Возвращение малыша матери можно облечь в форму ритуала, это, возможно, поможет родителям и старшему ребенку пережить трудное время.

Приемные родители часто бывают удивлены, когда обнаруживают, что друзья и родственники часто выражают свои сомнения по поводу усыновления второго ребенка еще более активно, чем при усыновлении первого. **Люди часто не высказывают свое мнение, когда пара берет первого ребенка, потому что понимают, что бездетная семья готова пойти на риск, но они считают, что усыновление второго ребенка - это «поиски приключений на свою голову».** Для родителей, которые прошли через усыновление, и обнаружили, что это прекрасный опыт, такое отношение оскорбительно. Они не понимают, почему люди не видят, какая у них замечательная семья! Но существуют различные «группы поддержки» приемных родителей, в которые могут обращаться все со своими проблемами. ☺

«Согрей теплом родительского сердца!» публикуется в рамках Гранта Алтайского края в сфере СМИ на 2008 год



## Союз - СОРАТНИКОВ «Общее - прежде всего»

● **Приоритеты.** Как и семья-крепость, эта цель пары рассчитана на долгий срок. Супруги хотят разделить одну судьбу, поэтому жизнь каждого из них согласуется с теми ценностями, на которых базируется их семья. Между партнерами устанавливаются очень тесные взаимоотношения, они всячески подчеркивают свое сходство. Но, в отличие от семьи-крепости или семьи-коккона, супругам очень важно участвовать вместе в общественной жизни.



● **Распределение ролей.** Как и в семье-ассоциации, принимая обязанности, устанавливая правила и придумывая ритуалы, супруги предпочитают оставаться гибкими. Распорядок дня и задачи каждого партнера меняются в зависимости от текущих задач. Оба способны вести хозяйство, кроме того, один может заменить другого, что является залогом развития пары. Однако в отличие от семьи-ассоциации, здесь на первый план выходят общие интересы. На благо семьи и общества каждый из супругов готов на некоторые жертвы.

● **Отношения с миром.** Партнеры принимают активное участие в общественной жизни. Однако, несмотря на открытость миру, их нельзя назвать «светскими львами» (как это часто бывает в случае семьи-ассоциации). Скорее они представляют собой пример гражданской пары, которая стремится внести вклад во всеобщее благополучие.

● **Преимущества и недостатки.** Превосходство совместных интересов над личными, гибкость в распределении ролей; открытость внешнему миру - отличные предпосылки для долгого и счастливого существования. Именно в таких союзах меньше разочарований, здесь чаще смеются, больше радуются совместным достижениям и реже расстаются.

## Союз - ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ МИРОВ «Вместе за неимением лучшего»

● **Приоритеты.** Этот стиль отношений меньше всего похож на общепринятый образ счастливой пары. Здесь, как и в семье-ассоциации, у каждого супруга свои интересы, а отношения между партнерами базируются на некоем безразличии друг к другу. Каждый из них занимается самим собой и не склонен делиться душевными переживаниями с супругом. В сущности, они живут вместе только потому, что по-другому нельзя.



● **Распределение ролей.** В такой семье обязанности партнеров крайне дифференцированы. Домом целиком занимается жена, а помимо исполнения связанных с этим обязанностей, муж ждет от нее организационной поддержки его собственных начинаний. Его работа нередко тяжела; он не может взять на себя ни одну из функций своей партнерши - и наоборот. В их отношениях нет ни тени сентиментальности.

● **Отношения с миром.** Обычно супруги живут в настоящей изоляции от внешнего мира, в полном неведении того, что происходит вокруг, и не слишком расположены приглашать к себе в гости кого-либо. Если партнеры не слишком придираются друг к другу, они сосуществуют довольно спокойно.

● **Преимущества и недостатки.** В таком союзе трудно найти плюсы. Супруги ничего не ждут друг от друга, из-за чего они чужды разочарования в партнере. Каждый ясно представляет, что он должен делать, правила здесь устанавливаются раз и навсегда, что помогает устранить любые разногласия. В таких семьях царит полный порядок, а все действия партнеров абсолютно предсказуемы. И, хотя их отношения совсем не похожи на праздник души, такой союз может длиться всю жизнь.

# Психическая гениальность

**Многие великие люди страдали различными психическими расстройствами и заболеваниями. Неужели для того, чтобы стать гением, нужно обязательно сойти с ума?**

За последние 2000 лет истории человеческого общества было всего около 500 гениев. Причем, пропорция «один гений на 4000 людей» сохраняется для каждого из прошедших столетий.

Процент психически больных людей неуклонно растет: только за последние 30 лет - в 6-8 раз. В понятие шизофрении укладываются явления, которые по своей сути имеют лишь частичное внешнее сходство с одаренностью, и глубокие качественные различия. Так, при вялотекущей шизофрении человек может сохранять трудоспособность и быть даже более продуктивным по сравнению со своими здоровыми коллегами. Но возможно и что уже к 20 годам от интеллекта человека остаются жалкие развалины.

Почему талант и шизофрения так часто оказываются соседями в жизни? Причин много. Предрасположенность к шизофрении есть у трети населения планеты. Разовьется ли болезнь, зависит от устойчивости внутреннего защитного барьера (интеллектуального, психического, физиологического, социального). При этом чем выше интеллект и тоньше душевная организация человека, тем выше у него шанс, что защита под напором внешних обстоятельств не справится и придет болезнь.

Повышенная впечатлительность, чрезмерная ранимость таланта наряду с неспособностью и нежеланием окружающих понять его устремления часто создают очень высокую нагрузку на нервную систему одаренного человека, заставляя ее работать в аварийном режиме. В результате перегрузки приводят к психическим срывам и болезням нервной системы, тем более что для вызывания вдохновения многие талантливые люди используют кофе, алкоголь и наркотики.

Талантливый человек - это стрелок, попадающий в цель, которая нам кажется труднодостижимой, а гений попадает в цель, которая нам даже не видна. Талантливый человек действует строго обдуманно. Он знает, как и почему пришел к той или иной теории, тогда как гению это совершенно неизвестно, поскольку всякая творческая деятельность, в основном, бессознательна.

Да, известны случаи, когда в результате какого-то заболевания у человека открывались скрытые способности, в том числе поэтические и художественные. Но ни один талант или гений не стал гениальным после возникновения у него психической болезни. Они были талантливы от рождения, а заболевание, которое, как правило, приходило позже, только разрушало их дар. Многие теряли не только интерес к своим увлечениям, но и уже имеющиеся художественные, литературные или музыкальные навыки. ☹

