

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ

## АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (93) СЕНТЯБРЬ 2010

С 1 сентября!

2010 - ГОД УЧИТЕЛЯ



## ОТ РЕДАКТОРА



### О воспитании. Толерантность или безразличие?!..

В последнее время многим полюбилось слово «толерантность». Оно вошло в широкий обиход сначала в политике, еще в 50-годы прошлого столетия. Тогда, отстаив свободу мысли и слова, – решили, что в обществе нужно воспитывать чувство толерантности, например, к инакомыслию. Однако усердие в воспитании терпимости постепенно стало принимать подчас диаметрально противоположные и уродливые формы - от агрессивного преследования... несогласия, причем со все более широким списком проблем, до демонстративного эгоистичного безразличия к нуждам и проблемам других, под маркой все той же толерантности.

Кстати, в общем (школьном) образовании это слово стало едва ли не главным при обсуждении проблемы воспитания. Но точного ответа на вопрос о том, что предлагается терпеть, у многих из тех, с кем мы обсуждали эту тему, – вообще-то и нет. Ну, к разным культурам!..

Культура – это очень емкое понятие, в которое входят и принятая обществом система ценностей, и кстати законы, религия...

Может быть, нужно ставить вопрос не о терпимости, а об уважении?..

Образовательная система сама дефицитна в отношении, например, такого непереносимого компонента, как милосердие. Когда речь заходит о детях-инвалидах или детях из неблагополучных семей, - на практике попытка включения их в обычную среду часто заканчивается отторжением, брезгливостью, даже травлей (причем часто с молчаливого согласия и детей, и взрослых).

Научить ребенка жить в любви к ближнему, жить так, чтобы общение человека с человеком было в радость, научить милосердию, и, может быть, тогда не будет необходимости демонстрировать «толерантность» к курящим и пьющим, употребляющим наркотики подросткам, не замечать ранних и беспорядочных половых связей.

Это толерантность, когда мы не пытаемся препятствовать проявлению неуважительного отношения к женщине, пропаганде многоженства или, наоборот, отрицанию ценностей семьи, материнства или насаждению «нетрадиционных семейных отношений»?.. Добродушное отношение к нелепым нарядам – хоть к лаптям, хоть к «металлу», к иждивенческому поведению весьма немалой части общества – это нечто иное, нежели проявление толерантности.

Воспитывать понимание прав ближнего, как своих собственных, милосердия, способности к покаянию, соблюдение закона и даже сдержанность и ограничение себя в излишествах – все это в конечном счете и приводит к миру и согласию.



# Содержание



6

**Мост в облака.  
Аутичные дети:  
какие они?**



25

**Школьная  
близорукость**



28

**О реакции Манту,  
флюорографии,  
МЛУ и лечении**



40

**Юмор - могучее  
средство  
психотерапии**

Прошел V Общероссийский медицинский форум .....	2-3
Не оставим без внимания .....	3
О.Н. Коршунова. Время задуматься над тем, что мы пьем .....	4
Польза в каждой капле .....	5
Е.Б. Мирская, Е.Г. Борячек. Мост в облака. Аутичные дети: какие они? .....	6-8
А.М. Томишина. Хламидийное поражение глаз .....	9-10
Мир и медицина .....	11
Независимость ребенка .....	12
Страшные сны (тоже) полезны .....	13-14
О диагностических лабораторных исследованиях .....	15
Влияние комнатных растений на нашу жизнь .....	16-17
Ю.Ю. Демин. Болезни и сексуальность .....	18-19
Как стать красивой .....	19
Мир и медицина .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b>	
На правах Золушки .....	21-22
Н.А. Денисенко. Гигиена в салоне красоты .....	23-24
Ю.Г. Хмара. Школьная близорукость .....	25-27
История заблуждений: еда .....	27
О реакции Манту, флюорографии, МЛУ и лечении .....	28-29
Мир и медицина .....	30
Семь фактов о корице .....	31
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	32-33
Мир и медицина .....	34
Лекарства взяли в оборот .....	35-36
Чтобы малыш был здоровым... ..	36-37
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
В.К. Бурчик. Беременность в позднем репродуктивном возрасте: проблемы и перспективы .....	38-39
Юмор - могучее средство психотерапии .....	40-41
Тест: Умеете ли вы вести здоровый образ жизни и производительно работать? .....	42-43
Витаминная диагностика .....	43
С днем рождения традиции! .....	44





# Прошел V Общероссийский медицинский форум

9-10 сентября в Алтайском крае на базе ГУЗ «Краевая клиническая больница» прошел V Общероссийский медицинский форум. Стартовал 22 июня т.г. в Центральном федеральном округе, Форум пройдет в остальных семи федеральных округах и завершит свою работу 26 ноября 2010г. в Астрахани.

Объясняя выбор места проведения очередного Форума, профессор **Георгий НОВИКОВ**, президент общероссийского общественного движения «Медицина - за качество жизни», отметил, что «Алтайский край занимает одно из ведущих мест в Сибирском федеральном округе, как по численности населения, так и по уровню развития медицины. Здесь реализуется ряд федеральных медицинских программ, кроме того, Алтай вкладывает и краевые деньги в развитие региональной медицины».

**Организаторами Форума выступили:** Общероссийское общественное движение «Медицина - за качество жизни», Всероссийская политическая партия «Единая Россия», Общероссийское объединение медицинских работников. Форум проводится при поддержке Государственной Думы Федерального Собрания РФ, в Сибирском федеральном округе - еще и Администрации Алтайского края.

В работе Форума приняли участие первый заместитель председателя комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ **Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО**, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ **А.В.**

**ЮРИН**, председатель АКЗС **И.И. ЛООР**, заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Е.А. ВАЙГЕЛЬ**, председатель комитета АКЗС по здравоохранению и науке **А.Ф. ЛАЗАРЕВ**, депутаты Законодательных собраний, городских дум, исполнительные директора территориальных фондов обязательного медицинского

**Общероссийские медицинские форумы проводятся с 2006 года по инициативе общественного движения «Медицина - за качество жизни». По результатам форума принимаются декларации, которые в дальнейшем доводятся до представителей власти и медицинского сообщества.**

страхования Сибирского федерального округа, руководители органов управления здравоохранением, главные врачи лечебно-профилактических учреждений, главные специалисты, практикующие врачи, представители общественных организаций.

**Основной темой, обсуждаемой на Форуме, стала модернизация российского здравоохранения и изменение действующего законодательства об охране здоровья граждан, обязательном медицинском страховании, а также пути развития и совершенствования здравоохранения.** Модернизация потребует активного участия со стороны представителей не только вла-



сти, но и общества. На Форуме было подчеркнуто: представители законодательной и исполнительной власти открыты для общения, готовы к обратной связи и проведению разъяснительной работы.

В числе вопросов участники Форума обсуждали и первоочередные задачи, которые необходимо предпринять в процессе планирования и управления системой здравоохранения, в частности, *проблемы подготовки квалифицированных кадров, вопросы профилактики, диагностики и лечения ряда заболеваний* и другие актуальные темы.

Открывая Форум, председатель АКЗС **Иван Лоор** пожелал всем его участникам успешной и содержательной работы, плодотворного обмена мнениями: «Сегодня всем становится понятно, что забота о здоровье людей - это задача не одной медицины. Здесь необходимо учитывать не только организацию медицинской помощи, но и экологический фактор, социальный климат, уровень жизни населения, демографические характеристики и многое другое. Уверен, что широкий формат обсуждения перспектив здравоохранения сделает работу всех уровней власти более успешной, более планомерной и более системной».

По словам председателя комитета АКЗС по здравоохранению и науке **Александра Лазарева**, «для реализации модернизации здравоохранения должны вступить в силу три закона: «Об охране здоровья», «Об обязатель-



ном медицинском страховании» и новый закон «О правах пациента».

На Форуме было подчеркнуто, что важное место в здравоохранении края отводится и самой организации медицинской помощи, чему уделяется пристальное внимание. Важное место в предстоящей модернизации здравоохранения будет уделено лекарственному обеспечению населения.

- У Алтайского края в этом отношении большие возможности: в федеральном центре положительно оценивают итоги работы медицинского и фармацевтического кластеров, - подчеркнул в своем выступлении **Николай Герасименко**.

- В свете модернизации здравоохранения большое внимание будет уделено профилактике, - отметила в своем выступлении заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Елена Вайгель**. С начала года на Алтае работают шесть центров здоровья, в которых прошли обследование около 10 тысяч граждан, из них признаны абсолютно здоровыми около 30%. До конца этого года планируется открыть еще два центра здоровья - детских (на базе МУЗ «Детская поликлиника №2», г. Барнаул, и КГУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»).

Председатель Федерального фонда ОМС **Андрей Юрин** акцентировал внимание на тех первоочередных задачах, которые в настоящее время стоят перед системой обязательного медицинского страхования страны. Это, в первую очередь, совершенствование нормативной базы и участие в подготовке качественных региональных программ модернизации здравоохранения, усиление контроля за стандартами оказания медицинской помощи и оценка эффективности расходования средств, которые будут направлены в рамках модернизации, а также работа по созданию единого регистра застрахованных.

В рамках Сибирского форума в регионе прошел ряд мероприятий. Так, в фойе конференц-зала краевой клинической больницы установили специальные ящики для сбора пожертвований благотворительного марафона «Поддержим ребенка!», а на Алтайской краевой станции переливания крови прошла донорская акция «Протяни руку помощи». ☺

# Не оставим без внимания

## Оказание гуманитарной помощи жителям пострадавших сел взяла под контроль Общественная палата края.

На рабочем совещании членов Общественной палаты Алтайского края (ОПАК) принято решение о необходимости осуществления общественного контроля за ходом оказания гуманитарной помощи жителям сел **Николаевка** и **Бастан Михайловского района**, пострадавшим во время пожара.

С этой целью в районе создан общественный наблюдательный Совет, который возглавил представитель ОПАК в Михайловском районе **Александр БОКК**.

Наблюдательный совет будет осуществлять общественный контроль за всей поступающей гуманитарной помощью, взаимодействии с гражданами и отслеживать ход восстановительных работ. Работу с ветеранами и пенсионерами будет курировать член Общественной палаты, лидер краевого Совета ветеранов войны и труда **Борис ГУСЕВ**. Общую координацию усилий по общественному контролю и оказанию гуманитарной помощи осуществляет председатель Совета ОПАК **Павел ТУЛИН**.

Для жителей пострадавших сел открыт телефон доверия, по которому можно высказать свои жалобы и предложения по поступающей помощи и ходу восстановительных работ: **66-85-61**.

**В городе Барнауле прием гуманитарной помощи осуществляется по адресам:**

● «Территориальный центр социальной помощи семье и детям «Вдохновение» - Змеиногорский тракт, 110 А, тел. 68-88-30;

● «Территориальный центр социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Барнаула», ул. Телефонная, 50 А, тел. 55-20-31;

● «Территориальный центр социальной помощи семье и детям Индустриального района г. Барнаула», ул. 50 лет СССР, 15, тел. 47-54-97;

● «Территориальный центр социальной помощи семье и детям Ленинского района г. Барнаула», ул. Гущина, 181, кв. 39 и 40, тел. 51-37-72;

● «Территориальный центр социальной помощи семье и детям Октябрьского района г. Барнаула», ул. Сизова, 26, тел. 61-18-15.

**В краевом отделении Российского детского фонда** также организован пункт приема пожертвований для пострадавших в результате лесных пожаров. Фонд ориентируется, прежде всего, на оказание помощи детям. Поэтому представители общественной организации отмечают, что, помимо денег, востребованы одежда, подгузники, обувь, учебники, тетради, игрушки. Вещи можно приносить в Фонд по адресу: *г. Барнаул, ул. Партизанская, д. 120, с пометкой «Для погорельцев»*. Контактные телефоны Фонда: (385-2) 666-550, 633-013, 630-255, факс: 666-550, электронная почта [altaidetfond22@mail.ru](mailto:altaidetfond22@mail.ru).

**В Михайловском районе** сбор гуманитарной помощи осуществляется в Территориальном центре социальной помощи семье и детям Михайловского района по адресу: *село Михайловское, ул. Советская, 3, тел. (38570) 2-18-54*. В других районах региона гуманитарная помощь от жителей принимается в центрах социальной помощи семье и детям.

**Верим, что ситуация на юге Алтая никого не оставит равнодушной. Даже ваша маленькая помощь будет встречена с огромной благодарностью и будет, как никогда, своевременной.** ☺



# Время задуматься над тем, что мы пьем

**Проблема качества питьевой воды затрагивает очень многие стороны жизни человеческого общества в течение всей истории его существования. В настоящее время питьевая вода - это проблема социальная, географическая, а также медицинская.**

Проблема обеспечения населения Алтайского края доброкачественной питьевой водой актуальна уже более 10 лет. **Обеспеченность населения централизованным водоснабжением составляет 70%, около 30% населения использует воду нецентрализованных источников - шахтных, трубчатых колодцев, родников.**

Большинство систем коммунального водоснабжения построено в 1960-1970 годах, в результате длительного срока эксплуатации износ их достиг критического уровня - 75%.

**По санитарно-химическим показателям удельный вес нестандартных проб воды подземных источников в 2004-2008гг. составляет 23-25%.** Данный показатель характеризует качественный состав воды скважин, используемых для питьевых целей, в воде которых **отмечается превышение в 1,5-2 раза показателей минерализации:** сухой остаток, жесткость, хлориды, сульфаты, железо, марганец и недостаточное содержание фтора.

**В 16 из 69 территорий Алтайского края вода имеет высокую минерализацию.** Это - Мамонтовский, Рубцовский, Новичихинский, Егорьевский, Романовский, Хабарский, Благовещенский, Усть-Пристанский, Кытмановский, Завьяловский, Баевский, Панкрушихинский, Каменский и другие районы.

Следствием длительного употребления высокоминерализованных питьевых вод является **повышенная заболеваемость среди населения мочекаменной, желчекаменной, гипертонической болезнями с превышением краевых показателей в 1,5-2,5 раза** (по данным краевого управления медицинской статистики).

В 20% территорий Алтайского края в подземных и поверхностных водах **содержание фтора ниже оптимальной концентрации** (0,5-1,5мг/л) и составляет от 0 до 0,3мг/л.

В течение последних пяти лет удельный вес проб воды водопроводной сети, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, стабилизировался на уровне 3,6%.

Необходимо отметить, что удельный вес нестандартных проб воды водопроводной сети по микробиологическим показателям в два раза превышает показатель воды источников, что свидетельствует о вторичном микробном загрязнении питьевой воды разводящей водопроводной сети.

**Причинами вторичного микробного загрязнения и ухудшения качества питьевой воды являются:** неудовлетворительное техническое состояние разводящих сетей; несвоевременное устранение аварийных ситуаций; ликвидация специализированных организаций, осуществляющих обслуживание объектов водоснабжения и водоотведения; частые перебои с водой.

Вопрос обеспечения населения Алтайского края доброкачественной питьевой водой является объектом постоянного взаимодействия службы Роспотребнадзора Алтайского края с органами законодательной и исполнительной власти края. При непосредственном участии специалистов службы Роспотребнадзора Алтайского края принято *постановление Администрации Алтайского края от 26.11.2007 №547 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Обеспечение населения Алтайского края питьевой водой*

*на 2008-2010 годы»* (далее - Программа). Объем финансирования Программы за счет средств краевого бюджета составляет 125,116 млн. рублей, за счет местных бюджетов - 68,213 млн. рублей.

**В Программу включены мероприятия по улучшению водоснабжения в 29 населенных пунктах в 13 районах Алтайского края,** в первую очередь - в районах, где отмечается наиболее сложная ситуация: Алейском, Егорьевском, Заринском, Зональном, Кулундинском, Кытмановском, Табунском, Тогульском, Усть-Калманском, и в пяти городах: Барнауле (поселки Южный, Власиха, Лебяжье), Алейске, Змеиногорске, Камне-на-Оби, Змеиногорске, Яровом.

**В рамках реализации Программы предусмотрены:** разработка проектно-сметной документации на реконструкцию объектов водоснабжения, в том числе на строительство очистных станций, реконструкцию водоводов, фильтров, водонапорных башен; строительство объектов водоснабжения, в том числе очистных станций на водозаборах, водоводов, водонапорных башен, скважин, водопроводных сетей в указанных населенных пунктах.

С учетом того, что действующие в крае программы решают только часть проблем обеспечения населения края качественной питьевой водой и запланированных мероприятий недостаточно, в настоящий момент разрабатывается стратегия развития водопользования в Алтайском крае. Данная стратегия будет положена в основу *Программы «Обеспечение населения края качественной питьевой водой на период 2010-2020 годов».* Реализация такой Программы позволит улучшить качество жизни населения Алтайского края. ☺

**О.Н. КОРШУНОВА,**  
начальник отдела надзора за коммунальной гигиеной Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю





# Мост в облака. Аутичные дети: какие они?



**Евгения Борисовна  
МИРСКАЯ,**  
педагог-психолог,



**Елена Георгиевна  
БОРЯЧЕК,**  
и.о. заместителя директора  
- ГУ «Краевой  
реабилитационный центр  
для детей и подростков  
с ограниченными  
возможностями»,  
г.Барнаул

*Мы общаемся по-другому.  
Если вы будете слишком  
настаивать на вещах,  
которые в вашем понимани-  
и являются нормальными,  
вы можете столкнуться  
с разочарованием, воз-  
мущением, обидой, даже  
проявлениями  
гнева и ненависти.  
Подойдите к процессу  
общения уважительно,  
без предубеждений, будьте  
открыты к изучению  
нового - и вы откроете  
для себя мир, который  
даже не могли себе  
представить.  
Джим Синклер.  
«Не плачьте о нас»*

**Что знают люди о синдроме раннего детского аутизма (РДА)? Кто не знает ничего, кто что-то и слышал, но его представления, вероятнее всего, неоднозначны и окружены загадочным ореолом, в котором аутизм непременно связан с одаренностью или даже гениальностью.**

Такое представление зачастую формирует кинематограф. Многие помнят гениального математика из фильма «Человек дождя», маленького шифровальщика из «Восхода Юпитера» или героиню фильма «Под роялем», обладающую абсолютным музыкальным слухом. Погруженность в себя этих персонажей, их отрешенность от мира и несхожесть с привычным стандартом «человека общительного» вызывают невольный интерес и даже восхищение. Однако те, кто близко общается с аутичными людьми, отмечают совсем другое: социальную беспомощность, зависимость от близких и неприспособленность к обычной, для большинства людей, жизни.

**Даже если аутичный ребенок действительно одарен в какой-либо области, это не поможет ему научиться себя, стать полноценным и счастливым членом общества.** Чтобы этого чудесного и удивительного ребенка, которому так непросто найти свое место в такой пугающей и непонятной для него жизни, научить этим, казалось бы, таким простым вещам, нужна кропотливая совместная работа врачей, педагогов, психологов и, конечно же, родителей.

**Чем же так отличаются аутичные дети? Как живет им и тем, кто рядом с ними? Каковы основные симптомы аутизма?**

С самого начала жизни ребенок-аутист не способен устанавливать отношения с другими людьми. Он живет как в раковине - отгороженный от внешнего мира, не воспринимая внешние раздражители, пока они не становятся сверхсильными или болезненными. В младенческом возрасте очень демонстративен страх бытовых шу-

мов - звуков работающих пылесоса или кофемолки. При попытке взять ребенка на руки он не «тянется» к взрослому и не принимает «позу готовности» (матери нередко говорят, что ребенок похож на мешочек с песком или крупой и кажется более тяжелым, чем это есть на самом деле).

С момента введения прикорма возникает множество трудностей с кормлением из-за избирательной любви к одним и непринятия других видов пищи. То, что некоторые виды пищи приходится младенцу не по вкусу, - бывает почти у всех детей, но у большинства достаточно быстро удается преодолеть это отвергание, приучить к новой пище. Некотактный же ребенок придерживается однажды сделанного «выбора» отторжения многие годы. Такие дети, например, могут не употреблять в пищу ничего белого, другие, наоборот, - есть только белое, могут годами требовать от матери на завтрак только жареную картошку или отказываться от супа, если в него добавили сметану, не поддаваясь ни уговорам, ни явному чувству голода.

Уже в первые месяцы часто проявляются нарушения ритма сна-бодрствования и аппетита, часто расцениваемые врачами как симптомы невропатии. Бодрствование обычно сопровождается плачем и криком, ребенка трудно успокоить. Родители нередко пробуют укачивать младенца или катать его в коляске, но стоит остановиться - крик возобновляется, заставляя родителей сменять друг друга, лишь бы успокоить дитя. Попытки положить ребенка на живот, перепеленать, вымыть - все может вызывать трудно утихающее беспокойство.

Другие дети, напротив, необычайно спокойны. Они остаются спокойны-



## Отворяя двери надежды

ми и лежа в мокрых пеленках, и при наступлении времени кормления, и при попытках взрослых «расшевелить» их, как если бы они не чувствовали ни голода, ни физических неудобств.

Первая улыбка появляется у большинства аутичных детей в возрасте около 2 месяцев - тогда же, когда и у здоровых сверстников. Родители видят в ней то, что хотят увидеть: они полагают, что дитя узнает их и улыбается именно им. Но и у здоровых детей это не так: они в 2-3 месяца реагируют улыбкой на нарисованное человеческое лицо точно так же, как на лица родителей. Но *дети, которые станут позже неконтактными, улыбаются, как правило, при приятных для них манипуляциях* - подбрасывании, почесывании, щекотании и почти никогда в ответ на появление человеческого лица. Со временем это становится все более отчетливым - улыбка существует сама по себе, не адресуется человеку. «Мне казалось, - сказала одна из матерей, - что он улыбается чему-то надо мной, когда я к нему нагибалась. Как будто он смотрел сквозь меня на луну и улыбался ей, а не мне». Ребенок поглощен, заморожен игрой световых пятен на стене, узором на обоях, собственными пальцами, но люди остаются «за скобками» его внимания.

Развитие на первом году обычно не выглядит замедленным. Но вне зависимости от темпов *развитие чаще всего неравномерно*. Так, надолго могут «застревать» те формы поведения, которые свойственны раннему возрасту и должны были бы уже исчезнуть. Родители многих наблюдавших у нас детей рассказывали о верчении кистей рук перед лицом после 3-4 месяцев: это обычное занятие детей и даже обезьяньих детенышей в возрасте 2-3 месяцев - у неконтактных детей может сохраняться до 2-3 лет, а иногда и дольше. Могут быть и другие проявления неравномерности: первые зубы прорезаются уже после начала речи, или ребенок начинает вставать, еще не умея без поддержки сидеть.

В 5-6 месяцев, когда здоровые дети уже начинают обращать внимание на окружающие предметы и даже пытаются возбужденным гулением привлечь к ним внимание матери, неконтактный ребенок остается пассивным. Он может ненадолго заинтересоваться световым пятном или ярким предметом, но



чаще *остается безучастным к происходящему вокруг*, монотонно раскачиваясь или постукивая головкой о край кровати или бортик коляски.

*Неконтактный ребенок плохо переносит изменения вообще*. Он как бы «застревает» на том, что стало доступно его восприятию и переживанию; ему недостает гибкости и подвижности в восприятии нового, которые так свойственны жадным до впечатлений здоровым детям. Стремление избегать нового, придерживаться знакомого, сохранять неизменность условий существования проявляется на самых разных уровнях.

*Речь аутичного ребенка может развиваться с задержкой* - в обычные сроки или даже с опережением, но чаще всего не используется для установления контактов и общения. *Благодаря блестящей механической памяти речь часто выглядит заученным «магнитофонным» воспроизведением того, что ребенок слышал от окружающих*, по радио или в телепередачах. Переносный смысл слов остается недоступным. Нарушено использование личных местоимений, ребенок говорит о себе «он» или «она».

*Самостоятельное поведение выглядит как однообразный и бедный набор внешне бесцельных и странных действий*. Роль игры выполняют монотонные механические манипуляции с неигровыми предметами (ключи, кухонная утварь, веревочки, палочки) или стереотипные кружения, прыганье, бег, потирание и взмахи рук. Отмечается *равнодушие к игрушкам*, обычные детские игры отсутствуют, что особенно

**Смотря на таких детей (а они встречаются не так уж редко, особенно в последние годы), завораживает их загадочность. Кажется, невозможно понять, почему они уходят от контакта, и в то же время не покидают ощущение, что ответ где-то рядом, вот-вот найдется какой-то правильный ход, и ребенок, разломав скорлупу, выйдет к нам и заговорит с нами. В этом и состоит главная задача всех тех людей, которые помогают идти по жизни маленькому «человечку дождя»: помочь адаптироваться, понять и принять правила существования общества, в котором они родились.**





## Отворяя двери надежды

заметно начиная с трех лет, когда дети должны начать играть в сюжетные игры. Ребенок не играет игрушками и не обращает на них внимания. Но попытка лишить его камушка, веревочки, бумажки, с которыми он не расстанется, приводит к протесту и скандалу.

Не менее трудна проблема гардероба. *Переодеть ребенка во что-то новое часто просто невозможно*: штаны, чулки, обувь зашиваются до дыр, но сменить их не удастся. Это создает массу трудностей, особенно, если принять во внимание стремление родителей хотя бы при помощи одежды как-то компенсировать, сгладить впечатлительные необычности ребенка.

*Излюбленные маршруты прогулок не меняются месяцами, годами*, хотя понять, что же привлекает в них, невозможно. Переезд на новую квартиру, смена мебели вызывают явное напряжение; в течение нескольких месяцев ребенок ищет постоянно листаемую им книжку на том месте, где она была в прежнем доме или до появления новой мебели.

Обычно это дети с неплохим физическим здоровьем и красивым, «умным» выражением лица, из-за которого производят не соответствующее действительности впечатление интеллектуальности. *Зачастую они не переносят взгляда в глаза и напряжены в присутствии незнакомых людей*, особенно при попытках вовлечь ребенка в общение. Часто они как бы не видят и не слышат окружающих. Поражает контраст отгороженности от мира и высочайшая восприимчивость к вещественному окружению со стремлением поддерживать его постоянство и протестом при любом изменении (феномен тождества, по выражению Каннера).

Все эти признаки могут встречаться с разной отчетливостью и в разных сочетаниях. Не раз делались попытки уточнить этот список симптомов. По крайней мере, **четыре из них можно считать обязательными**:

- ◆ неспособность к общению с раннего возраста,
- ◆ нарушенное использование личных местоимений,
- ◆ непереносимость взгляда в лицо,
- ◆ «феномен тождества».

Какими бы разными ни выглядели все эти особенности, за ними можно увидеть общий механизм. **Окружаю-**



щий мир для неконтактного ребенка выглядит хаосом. Отдельные вещи существуют сами по себе, не складываясь, общую в целостную картину, в единый образ. Этот непонятный и непредсказуемый мир пугает; он динамичен и нестабилен. Постоянные и неизменные элементы, особенно чем-то приятные или привлекательные (может быть, просто своим постоянством), дают ребенку чувство стабильности и безопасности. Вот почему старая шляпа, прочно прижившаяся на шкафу в коридоре и не привлекающая внимания взрослых, может оказаться знаком безопасности, а ее исчезновение - сигналом тревоги.

В непереносимости нового и стремлении поддерживать неизменность окружения утрированно отражается то, что присуще всем людям: незнакомый земляк вдали от родного города воспринимается едва ли не как близкий родственник; если в родном городе на магазине написано «Булочная», в новом городе мы ищем и воспринимаем именно эту вывеску. Занятые своими «серьезными, взрослыми» делами, мы достаточно легко вытесняем эти «мелочи» из сознания. Но дети гораздо более чувствительны к ним, удивляя порой взрослых своей наблюдательностью, придавая этим мелочам значение. А вот для неконтактного ребенка эта «обычная», но пугающе-непонятная и переменчивая жизнь создает перегрузку новизной, потребность в успокаивающей стабильности: его не понятный для взрослых консерватизм - не выходка, не шалость, не блажь, а лишь попытка сохранить или вернуть чувство постоянства мира, в котором он живет. ☺

**Правила для родителей, столкнувшихся с нарушениями развития у детей:**

**Правило 1.** Никогда не теряйте надежду, верьте в победу. Если даже сейчас вам очень тяжело, верьте, что в дальнейшем будет лучше.

**Правило 2.** Переживайте вместе с аутичным ребенком все его состояния, все тревоги. Вы должны научиться понимать его лучше, чем он сам себя понимает.

**Правило 3.** Старайтесь завоевать доверие и откровенность.

**Правило 4.** Внимательно анализируйте опыт своих удач и ошибок. Все время старайтесь искать новые подходы. Присматривайтесь к тому, как находят к ребенку подход друзья, знакомые.

**Правило 5.** Борясь за своего ребенка, ищите союзников. Люди, готовые вам помочь, есть везде, только надо их найти и объяснить им ситуацию. Не обижайтесь на тех, кто вас не понимает и не хочет помочь, не отчаивайтесь.





# Хламидийное поражение глаз

**В последние годы наблюдается неуклонный рост хламидийной инфекции среди населения, что позволяет назвать ее серьезной проблемой здравоохранения.**

Хламидийное поражение превосходит по частоте другие заболевания, уступая лишь респираторным. По данным зарубежных авторов, хламидийной инфекцией во всем мире заболевает **90млн. человек**, причем в странах Восточной Европы и Центральной Азии этой инфекцией поражается **более пяти миллионов человек ежегодно**. По Российской Федерации в год регистрируются сотни тысяч новых случаев заболевания, в то же время некоторые случаи остаются нераспознанными из-за неполноценной диагностики.

Одной из распространенных форм хламидийной инфекции является **урогенитальный хламидиоз**. Однако следует отметить увеличение заболеваемости экстрагенитальными формами хламидиоза, такими, как: фарингиты, бронхиты, пневмонии, воспаление придаточных пазух носа, проктиты, болезнь Рейтера и офтальмохламидиоз.

**Возбудители хламидиоза - Chlamydia trachomatis** - это облигатные внутриклеточные грамотрицательные бактерии. Они не могут существовать самостоятельно от клеток макроорганизма, так как не способны синтезировать собственные жизненно важные вещества и использовать для этого биоэнергетические системы клеток макроорганизма. Нередко хламидиоз сочетается с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем.

Хламидиям свойственен уникальный двустадийный (бифазный) цикл развития. При благоприятных условиях репродуктивный цикл завершается в течение двух-трех суток, далее развивается воспалительный процесс, вследствие чего больные становятся контагиозными, то есть заразными.

**При наличии не благоприятных для хламидий факторов (неспецифи-**

**ческое лечение) могут меняться биологические свойства возбудителя, что сопровождается переходом в хроническую инфекцию (носительство).**

**Есть несколько путей заражения глаз:**

- ◆ **антенатальный**, родовой - при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери,

- ◆ **контактно-бытовой** - через инфицированную воду бассейна, загрязненные руки и предметы личной гигиены,

- ◆ **гемато- и лимфогенный** пути.

Клетками-мишенями для офтальмохламидий являются **клетки переходного эпителия конъюнктивы**, где обнаруживаются полиморфноядерные нейтрофилы. Именно они преобладают в воспалительном экссудате при клинико-морфологической диагностике.

**Различают следующие основные клинические формы хламидийного поражения органа зрения:** трахома (чаще хроническое заболевание, характеризующееся диффузной инфильтрацией конъюнктивы и развитием в ней фолликулов с последующим исходом в рубцевание), **паратрахома взрослых** (хламидийный конъюнктивит), **паратрахома новорожденных**, **эпидемический хламидийный конъюнктивит** (бассейновый), **конъюнктивит при болезни Рейтера**, **хламидийный увеит** (воспаление сосудистой оболочки глаза), **эписклерит** (воспаление эписклеры - соединительной ткани между конъюнктивой и склерой).

По течению различают острое и хроническое хламидийное воспаление глаз, а также манифестную и субклиническую форму, локализованный хла

**Анна Михайловна ТОМИШИНА,**  
врач-офтальмолог первой квалификационной категории,  
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

**Одной из распространенных форм хламидийной инфекции является уrogenитальный хламидиоз. Однако следует отметить увеличение заболеваемости экстрагенитальными формами хламидиоза, такими, как: фарингиты, бронхиты, пневмонии, воспаление придаточных пазух носа, проктиты, болезнь Рейтера и офтальмохламидиоз.**





# Болезни и сексуальность



**Юрий Юрьевич  
ДЕМИН,**

врач-сексопатолог первой квалификационной категории, уролог-андролог, МУЗ «Детская поликлиника №14», г.Барнаул

**Люди относятся к своим половым органам, как к чему-то исключительному. Но на самом деле эти органы - всего-навсего часть тела, которая полностью зависит от этого самого тела.**

Некоторые заболевания тела и души приводят к сексуальным дисфункциям. **Существует связь сексуальных расстройств с некоторыми факторами**, например такими, как:

- ◆ курением,
- ◆ сахарным диабетом,
- ◆ сердечно-сосудистыми заболеваниями,
- ◆ психо-эмоциональным напряжением,
- ◆ перееданием,
- ◆ злоупотреблением алкоголя,
- ◆ приемом многих лекарств,
- ◆ травмами половых органов и головного и спинного мозга.

Функционирование половых органов обеспечивает в первую очередь головной мозг. А приказы от него, поступающие к половым органам, осуществляются при помощи проводника - спинного мозга. Отсюда следует, что **если у человека есть проблемы с головным или спинным мозгом, это может сказаться и на работе половых органов.**

В головном мозге находится эндокринный орган - гипофиз, который командует всеми другими эндокринными органами, находящимися в других местах тела человека. И именно гипофиз ответствен за выработку гормонов, контролирующих половые функции человека. Причем **для половых органов вреден, как переизбыток, так и недостаток половых гормонов**: ведь они могут не только стимулировать, но и подавлять деятельность половых желез. Опухоли, которые могут возникнуть в гипофизе, заставляют его работать в ускоренном режиме и в повышенных количествах производить гормоны.

Стрессы, неправильное питание и перегрузки на работе приводят к нарушению мозгового кровообращения: инсульты, микроинсульты, черепно-мозговые травмы. И в этих случаях часто возникают проблемы с работой половых органов.

Не лучшим образом влияет на мозг и воздействие токсических веществ. **Алкоголь и наркотики силь-**

**но разрушают головной мозг, и в итоге плохая работа центра управления всегда ведет к плохой работе исполнителя, в данном случае - половых органов.**

Спинальный мозг является проводником сексуальных рефлексов к половым органам и, соответственно, какие-либо проблемы с ним (например, радикулиты и хондрозы) могут сказаться на половой жизни. Нарушения нервной регуляции сексуальных центров, которые находятся в пояснично-крестцовых отделах спинного мозга, могут стать косвенными причинами половых неудач.

Итак, мы разобрались с «нерадивым руководством», которое то не может, то не хочет управлять такой тонкой субстанцией, как конечный исполнительный аппарат - сами половые органы, которые состоят из кровеносных сосудов, тканей, мышц и прочих структур. Естественным образом **любые проблемы, например с сосудами, нарушают нормальное функционирование половых органов, особенно у мужчин.** Например, при ишемической болезни сердца (ИБС) нарушается кровоснабжение мышцы сердца - миокарда. Причиной ИБС являются именно проблемы с сосудами сердца (коронарные артерии), в которых образуются атеросклеротические бляшки, сужающие просвет сосудов и затрудняющие приток крови к миокарду. Подобные процессы затрагивают и сосуды половых органов, и мужчины могут испытывать проблемы с эрекцией (напряжением полового члена). Также и повышенное артериальное давление медленно, но верно разрушает стенки сосудов. **Именно нарушение артериального кровоснабжения или венозного оттока в половом члене является самой распространенной органической причиной нарушения эрекции.**

При атеросклеротическом или травматическом поражении артерий, хронической табачной интоксикации (как у табакокурильщиков, так и дышащих их табачным дымом ок-

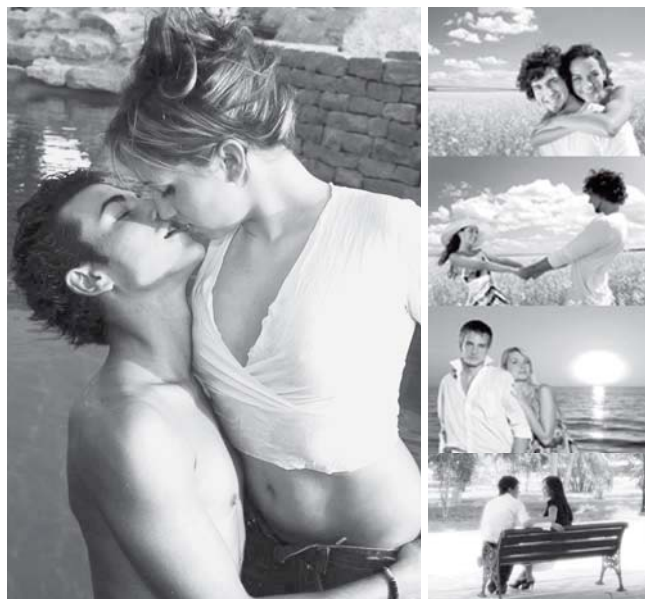


ружающих людей) напряжение полового члена у мужчин, клитора - у женщин, недостаточно или возрастает медленно. И еще: **курение табака ведет к риску появления цервикального и уrogenитального рака, осложняет беременность и рождение здоровых детей.** Курение может снизить уровень эстрогенов и андрогенов, вызвав преждевременный климакс у мужчин и женщин. Также курение может повреждать ДНК, что может вызвать самопроизвольные выкидыши и уродства у новорожденных. Курение сокращает объем спермы. Диагноз бесплодия наиболее распространено среди табакокурльщиков.

Сахарный диабет - это эндокринное заболевание, при котором нарушается нормальный обмен веществ, и в крови повышается уровень глюкозы. Причиной сахарного диабета в большинстве случаев является недостаток инсулина - гормона, который вырабатывает поджелудочная железа. Хотите знать, при чем тут эрекция? Все очень просто. Сахарный диабет вызывает структурные изменения сосудов и кавернозной ткани полового члена, а также нарушает нервную регуляцию.

И несколько слов о мужской проблеме - хроническом простатите. Действительно, воспаление предстательной железы может вызвать нарушение сексуальной функции, но только семяизвержения и реже - оргазма, но никак ни эрекции и тем более либидо (сексуального желания). Но зачастую этот диагноз ставится каждому второму, «прикрываясь» фразой, что «простата - второе сердце мужчины». А сердце - оно одно. И оно должно любить!

**Если вы замечаете неполадки, мешающие вам жить полноценной половой жизнью, - безо всякого стеснения обращайтесь к врачам-сексологам. Они помогут Вам разобраться в причинах нарушения сексуального здоровья и назначить адекватное лечение.** ☺



# Как стать красивой

**Чай многие пьют регулярно, а вот в косметологии применяют его намного реже. А ведь народная косметология располагает огромным количеством секретов и рецептов. Вот самые доступные из них:**



- 1 ч.л. любого чая залейте стаканом кипятка и настаивайте полчаса. Ватным диском, смоченным в настое, протирайте лицо и шею. Эта процедура хорошо тонизирует, но больше подходит для стареющей кожи. Если вы - обладательница жирной или комбинированной кожи, добавьте в настой немного свежего лимонного сока - тогда лоссон несколько стянет поры;

- 100г меда смешайте с 2ст.л. крепко заваренного чая. Полученную смесь нанесите на 15 минут на лицо, затем смойте прохладной водой, лучше минеральной. Эта маска эффективна при сухой, вялой и даже желтоватой коже, она смягчает и несколько осветляет.

**Фрукты и ягоды тоже можно использовать для масок:**

- натрите на мелкой терке пару яблок и нанесите получившуюся кашу на лицо и шею. Минут через 15 смойте прохладной водой. Если у вас кожа сухая, сначала смажьте ее кремом. Такая маска освежает, витаминизирует, питает кожу, а если кожа жирная, то и стягивающее действие оказывает;

- ягоды боярышника нужно растереть, предварительно убрав косточки. Обязательно в полученное пюре добавьте сливки, сметану или мед. Нанесите на лицо и шею минут на 10, а затем смойте теплой водой. Маски из боярышника придают эластичность коже, снимают усталость, угри и сужают поры;

- 1ст.л. свежего вишневого сока смешайте с небольшим количеством картофельной (рисовой) муки, нанесите на очищенное лицо и через 20 минут снимите ватным диском, смоченным в теплой воде. Маски из вишни больше подходят обладательницам жирной и комбинированной кожи, так как сужают поры и улучшают цвет лица. Для витаминизации, оздоровления и питания достаточно нанести на 20 минут просто растертые ягоды вишни, смыв затем теплой водой. ☺





# На правах Золушки

**Всероссийская конференция «Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала» состоялась в С.-Петербурге. Ее организатором выступила Ассоциация медицинских сестер России в содружестве с Национальной ассоциацией медицинского права. Руководители сестринских служб из различных регионов страны, преподаватели сестринского дела, юристы и другие специалисты обсуждали наиболее актуальные проблемы медицинской этики и права.**

- Медицинская сестра - единственная специальность, которая называется таким теплым, душевным словом, стоящим в одном ряду со словами «сестра», «брат», «мама», - отметила, приветствуя участников конференции, **Ирина БУБЛИКОВА**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Северо-Западного федерального округа. - Но это и единственная специальность, которая на сегодняшний день не защищена в правовом отношении.

**Сегодня медсестра находится в положении Золушки.** Делает сестринский персонал много, а прав практически не имеет. Между тем сестринское дело, по словам президента Ассоциации медицинских сестер России **Валентины САРКИСОВОЙ**, подразумевает гораздо большее, чем выполнение врачебных назначений. В условиях современного здравоохранения медицинская сестра - это не помощник врача, а помощник пациента - специалист, разрабатывающий план сестринского ухода, обучающий пациента и его родственников, помогающий преодолеть заблуждения, сохранить высокое качество жизни.

- **Медицинская сестра - это равноценный врачу специалист, в задачу которого входит решение проблем пациента,** - считает В.Саркисова. - Необходимо закрепить на законодательном уровне тезис, что сестринское дело является самостоятельным и взаимозависимым направлением в оказании медико-социальной помощи населению, дабы уйти от заниженной оценки вклада медицинской сестры в охрану здоровья, стимулировать сестринский персонал к активной деятельности и предотвратить в будущем появление таких нормативных документов, которые бы существенно ограничивали роль сестринских кадров. В ряде соседних государств, бывших республик Советского Союза, **в законодательствах есть статья «Сестринский персонал», где четко прописаны функции медицинской сестры. В России этого нет.**

По мнению В.Саркисовой, у нас не меньше квалифицированных, умных медсестер, чем за рубежом, только им ничего не позволяют предпринимать самостоя-

тельно. Хорошо, что сейчас Министерством здравоохранения и социального развития РФ издаются «порядки оказания медицинской помощи», хорошо, что изменены нормативы на палатных медсестер, однако во всех порядках фигурирует только врач, там нет ни фельдшера, ни медицинской сестры.

Сегодня существует некий правовой вакуум, нестыковка ряда принятых законодательных актов в области правового обеспечения профессиональной деятельности сестринского персонала. С одной стороны, **специальность получила развитие**, готовятся кадры с высшим сестринским образованием, защищаются кандидатские и докторские диссертации по сестринскому делу. С другой стороны, по словам И.Бубликовой, **нет правового обеспечения самостоятельности этой профессии и четкости разделения врачебных и сестринских функций**, для того чтобы специальность, существуя в образовании самостоятельно, была и на практике наделена всеми правами.

Как отметила медицинская сестра городской клинической больницы №3 им. М.А. Подгорбунского (Кемерово) **Наталья ВОСТРИКОВА**, следствием недостаточной разработки нормативно-правовой базы регулирования деятельности специалистов, имеющих среднее специальное, повышенное и высшее сестринское образование, являются *отсутствие четко прописанных типовых обязанностей, стандартов оснащения рабочих мест, размытые границы компетенции*, что приводит к выполнению сестрой не собственных ей обязанностей, к возрастающим моральным и физическим нагрузкам. Законодательно не определены границы уголовной и административной ответственности в действиях, за которые несет ответственность медицинская сестра и врач. Этому весьма способствует негласный, не закрепленный в правовых актах запрет на самостоятельную деятельность сестринского персонала.

- **Возникает необходимость пересмотра, дополнений и уточнений юридического статуса медицинской сестры в России**, законодательно закрепленных взаимоотношений между медицинской сестрой и пациентом, - считает старший преподаватель кафедры био-медицинской этики и медицинского права Казанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук **Игорь МАКСИМОВ**. - Многоуровневая система подготовки сестринских кадров создает реальную преемственность знаний и навыков. Специалисты с высшим сестринским образованием наполняют содержание профессии новым смыслом.

- Профессия медицинской сестры должна быть самостоятельной, - уверена исполнительный директор Ассоциации медицинских сестер России **Ольга КОМИССАРОВА**, - что повысит не только статус, но



и степень ответственности за свои действия в предоставлении качественной медицинской помощи.

**В ходе конференции обсуждались не только юридический статус сестринского персонала, но и правовое регулирование его профессиональной деятельности, права и обязанности медицинских работников.**

По словам заведующего кафедрой медицинского права 1-го Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, президента Национальной ассоциации медицинского права, члена-корреспондента РАМН **Юрия СЕРГЕЕВА**, сейчас не знать законы и заниматься медицинской деятельностью стало опасно. Пациентами предъявляются иски на сумму в 3-5млн. руб. А это - существенный удар для любого учреждения. Значительно лучше предупредить подобные правовые коллизии, чем потом доказывать в судах свою правоту.

По мнению участников конференции, **нормам медицинского права медицинских сестер нужно обучать еще со студенческой скамьи.** На циклах усовершенствования необходимо давать не только знания по правам пациента, но также в целом - нормы уголовного и гражданского права, основы правового регулирования оказания платных услуг, проведения клинических экспериментов и др. К сожалению, взгляды на роль сестринского персонала в системе отечественного здравоохранения меняются очень медленно. Руководители отрасли, ЛПУ рассматривают сестринский уход до сих пор как задачу второго плана, не требующую ни инвестиций, ни соответствующего развития. Хотя опыт зарубежных стран говорит о том, что квалифицированная сестринская помощь спасает жизни и экономит ресурсы. Здравоохранению необходимы знающие руководители сестринских служб, а также медсестры-исследователи и медсестры-преподаватели.

Большое беспокойство у участников конференции вызвали витающие среди медицинской общности разговоры о нужности-ненужности высшего сестринского образования и закрытии, сокращении соответствующих факультетов. Поводом, очевидно, послужил тот факт, что вузы, находящиеся в подчинении Минздравсоцразвития России, в нынешнем году не получили бюджетных мест (они могут принимать абитуриентов только на внебюджетной основе).

**Экспертами Ассоциации разработана и направлена на рассмотрение в Минздравсоцразвития России новая модель высшего образования по специальности «сестринское дело».** Согласно ей, *медсестры, получившие базовую подготовку в колледже, могут продолжить обучение в вузе и получить степень бакалавра в сестринском деле.* Для тех, кто в дальнейшем хотел бы заниматься педагогической или исследовательской работой, доступным должен стать и второй уровень - *магистратура.* Кроме того, у медсестер должна быть *возможность поступать в аспирантуру и докторантуру,* осуществлять научные исследования, направленные на совершенствование сестринской практики, организации сестринской помощи.

- **Данная модель,** - подчеркнула В.Саркисова, - **предполагает смещение акцента в образовательной программе с менеджмента, хотя его сохранение также необходимо, на исследования и педагогику.** Нигде в мире обучением медицинских сестер не занимаются врачи, а у нас до настоящего времени этот вопрос не решен. И он никогда не будет решен, если не будет принято окончательного решения в пользу высшего образования для сестринского персонала. Престиж сестринской работы никогда не будет повышен, если медицинским сестрам не будет предоставлено право играть значимую роль в развитии сестринского дела.

Рассматривая этот вопрос с точки зрения имеющихся нормативно-правовых актов, следует отметить, что **действующими документами на сегодняшний момент являются: приказ министерства №415,** предусматривающий наличие высшего образования по специальности «сестринское дело» при замещении должностей по управлению сестринской деятельностью; **Программа развития сестринского дела на период до 2020г.,** которой предусмотрены совершенствование высшего образования для сестер и содействие государства в реализации научных исследований по этому направлению; а также **Мюнхенская декларация, подписанная министром здравоохранения РФ еще в 2000г.** и предусматривающая становление сестринского образования и сестринской практики силами медицинских сестер. Однако в ноябре 2009г. был издан документ, противоречащий вышеназванным, - **приказ Минздравсоцразвития России №869** об утверждении квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, в соответствии с которым единственным условием замещения должности главной медицинской сестры является наличие среднего профессионального образования. Это и заронило сомнения.

Важно сказать и о международном опыте по вопросу высшего образования для сестринского персонала. Если несколько десятилетий назад медицинские сестры получили возможность обучаться в вузах, то сейчас во многих странах такое обучение становится обязанностью - доступ к оказанию сестринской помощи получают только лица со степенью бакалавра в сестринском деле.

**Остро стоит вопрос и об аттестации специалистов сестринского дела.** До недавнего времени она осуществлялась на уровне региональных аттестационных комиссий, комиссий в наиболее крупных ЛПУ. Нынче же согласно приказу Минздравсоцразвития России медицинские сестры федеральных учреждений обязаны проходить аттестацию в центральной аттестационной комиссии в Минздравсоцразвития России.

- Мы можем понять, что на столь высоком уровне могли бы аттестовываться руководители сестринских служб федеральных учреждений, - говорит В.Саркисова, - но аттестация всего сестринского персонала в Москве несет колоссальные затраты. Здравоохранение тратит огромные средства на обеспечение проезда медсестер из каждого региона России в Москву. Сегодня медицинские сестры федеральных





клиник ждут пересмотра решения об аттестации в Москве.

По мнению Президента Ассоциации, целесообразно, чтобы аттестацией занимались медицинские сестры и во главе комиссий действовали главные специалисты по сестринскому делу.

Не менее злободневный вопрос - **сертификация медицинских сестер.**

- Каждые 5 лет медсестра, как и врач, повышает свою квалификацию, учится, сдает экзамены, подтверждая категорию. В то же время она теперь должна каждые 5 лет подтверждать сертификат. Зачем? Если она не изменила своей профессии, является специалистом высшей квалификационной категории. Это - лишние затраты для лечебных учреждений, - высказала мнение своих коллег В. Саркисова.

На конференции неоднократно подчеркивалось, что **продвижение профессиональных интересов медсестер и развитие сестринского дела невозможны без разработки и принятия нормативных документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала.** Ассоциацией создан *проект профессионального стандарта по специальности «сестринское дело»*, задача которого состоит в том, чтобы определить уровень компетенции и ответственности специалистов сестринского дела, поставить в зависимость возможность работы в должности от качества профессиональной подготовки. Благодаря стандарту, уверены лидеры сестринского сообщества, на смену субъективному мнению руководителей ЛПУ при назначении на сестринские должности, при определении уровня оплаты труда придут объективные, выверенные, понятные всем критерии.

Словом, круг вопросов, обсуждаемых на конференции, был достаточно широк. Суть же выступления сводилась к одному: **изменения необходимы.** Сестринская помощь дешевле, чем врачебная. Между тем количество врачей увеличивается, а медсестер - уменьшается. Если в 2006г. врачей насчитывалось 614,2тыс., то в 2009-м - 625,7тыс., а среднего медицинского персонала в 2006г. - 1354,3 и в 2008-м - 1336,2тыс. Медсестер не хватает, но даже тем, которые есть, по мнению участников конференции, не дают себя реализовать, хотя в оказании медицинской помощи населению имеются существенные пробелы, касающиеся профилактики заболеваний, обучения здоровью, реабилитации и паллиативной помощи.

- Это во многом сестринские разделы работы, - считает В. Саркисова. - Пока сестринскому персоналу не будут предоставлены должные полномочия, пока вся система не будет содержать предпосылки для активной реализации потенциала нашей профессии, эти направления не будут развиваться необходимыми темпами.

**Безусловной частью законодательного регулирования сестринской практики должно стать и страхование профессиональных рисков, которое следует рассматривать как важнейший шаг по пути обеспечения прав медицинских работников и пациентов.** ☺

*«Медицинская газета», №53, 16.07.2010г.*

## Советы медицинской сестры

# Гигиена в салоне красоты

**Наталья Алексеевна ДЕНИСЕНКО,**  
медицинская сестра  
хирургического  
отделения №1,  
ГУЗ «Краевая  
клиническая больница»,  
член АРОО «ПАСМР»  
с 2004 года



**В последнее время стало актуальным посещение салонов красоты, но не всегда мы обращаем внимание на соблюдение установленных гигиенических правил. А поэтому в салоне мы можем не только улучшить свой внешний вид, но и приобрести ряд проблем со здоровьем.**

Косметологи и клиентки едины во мнении: гигиена важна как для комфорта, так и для здоровья. Поэтому многие салоны красоты строго соблюдают установленный протокол проведения лечебных и косметологических процедур. Увы, не все...

Микозы, герпес, конъюнктивиты - вот только некоторые из тех заболеваний, которыми может быть «награждена» клиентка нерадивым косметологом. Домашние животные в салонах красоты; спонжи, которые обрабатываются бытовыми моющими средствами; грязные рабочие поверхности со следами воска; многократно используемые одноразовые халаты; плохо или даже совсем не вымытые щетки - вот далеко не полный перечень серьезных нарушений правил гигиены.

К сожалению, и **сами клиентки могут стать источником опасности.** Поэтому кожные заболевания, особенно передающиеся (герпес, микозы), - причина отказа в приеме на законных основаниях. Перед каждой процедурой косметолог обязан провести диагностику кожи клиентки, провести опрос, который поможет выявить возможные заболевания, в том числе и заразные. Проблемой является то, что такие заболевания иногда сложно обнаружить. Поэтому при наличии у косметолога обоснованных сомнений в здоровье клиентки, он должен направить ее на консультацию к врачу-дерматологу.

Салон красоты - не клиника, а предприятие индустрии красоты. Но гигиенические требования, предъявляемые к салону, почти не



## Советы медицинской сестры

отличаются от медицинских стандартов.

Что касается **внутреннего убранства салона**, то здесь не должно быть излишеств. Поскольку полы и **процедурные кабинеты** должны содержаться в безупречной чистоте, использование ковров, без сомнения, создающих тепло и уют, но являющихся рассадником множества бактерий, исключено. **Раздевалки и туалеты** также должны быть идеально чистыми. Они должны быть убраны обязательно после каждой клиентки, с помощью половой щетки и тряпки, дезинфицируемой после каждого применения. Эти же правила применимы и для **зон отдыха** в салонах.

**К сотрудникам салона предъявляется также ряд гигиенических требований.** Косметолог должен иметь аккуратно причесанные волосы, коротко остриженные ногти без лака, который может являться аллергеном, не носить на руках и запястьях ювелирных украшений, поддерживать безупречную гигиену полости рта, не злоупотреблять макияжем. Его рабочий халат должен быть чистым, с короткими рукавами, чтобы предплечья рук оставались открытыми. Обязательная мера работы специалиста - ношение маски. Руки необходимо регулярно обрабатывать моющими средствами, обладающими бактерицидным действием, а затем высушивать одноразовой салфеткой. К сожалению, многие косметологи ограничиваются очищающей салфеткой, в порах которой скапливаются микробы, передающиеся от одной клиентки к другой.

**Процедурный кабинет**, где работает косметолог, имеет особый статус, и поэтому необходимо поддерживать в нем образцовую чистоту, производя тщательную уборку после каждой клиентки.

На рабочем месте косметолога должны находиться только те косметические средства, которые необходимы для проведения конкретной процедуры. Косметические препараты должны храниться в специальных шкафчиках, защищающих косметику от света, что обеспечивает ее длительную сохранность.



**Рабочие поверхности, на которых размещаются косметические средства**, также должны содержаться в абсолютной чистоте. Для обработки рабочих поверхностей подавляющее большинство салонов красоты используют дезинфицирующие спреи и фланелевые салфетки, пропитанные раствором антисептика с бактерицидным и противовирусным действием.

Что касается **инструментов и съемных частей аппаратуры**, то они должны подвергаться регулярной дезинфекции. Инструменты и электроды необходимо промывать антисептическим раствором и тщательно их высушивать до помещения в аппарат для дезинфекции.

**Выбирая салон, делайте выбор в пользу зарекомендовавшего себя предприятия индустрии красоты. Не стесняйтесь своих знаний и требований - вы имеете на это полное право, потому что только вы можете сохранить свое здоровье и красоту.** ☺

**Руки необходимо регулярно обрабатывать моющими средствами, обладающими бактерицидным действием, а затем высушивать одноразовой салфеткой. К сожалению, многие косметологи ограничиваются очищающей салфеткой, в порах которой скапливаются микробы, передающиеся от одной клиентки к другой.**



**КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН**  
Алтайской региональной  
профессиональной Ассоциации  
средних медицинских работников:  
**(8-3852) 34-80-04**







# Школьная близорукость

*Это заболевание, которое приводит к нарушению кровообращения внутри глаза и, в конечном счете, к удлинению глаза, которое в некоторых случаях бывает очень выраженным. Удлинение глаза приводит к поражению сетчатки, сосудистого слоя, склеры, то есть все оболочки глаза становятся тонкими и начинают функционально страдать. Так как оболочки становятся тонкими, любое физическое усилие может вызвать их разрыв и привести к слепоте. Но даже само удлинение глаза может привести к функциональным нарушениям и постепенной потере зрения даже при полной коррекции близорукости.*

Но близорукость развивается не у всех. Для ее развития необходимы определенные условия, которые, к сожалению, возникают при обучении в школе.

Первое условие - это **большие зрительные нагрузки**. Уже давным-давно известно, что чаще близорукостью страдают усидчивые люди, которые часами могут заниматься (чтение, телевидение, компьютер).

Что же происходит? Почему страдают глаза? Это становится ясным, если знать, как работает глаз, как он фокусирует предметы, чтобы четко видеть.

Для этого в глазу имеется специальная мышца - аккомодационная. Это круговая мышца в передней трети глаза, которая множеством тонких нитей прикрепляется к хрусталику (прозрачная ткань - линза). Мышца лежит вокруг хрусталика и своим напряжением может изменять его толщину. Это внутренняя часть мышцы. А наружная часть мышцы плавно переходит в сосудистый слой, который обеспечивает питание нервной ткани глаза (сетчатки).

Когда человек смотрит вдаль, мышца расслабляется и подтягивает к себе хрусталик, и он становится плоским, и за счет этого мы можем видеть предметы, удаленные от глаза на 3 и дальше метров. **Так как мышца аккомодационная расслабляется, то уменьшается натяжение сосудов сосудистого слоя и в нее поступает свежая струя крови.**

Если мы смотрим близко, то, чтобы сфокусировать изображение, мышца

аккомодационная напрягается, тяжи, на которых висит хрусталик, провисают, и он становится круглым. За счет этого усиливается его собирающая лучи сила. В это же время сосудистый слой натягивается и кровь выталкивается из сосудов. Таким образом, получается, что **аккомодация для глаза - как второе сердце.**

Если мы часто меняем взор, то хрусталик становится то круглым, то плоским, и работает как поршень, проталкивая внутри глаза прозрачную жидкость, омывающую хрусталик и роговицу, способствуя улучшению их питания. Кроме того, **сосуды глаза то натягиваются, то провисают - это убыстряет смену крови в сосудистом слое и улучшает питание сетчатки.**

А если мы - усидчивые и часами читаем, часами смотрим «мультики», то этот механизм нарушается, нарушается смена крови в глазах. В крови накапливаются продукты окисления, в результате работы глаза, которые раздражают, вызывают неприятные ощущения: покраснение, чувство жжения, чувство инородного тела, болезненность.

**Поэтому ребенка необходимо учить чаще менять взор (стрелять глазами).** Когда мы меняем взор, меняется кровь внутри сосудов, меняется жидкость в камерах глаза.

Такие заболевания, как катаракта, глаукома, **дистрофические заболевания глаз, возникают у пожилых людей из-за прекращения работы аккомодации**, что нарушает кровообращение и смену жидкости в камерах глаза.



**Юрий Григорьевич ХМАРА,**

Заслуженный врач РСФСР, врач-офтальмолог высшей категории, ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница»

**Ребенка необходимо учить чаще менять взор (стрелять глазами). Когда мы меняем взор, меняется кровь внутри сосудов, меняется жидкость в камерах глаза.**





Аккомодация называется работой, часто возникает спазм аккомодации (мышцу «сводит»), а ребенку нужно работать. Он начинает ближе к глазам подносить предметы, глаза сходятся (конвергенция), мышцы, осуществляющие этот механизм, напрягаются, давят на глаз, и он начинает удлиняться (оболочки глаза у ребенка мягкие и легко деформируются - особенность растущего организма). Стоит глазу удлиниться на 1мм, и он становится близоруким на 3,0Д, и поэтому появляется вновь четкое изображение (аккомодация при этом не работает, нарушается кровообращение). Если постоянно пользоваться этим механизмом, то наступит момент, когда эта деформация остается постоянно, уже и при взгляде вдаль. А это уже - близорукость.

Мы заставляем аккомодационную мышцу то сокращаться, то расслабляться и этим способствуем улучшению кровообращения в глазах, улучшаем работоспособность этой мышцы.

Мы ничего не запрещаем ребенку (это невозможно), но мы должны научить его правильно заниматься (соблюдать гигиену зрения). **Ребенок может читать, рисовать, смотреть телевизор подряд - не более возраста, помноженного на 2. После этого обязательно необходимо сделать перерыв на 3-5 минут (можно пострелять глазками).**

Самая тяжелая работа для глаз - это компьютер, здесь очень сложно отвлекаться. На компьютере тоже можно работать, но - **поряд не более возраста плюс 1, и перерывы по длительности работы на нем: то есть 10 минут поработал в возрасте 9 лет, 10 минут - перерыв.**

Учителя начальных классов также должны понимать, что зрительные нагрузки для детей предельные и поэтому необходимо чаще делать минутки разгрузки (*1-й класс - через каждые 15-20 минут, 2-й класс - через каждые 20-25 минут*). Упражнения самые простые и разнообразные: «наши пальчики устали», покрутили головой, похлопали ресничками и т.д.

И все-таки - как начинает развиваться школьная близорукость? Чаще всего с синдрома «склоненной головы». **Ребенок при работе «клюет носом».** Это признак нарушения работы аккомодационной мышцы (причина - наследственность, хронические заболевания, интоксикация, частые болезни, нарушение кровообращения в голове, патология шейного отдела позвоночника, нарушающая кровообращение, большие зрительные нагрузки, плохая освещенность и т.д.).

Аккомодация отказывается работать, часто возникает спазм аккомодации (мышцу «сводит»), а ребенку нужно работать. Он начинает ближе к глазам подносить предметы, глаза сходятся (конвергенция), мышцы, осуществляющие этот механизм, напрягаются, давят на глаз, и он начинает удлиняться (оболочки глаза у ребенка мягкие и легко деформируются - особенность растущего организма). Стоит глазу удлиниться на 1мм, и он становится близоруким на -3,0Д, и



поэтому появляется вновь четкое изображение (аккомодация при этом не работает, нарушается кровообращение). Если постоянно пользоваться этим механизмом, то наступит момент, когда эта деформация остается постоянно, уже и при взгляде вдаль. А это уже - близорукость. Естественно, в этот период очень страдает кровообращение, и поэтому процесс развития близорукости не останавливается на -3,0Д. Хотя при этой рефракции человек может видеть вблизи безо всякого напряжения. Но без напряжения человек не может существовать, как и глаза.

Естественно, **чтобы аккомодация могла работать в полном объеме, человек должен видеть 100% -1,0.** Только при нормальном зрении - нормальная аккомодация. Поэтому необходима полная коррекция патологии, чтобы человек видел нормально.

Но! Многие скажут, сколько мы видим детей, которые не носят очки и которые носят очки, а близорукость у них растет. Когда ребенок не носит очки, то тут все понятно, а если носит? Здесь тоже все понятно. *Ребенок годами не носил очки, аккомодация нормально не работала, надевает очки, заставляя «дохлую» мышцу сразу работать на 100, а она, естественно, к этому не готова. И процесс развития близорукости может только убыстриться.*

Аккомодационную мышцу необходимо постепенно готовить к полной





# История заблуждений: еда

нагрузке, как спортсмен, который стремится поднять 100кг, но он их поднимает не сразу, а после тренировок. Так и очки - надо стремиться к постоянному их ношению, но к этому нужно идти постепенно.

## Вариантов адаптации множество:

◆ тренировка (активная) аккомодации, естественно, в очках, без очков она не работает;

◆ почасовая нагрузка глаз очками (надели очки и носите до тех пор, пока ребенок не почувствует усталость глаз, сняли на полчаса, неприятные ощущения исчезли, вновь надеваются очки и т.д.). Постоянно носить очки можно только в тех случаях, когда отсутствуют признаки усталости глаз (чувство давления, покраснение, чувство инородного тела, песка в глазах, головная боль, неприятные ощущения в переносице и т.д.);

◆ первый день надели очки на 1 час, второй день - на 1 час 15 минут, третий - на 1,5 часа и так далее, при этом нужно следить за самочувствием ребенка и глаз;

◆ постепенная коррекция: вначале очки на 50% коррекции носит миоп, затем коррекция на 60% и т.д. - до 100%.

## Легче аккомодация приспосабливается к полной нагрузке при контактной коррекции (линзы на глаза).

Чтобы облегчить работу глаз, необходима хорошая освещенность. Свет обеспечивает хорошую контрастность изображения, сужает зрачок, создавая диафрагмальный эффект, что дает возможность хорошо видеть при наименьшем напряжении глаз. Многие видели очки с мелкими дырочками, так называемые очки «лазер визн». Через такую диафрагму хорошо видят люди и с близорукостью, и с дальнозоркостью, и с астигматизмом. Близорукие люди, прищуриваясь, лучше видят за счет сужения зрачка, создают диафрагмальный эффект.

Таким образом, чтобы предупредить близорукость, необходимо уже в годовалом возрасте знать рефракцию ребенка. Если запаса дальнозоркости у него нет, то нужно уже в этом возрасте внимательно следить, как ребенок работает.

Ребенок должен быть здоров. Когда он болеет, то меньше должен заниматься (рисовать, смотреть «мультики», играть с игрушками).

**Чаще отвлекайте ребенка, когда он меняет взор, - так вы его лечите.**

Создайте ребенку рабочий уголок с дополнительным освещением. Не разрешайте ребенку заниматься, если у него широкие зрачки. Следите, чтобы у ребенка не развился синдром «склоненной головы». Если у ребенка малый запас дальнозоркости, не давайте ему мелких предметов.

Чем младше ребенок, тем чаще делайте перерывы при занятиях (просмотр телевидения, посещение кружков, музыкальных занятий).

Если ребенок ослаблен, займитесь его физическим развитием. Близорукость до -5,0-6,0 диоптрий не является противопоказанием для занятий спортом и физическим трудом.

**Доброго вам пути в мире знаний! Стреляйте глазками и будьте здоровы!** ☺

**При насморке нужно есть больше, а при высокой температуре - меньше.**

Исследования показывают, что больные с высокой температурой испытывают повышенную потребность в калориях. Но при высокой температуре стоит ограничивать потребление острой и жирной пищи и увеличивать потребление витаминов.

**Продукты с пониженным содержанием жира менее калорийны.**

Калории и жир - это не одно и то же. Обезжиренное печенье, в среднем, содержит на 10% меньше калорий, чем обычное. Однако если чрезмерно активно поглощать обезжиренные продукты, то потребление калорий вовсе не уменьшится, а увеличится.

**Если меньше есть, то объем желудка уменьшится.**

Это неправда. Желудок способен растягиваться, чтобы принять большие объемы пищи. Если пища не поступает, то он принимает нормальные размеры, но отнюдь не уменьшается.

**Свежие овощи лучше, чем замороженные или консервированные.**

Если овощи заморожены или законсервированы с соблюдением всех положенных правил, то они не теряют своей питательности. Однако, при тепловой обработке овощей витамины разрушаются, соответственно, в подобных консервах витаминов меньше, чем в свежих овощах.

**Куриный бульон может излечить простуду.**

Исследования показывают, что бульон может оказывать благотворное действие на состояние больных, но простуду или грипп, а также кашель, насморк, боли в горле и т.д. он излечить не в состоянии.

**Во фруктах содержится много калорий, поэтому их потребление стоит ограничивать, если хочешь похудеть.**

Во фруктах, конечно, содержатся калории, однако чтобы похудеть, стоит соблюдать сбалансированную диету, а не исключать из рациона полезные и здоровые продукты (фрукты).

**Употребление алкогольных напитков способно согреть в холодную погоду.**

Употребление алкоголя, наоборот, заставляет организм отдавать больше тепла. От холода значительно лучше спасает теплый свитер или горячий чай. ☺





**Геннадий Петрович ШАТЕРНИКОВ,**

главный врач, врач высшей квалификационной категории по социальной гигиене и организации здравоохранения, Заслуженный врач РФ



**Ирина Алексеевна КАМАНИНА,**

заместитель главного врача по детству, врач высшей квалификационной категории по фтизиатрии



**Григорий Исеевич ЕЛЬЕВИЧ,**

заместитель главного врача по диспансерному разделу работы, врач первой квалификационной категории по фтизиатрии

## О реакции Манту, флюорографии, МЛУ и лечении

(Продолжение. Начало - в №№7(91), 8(92))

Мы уже говорили о том, что заразиться туберкулезом можно где угодно, когда больной открытой формой туберкулеза кашляет, выделяя вокруг себя палочки Коха. Но заболевают при этом не более 5% здоровых людей. Остальных защищает иммунитет. У кого он ослаблен, тот рискует больше. Традиционным фактором риска считают плохое питание, длительный контакт с больным туберкулезом, постоянный стресс. Ответственная работа, смерть близкого, развод, несчастная любовь могут расшатать иммунитет даже сильнее иной инфекции.

Когда микобактерия туберкулеза, или **палочка Коха, попадает в организм** (чаще через дыхательные пути), **она образует в легких участки воспаления**. Вокруг этого очага **образуется плотная капсула**, где эти палочки как бы «запираются». Такие участки, называемые очагами Гона, существуют у более чем 60% взрослых людей. **Внутри этих очагов Гона ослабленные палочки засыпают на долгие годы, но если организм по каким-то причинам ослабнет, инфекция может проснуться, разрушить стенки своей камеры и начать распад легочной ткани и других органов.**

*Первые симптомы заболевания нечеткие, их можно принять за затянувшуюся простуду: слабость, сонливость уже к середине дня, небольшое повышение температуры к вечеру, снижение аппетита.* Человек продолжает заниматься обычными делами, списывая все на усталость. Потом появляется **кашель**, который курищим кажется следствием этой дурной привычки. Через пару месяцев инфекция изматывает больного, и становится ясно, что это не обычный грипп. **Иногда же туберкулезная инфекция не подкрадывается, а набрасывается на человека; он словно сгорает на огне высокой температуры, а буквально в кровь то и дело выбрасываются чудовищные порции токсинов. В результате процесса туберкулезной интоксикации больной резко теряет в весе (10кг и более), ощущает слабость, разбитость.** Его беспокоят потли-

**вость**, особенно в ночное время, **снижение работоспособности, отсутствие аппетита, утомляемость, раздражительность.** На повышение температуры тела заболевший может и не обратить внимания, так как при туберкулезе она не бывает очень высокой (обычно 37-37,5°C) и чаще повышается к вечеру. Но подобные симптомы присущи и иным тяжелым недугам. Даже примесь крови в мокроте при кашле не является прямым доказательством туберкулеза - такое может быть и при других заболеваниях легких и сердца.

Иногда болезнь начинается остро: температура повышается до 38 градусов и выше, возникают озноб и головная боль. К сожалению, и в этом случае чаще всего ставится диагноз гриппа или воспаления легких. Только после длительного безуспешного лечения делают пробы на туберкулез.

Чтобы вовремя обнаружить инфекцию и как можно раньше начать лечение, **используют пробу Манту** (знакомая всем с детства «пуговка» на коже предплечья) и рентгеновское исследование - **флюорографию**. Детям пробу Манту полагают делать не реже, чем **раз в год**. Для взрослых основным методом выявления туберкулеза считается рентген грудной клетки.





## Школы здоровья - школы профилактики

Эту процедуру надо проходить **раз в два года**, а лучше ежегодно - только так можно «поймать» инфекцию в самом начале. С помощью рентгена можно выявить начальные изменения в легких, но причина их появления останется неизвестной. Даже в более поздней стадии заболевания, когда начинается разрушение легких, нельзя утверждать, что у больного именно туберкулез, так как подобные процессы происходят при самых различных заболеваниях. Еще сложнее диагностировать туберкулез других органов (кишечника, костей, почек и т.д.).

**Чтобы подтвердить диагноз, необходимо обнаружить возбудителя заболевания, то есть палочку Коха.** Сложное и длительное **микробиологическое исследование выделений больного** (мокроты, мочи, гноя и др.) позволяет это сделать, но лишь в поздних стадиях болезни. Понятно, что только опытный лаборант может разглядеть в небольшом мазке микобактерии палочки Коха. Поэтому ошибки, к сожалению, имеют место.

Но даже если возбудитель не будет обнаружен, исследование повторяют три раза, так как данная методика не обладает высокой точностью.

Известная всем реакция Манту еще менее точна: диаметр инфильтрата, равный 5-9мм, считается нормой; инфильтрат более 10мм чаще всего указывает на инфицирование туберкулезом.

Что это такое - реакция Манту? Австрийский педиатр Кл. Пирке в 1907 году и французский ученый Ш. Манту в 1908 году предложили вводить под кожу туберкулин (вытяжки из бактерий, вызывающих туберкулез). У больных туберкулезом и у людей, которым когда-либо делали прививку от этого заболевания (БЦЖ), образуется инфильтрат, который обычно рассасывается через несколько дней.

**Выделяют несколько основных диагностических методик определения палочки Коха в организме:**

- ◆ микробиологические посевы (мокрота, гной, отделяемое свищей, моча, плевральная и спинномозговая жидкость и др.);
- ◆ микроскопия окрашенных по Цилю-Нильсену мазков (например мокроты, под обычным или специальным люминесцентным микроскопом);
- ◆ аллергическая проба с туберкулином: внутрикожная проба Манту (результат оценивается через 72ч.) или скарификационная проба Пирке (учет через 48-72ч.);

◆ рентгеновский снимок легких в нескольких проекциях;

◆ определение титра антител к туберкулезу. По результатам этого анализа можно определить наличие иммунитета к туберкулезу;

◆ ПЦР (полимеразная цепная реакция) - на исследование сдают мокроту или другое отделяемое.

**Лечение туберкулеза современными препаратами под наблюдением опытных врачей практически всегда приводит к полному выздоровлению.** Через 2-3 недели распад легких прекращается или резко снижается, а в мокроте больше не обнаруживается палочка Коха. В это время больной уже не опасен для окружающих, но ему рекомендуют продолжать лечение (не менее 6 месяцев). Если по какой-то причине прием лекарств будет прерван или больной лечится нерегулярно, микробы «привыкают» к лекарствам. При их размножении появляется потомство бактерий, которым не страшны противотуберкулезные препараты. Затем туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) распространяется так же, как и обычный туберкулез, поражая других людей.

**Обычный туберкулез можно вылечить в среднем за 6 месяцев, МЛУ - за 2 и более лет и не всегда успешно.** При выявлении последнего пациенту назначают более сильные лекарства. Многие из них токсичны и вызывают серьезные побочные эффекты. Иногда врачи прибегают даже к хирургическому удалению очагов болезни, но обязательно в сочетании с медикаментозным лечением. Полное выздоровление наступает только у 50-80% больных, а нарушение режима лечения МЛУ может привести к появлению абсолютно неизлечимой формы туберкулеза.

**Поэтому лечение туберкулеза должно быть комплексным и непрерывным!** Существуют **четыре основных метода лечения туберкулеза**, которые должны сочетаться для достижения максимального эффекта:

- ◆ химиотерапия;
- ◆ дополнительные медикаментозные методы лечения (противовоспалительные средства и гормональные препараты и витамины, туберкулинотерапия и симптоматическое лечение);
- ◆ диетическое и санитарно-курортное лечение;
- ◆ хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией. ☺

*Продолжение следует*



**Татьяна  
Анатольевна  
ЮДИНА,**  
заместитель  
главного  
врача по ОМР,  
врач первой  
квалификационной  
категории по  
социальной гигиене  
и организации  
здравоохранения



**Сергей  
Александрович  
ЖДАНОВ,**  
заведующий  
организационно-  
методическим  
отделом,  
врач высшей  
квалификационной  
категории по  
хирургии



**Наталья  
Васильевна  
ГРИШКОВА,**  
главная медицинская  
сестра, высшая  
квалификационная  
категория по  
сестринскому делу  
**- КГУЗ «Алтайский  
краевой  
туберкулезный  
диспансер»**



◀ заинтересованы в огласке информации о подделках производимой ими продукции и зачастую ограничиваются собственными расследованиями и мероприятиями по защите от дальнейших подделок. Вместе с тем совместная работа производителей, лечебных учреждений, региональных центров мониторинга безопасности лекарственных средств, Росздравнадзора и органов МВД могла бы значительно повысить эффективность выявления фальсифицированных препаратов. Возможно, что предусмотренная новым законом ответственность (ст.19.7 КоАП РФ) субъектов обращения лекарственных средств за несообщение или сокрытие сведений о случаях побочных действий позволит отчасти решить эту проблему.

Новый закон предусматривает, что **лекарственные препараты подлежат мониторингу безопасности для выявления возможных негативных последствий их применения и предупреждения пациентов.** При этом информация о принятых по результатам мониторинга решениях подлежит публикации в Интернете.

**Субъекты обращения лекарственных средств обязаны сообщать обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, и других существенных обстоятельствах, перечисленных в законе, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов.** Размер административного штрафа за непредоставление такой информации не превышает 5 тыс. руб. (ст.19.7 КоАП). Но за сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей, предусмотрена **уголовная ответственность**, в том числе в виде лишения свободы на срок до двух лет (ст.237 УК РФ).

Конечно, при эффективной реализации мониторинга можно будет добиться существенных положительных результатов. Тем не менее, по мнению ряда экспертов, наличие в законе статей о мониторинге безопасности лекарственных средств в новой редакции не окажет значительного влияния на предотвращение появления фальсифицированных, контрафактных либо недоброкачественных лекарственных средств, поскольку Росздравнадзор и ранее был наделен полномочиями по мониторингу их качества и безопасности.

Решит ли новый закон все проблемы фармацевтической отрасли, безусловно, покажет время, но уже сегодня видны некоторые его недостатки. В частности, документ вводит такие термины, как «фальсифицированное лекарственное средство», «недоброкачественное лекарственное средство» и «контрафактное лекарственное средство». Однако не совсем понятно, какое толкование на практике будет дано понятию «контрафактное лекарственное средство». Так, в законе под ним понимается лекарственное средство, находящееся в обороте с нарушением гражданского законодательства. Но данное определение является недостаточно конкретным ввиду возможности его очень широкого толкования. Следовательно, не исключено возникновение затруднений при применении норм, содержащих данный термин. **Впрочем, некоторые эксперты полагают, что принятый закон пока не панацея, и, вероятно, понадобятся еще законодательные акты, чтобы действовал он более эффективно.** ☺

## Чтобы малыш был здоровым...

**Ежегодно в крае рождается около тысячи детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Безусловно, для любой семьи это огромная трагедия. И на то, чтобы предотвратить такую беду - рождение детей с подобными нарушениями, - направлена работа Медико-генетической консультации.**

Сегодня мы говорим с кандидатом медицинских наук **А.М. НИКОНОВЫМ**, заведующим Алтайской межрегиональной медико-генетической консультацией, которой в этом году исполняется 30 лет.

- Установлено, что в медико-генетической помощи нуждается 10% населения, - говорит Александр Михайлович. - Такую специализированную помощь жителям Алтайского края оказывает Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация, которая является структурным подразделением Федеральной медико-генетической службы. **Работа подразделений консультации (МГК):** консультативное отделение, отделение пренатальной диагностики, цитогенетическая лаборатория, лаборатория неонатального скрининга и лаборатория ДНК-диагностики - призвана решить главную задачу - профилактику наследственных и врожденных заболеваний. В своей работе Консультация тесно связана с федеральными медико-генетическими центрами (Москва, Санкт-Петербург, Томск).

**- Что относится к основным показаниям для обращения в вашу консультацию?**

- К обязательным поводам для обращения в МГК относятся такие факторы, как:

- женщина старше 37 лет, планирующая деторождение. У лиц этого возраста независимо от возраста второго супруга высокий риск по наследственным заболеваниям для потомства;

- в семье имеется два и более родственника с одним и тем же заболеванием. В таких случаях имеется высокая вероятность того, что это заболевание наследственное;

- установленная или подозреваемая наследственная болезнь в семье. Эти семьи имеют высокий риск повторного рождения ребенка с наследственным заболеванием;

- заболевание с рождения (тугоу-



хость, слепота и др.). Как правило, такие состояния носят врожденный или наследственный характер;

- кровнородственный брак - повышенный риск по наследственным заболеваниям потомства;
- случаи рождения детей с врожденными пороками развития. В таких семьях имеется высокий риск повторного рождения ребенка с таким же пороком;
- привычное невынашивание беременности, аменорея, бесплодие в браке. Часто причиной этих состояний являются наследственные нарушения;
- воздействие возможных неблагоприятных факторов до или в течение первых трех месяцев беременности, которые могут вызвать нарушения развития плода;
- отклонения уровня РАРР, АФП и ХГЧ у беременных и отклонения при УЗИ плода требуют специального обследования с целью исключения врожденного и наследственного заболевания ребенка.

Мы также приветствуем обращения в консультацию лиц, не имеющих этих показаний, но беспокоящихся о своем здоровье и о здоровье своих будущих детей.

#### ***- Проведение каких исследований возможно в МГК?***

*- В медико-генетической консультации проводят следующие исследования:*

- клинико-генеалогический анализ здоровья родственников с целью определения отягощенности семьи наследственной патологией;
- цитогенетический анализ для диагностики хромосомных болезней и для обнаружения возможного скрытого носительства хромосомных аномалий;
- биохимическая диагностика наследственных дефектов обмена веществ;
- молекулярно-генетическая диагностика наследственных заболеваний - этот метод дает возможность на геномном уровне диагностировать заболевание, определять скрытое носительство аномальных генов и предотвращать рождение больного ребенка;
- массовое обследование новорожденных на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Эти врожденные заболевания без раннего специального лечения приводят к тяжелой умственной отсталости. Поэтому выявление при рождении детей с такими дефектами позволяет с первых дней жизни начать лечение, что предотвращает поражение головного мозга;
- массовое обследование беременных на АФП и ХГЧ для выявления беременных с повышенным риском по синдрому Дауна;
- комплексное и специализированное обследование состояния плода;
- диагностика хромосомных болезней плода в 10 и 20 недель беременности;
- определение пола плода в 10 недель беременности.

#### ***- Куда можно обращаться за консультацией?***

- Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация расположена по адресу: 656019 г.Барнаул, ул.Гущина, 179, Алтайская краевая клиническая детская больница, краевая детская поликлиника, каб. 214; телефоны: (385-2) 51-05-58, 51-08-71; E-mail: NikonovAM@list.ru.



***Можно много привести примеров, когда применение специальных генетических методов исследования позволило предотвратить рождение больного ребенка или развитие тяжелого наследственного заболевания.***

○В Консультацию обратилась супружеская пара в связи с привычным невынашиванием беременности. Анализ хромосом показал, что один из супругов является носителем сбалансированной (скрытой) перестройки хромосом, что и приводило к спонтанным выкидышам. Анализ возможных вариантов хромосомных наборов у потомства этих супругов показал, что они имеют шанс рождения здорового ребенка. Однако для предотвращения рождения больного ребенка был проведен анализ хромосом плода в раннем сроке беременности, который показал, что плод мужского пола имеет такую же хромосомную перестройку, что и его родители. В результате беременность сохранили, и в срок родился здоровый мальчик.

○42-летняя женщина в 7 недель беременности обратилась в консультацию с целью прогноза потомства. Брак второй, мужу 38 лет, беременность планировали. В данном случае опасения в отношении здоровья потомства обоснованы, поскольку с возрастом растет риск по болезни Дауна. При проведении анализа хромосом плода в 10 недель беременности были обнаружены изменения хромосом, характерные для болезни Дауна. Беременность была прервана. Следующая беременность у этой супружеской пары закончилась рождением здорового ребенка, но также после проведения анализа хромосом в раннем сроке.

○По программе массового обследования у новорожденного на пятые сутки жизни были обнаружены отклонения в анализах, характерные для врожденного гипотиреоза (недостаточности функции щитовидной железы), который без лечения приводит к тяжелой умственной отсталости и задержке физического развития. После уточнения диагноза ребенку назначили специальное лечение. В настоящее время ребенку 6 лет, посещает детский сад, от сверстников в умственном и физическом развитии не отстает. ☺







# Беременность в позднем репродуктивном возрасте: проблемы и перспективы



**Валерий Кириллович БУРЧИК,**

врач акушер-гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, г.Барнаул

**Со второй половины XX столетия у людей постепенно стали меняться веками устоявшиеся жизненные приоритеты. Сегодня в России увеличилось число женщин, которые хотят сначала получить достойное образование, сделать карьеру, а только потом выполнить свою главную биологическую задачу - родить и воспитать ребенка.**

Естественно, что у женщин с высоким интеллектом, преуспевающих в карьерном росте, стабильном материальном состоянии есть возможность родить и воспитать ребенка без ущерба для здоровья, но стоит ли откладывать вопрос материнства на столь длительный срок? Каковы перспективы наступления беременности, ее течения, связанные с такой длительной отсрочкой первой беременности?

С точки зрения медицинских и психосоциальных факторов **сам факт принятия такого решения имеет определенные изъяны:**

◆ *часть женщин, планирующих* первую беременность после 35 лет, акцентированы на своей работе, что не всегда благотворно влияет как на общее соматическое здоровье, так и на фертильность женщины, из-за нарушения гормональной активности яичников;

◆ *гормональный фон* таких женщин первоначально снижен, так как большинство из таких женщин живут половой жизнью нерегулярно, что порой сказывается и на их психическом здоровье;

◆ *большинство женщин,* планирующих беременность после 35 лет, долгое время не интересовались своим здоровьем, поддерживали в норме только внешнюю физическую форму, пренебрегая врачебной оценкой соматического и гормонального статуса, состоянием внутренних половых органов. Большинство из них ранее посещали врачей эпизодически или обращались к ним только в период детства;

◆ *у части представительниц* «слабого пола» в силу жесткости лидерского характера семьи не отличаются стабильностью, семьи у них изначально бывают неполными;

◆ *большинство будущих* возрастных матерей планируют беременность

внебрачно, что приводит к закомплексованности ребенка;

◆ *мать-одиночка* зачастую сама воспитывалась в неполной семье или в семье с матриархальным укладом - и этот семейный стереотип повторяется в последующих поколениях;

◆ *женщина-лидер* в коллективе - часто лидер и в семье, что в конечном результате сказывается и на дальнейшем воспитании и формировании психики ребенка.

Многие годы осуществляя консультативный прием женщин, планирующих беременность в позднем репродуктивном возрасте (после 35 лет), я мог бы **разделить их на несколько групп по степени сохранения ими репродуктивного здоровья.** Надо отметить, что нередко вердикт, вынесенный врачом после полного обследования, для пациенток был неожиданным. Итак, это:

◆ фертильно здоровые женщины (менее 30%);

◆ женщины, у которых беременность не наступает из-за сниженной фертильности полового партнера (мужчины, увы, с годами тоже не так здоровы, как этого бы хотелось);

◆ женщины с запущенными формами опухолей матки и придатков и/или нарушениями проходимости маточных труб, после ранее перенесенных воспалительных заболеваний, в том числе и после так называемых неосложненных аборт. Только у половины из них после проведения реконструктивных операций восстановлена репродуктивная функция. Другая половина женщин могла иметь беременность только после применения вспомогательных методов репродуктивных технологий. Некоторым же из них после обследования мы могли предложить только радикальные операции, предусматривающие удаление репродуктивных органов, что ставит «крест» на материнстве,



или вариант «суррогатного материнства», или приемный малыш;

◆ женщины с глубокими нарушениями не только репродуктивного, но и соматического здоровья. Здесь вынашивание беременности означает практически «смертный приговор».

**Но даже если беременность наступила, это далеко «не победа» - это только «первая ласточка» на пути к материнству.**

Первая беременность после 35 лет у многих женщин сопровождается различными осложнениями, представляющими угрозу жизни и здоровью матери, плоду и новорожденному. Проблемно наступившая и с трудом выношенная беременность в последующем отрицательно сказывается на физическом, психическом и гормональном развитии ребенка.

Иногда женщины настаивают на восстановлении у них репродуктивной функции, будучи в возрасте 48-50 лет. При этом негативно реагируют на убеждения врача в том, что рождение и воспитание ребенка требует не только больших материальных вложений (оформление ребенка в детский сад, затраты на всестороннее развитие и обучение школе и т.д.), но и возможности жить с ребенком одной жизнью, его интересами, успеть поднять его на ноги.

**Природу трудно обмануть, «каждому овощу свое время».** И человеческая жизнь идет по тем же биологическим законам: рост и созревание (детство) - расцвет (когда мы активно работаем, создаем семьи, рождаем и воспитываем детей) - угасание (свой житейский опыт передаем внукам).

Поэтому, если женщина планирует беременность в позднем репродуктивном возрасте, она должна реально оценить состояние своего соматического и женского здоровья, психологическую готовность резко изменить уже устоявшийся стиль жизни, особенности своего характера, родословной (наследственные заболевания). Планируя наступление поздней беременности, женщине необходимо предвидеть особенности ее течения и исхода. И к тому же **резво оценить возможность вырастить, воспитать и адаптировать к жизни полноценного ребенка.** Желаем вам успехов! ☺



# Исторические факты

► В Древнем Вавилоне доктору, который был виновен в гибели пациента, отрубали обе руки.

► Бритты раньше не задумывались над этичностью этаназии. Неизлечимо больных просто сбрасывали со скалы.

► Первую «заморозку» для ран придумал гладиатор Гален из Пергамума. Для облегчения болезненных ощущений от работы с мечом и нанесенных легких ран он придумал наносить смесь: оливковое масло, воск и розовые лепестки. Смесь быстро испарялась, давая ощущение прохлады. Гален назвал ее кератум хумидум. Сейчас такие смеси называют «кольд-крем» («охлаждающий крем»).

► В XVI веке в Китае самым распространенным способом самоубийства было съесть фунт соли.

► В древние времена считалось, что определенные цвета могут отпугивать злых духов от детей. Голубой цвет ассоциировался с добрыми небесными духами, поэтому мальчики носили одежду синих оттенков. Девочки тогда не имели такой ценности, поэтому одевались в черное или серое платье. Только в средние века с девочками стал ассоциироваться розовый цвет.

► Трубочистам было положено мыться три раза в год - весной, осенью и на Рождество. Все остальное время они ходили, покрытые сажей.

► Всем известно, что древние египтяне мумифицировали людей. Но не только священных животных: кошек, крокодилов, птиц, некоторых рыб и жуков-скарабеев также ждало бессмертие. Нынче мы мумифицируем рыбку практически по рецептам древних египтян, только в бинты не заворачиваем.

► Во времена эпидемий в Европе пиво было пить безопаснее, чем воду - ферментация уничтожала бактерии, вызывающие холеру и дизентерию.

► Джин изначально считался лекарственным напитком. Название его произошло, скорее всего, от датского слова «genever», обозначающего можжевельник, который придает настоящему джину его характерный вкус.

► Известно, что в 1562 году королева Елизавета I покрывала лицо уксусом и свинцовыми белилами, чтобы скрыть следы оспы. Щеки она закрывала лоскутами ткани, чтобы не было видно признаков старения.

► В Индии пластическая хирургия была развита в VI веке до нашей эры. Основной специализацией была реконструкция носа, потому что отрезание носа было распространенным наказанием за измену. Первым «пластическим хирургом» был врачеватель Sushruta, осуществивший операцию, при которой фрагмент кожи со щеки формировался, создавая «нос», а ноздри делались с использованием двух тонких трубочек.

► В катастрофе «Титаника» пострадали не только живые люди, но и... мумия. Тело египетской принцессы Амен-Ра должно было быть доставлено из Британского музея в США. Теперь в Британском музее есть только крышка от саркофага принцессы. ☺



# Юмор - могучее средство психотерапии

**Смех, как известно, увеличивает продолжительность жизни и улучшает ее качество.**

Американские психологи оценивали психологическое состояние обследуемых, которым было предложено посмотреть несколько смешных видеозаписей, за два дня до эксперимента, за 15 минут до начала просмотра и сразу же после завершения сеанса. Оказалось, что даже сама мысль о предстоящем веселье улучшает состояние организма. Так, за два дня до начала эксперимента у людей снижались показатели депрессии (на 51%), смущения (36%) и усталости (15%). К концу просмотра «жизнь становилась еще веселее» - депрессия исчезала на 98%, смущение - на 75% и усталость - на 87%.

О том, какие возможности открывает нам использование юмора в различных ситуациях, когда можно и нужно шутить, как можно с помощью юмора переосмыслить сложившуюся ситуацию, наш разговор с **Татьяной Савельвной ТОРОЩИНОЙ**, старшим преподавателем кафедры психологии и специальной педагогики (Алтайский краевой институт повышения квалификации работников образования).

- Зигмунд Фрейд одним из первых рассмотрел юмор в качестве средства психотерапии, - говорит Татьяна Савельевна. - Объясняя место шутки, каламбура в логике невротиков, он считал, что следующий за ними смех разряжает напряженность, созданную ограничениями со стороны социальных норм. Такая разрядка вызывает, хотя бы и временное, чувство удовлетворенности у участников конфликта и способствует разрешению проблем.

**- Почему и как это происходит?**

- Каждый человек по-своему, в зависимости от своего образа мыслей, воспринимает смысл имеющейся проблемы. Люди, у которых есть проблемы, зачастую начинают фиксировать свое внимание лишь на них. Они размышляют над ситуацией, в которой оказались, и практически ни о чем другом думать уже не могут. *Когда человек «в проблеме», она настолько поглощает его, что другие, даже позитивные, факты реальной жизни он не способен воспринимать.* Именно «проблема» окрашивает все события жизни, все эмоции, весь мир... Такое восприятие мира усиливает имеющуюся проблему, фиксируясь на боли и страданиях. А существующих других фактов, не только негативных, даже общепринятых норм и точек зрения, человек не видит, отвергает или ставит под сомнение. Таким образом, **человек решать рационально со-**



здавшуюся ситуацию не способен, проблема занимает большое место в его жизни и порождает болезнь.

Все мы очень легко умеем искажать истинную взаимосвязь вещей. И **смех тут является как следствием освобождения от напряжения, так и результатом понимания того, что «значимые» темы не обязательно являются «сакральными».** «Несерьезным» подходом человек может ослабить имеющееся напряжение и увидеть открывающиеся перспективы.

**- То есть юмор подсказывает «позитивные» решения...**

- Да, причем, решения эти неожиданные, ошеломляющие и, тем не менее, вполне реальные. Юмор, казалось бы, противоречит логике, но действует подобно спасительному прыжку зверя из клетки, помогающему ему вырваться из неволи и обрести свободу.

Говоря в общем, тактичное использование юмора может помочь человеку вновь обрести «широкий взгляд» на вещи.

**- Каким образом юмор может принести пользу человеку?**

- Психолог-консультант С.Глэддинг полагает, что юмор *подразумевает забавную, неожиданную реакцию на вопрос или ситуацию.* Правильно используемый юмор представляет собой «клинический инструмент», который имеет широкое терапевтическое применение. Юмор может помочь обойти сопротивление, ослабить напряжение и помочь отвлечься от психологической боли. **От «ха-ха» нередко один шаг до «ага», до более ясного восприятия ситуации, то есть инсай-**





## 2010 год - Год учителя на Алтае!

та. В целом юмор может способствовать творческому мышлению, помочь сохранить ясный взгляд на вещи и облегчить исследование сложных, труднопреодолимых или абсурдных аспектов жизни. Однако важно помнить, что для того, чтобы применять юмор с пользой, нужно понимать, что является смешным и в каких обстоятельствах это смешно.

Юмор дает человеку возможность создать дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе по отношению к самому себе. Кроме того, юмор несет в себе элемент прощения, а также признание естественных сил, контроль над которыми выходит за рамки наших возможностей.... Юмор помогает сделать непереносимое переносимым, что, в конечном счете, и составляет основное содержание процесса психотерапии.

Как говорил Бернард Шоу: «Иногда надо рассмешить людей, чтобы отвлечь их от желания Вас повесить». Юмор и смех, как правило, - не решение конфликта, но острота ситуации, несомненно, благодаря им ослабевает.

**- Как юмор влияет на внутреннюю человеческую сущность?**

- Повторю: важно, чтобы человек вышел из «замкнутого круга» проблемы и репрезентировал это в применении к своему собственному опыту. Цель многочисленных, годами и даже веками существующих метафор, притч, анекдотов - расширить свой репертуар концепций и взглянуть на них с более гибкой позиции.

Более того, по мнению психолога и философа С.Л. Рубинштейна, юмор имеет тесную взаимосвязь с саморегуляцией. Человек с чувством юмора реалистично оценивает ситуацию и не считает сложившиеся обстоятельства, даже носящие стрессогенный или стрессовый характер, причиной потери душевного равновесия. Необходимо уточнить, что чувство юмора не предполагает легкомыслие: в системе ценностей человека с чувством юмора превалируют ценности бо-



лее высокие, общечеловеческого плана. Недаром считается, что только высоконравственный и психически здоровый человек способен смеяться сам над собой.

Такие важные потребности человека, как сотрудничество, самоутверждение, дружеская поддержка, взаимопомощь, удовлетворяются только в общении между людьми, где юмор и смех воздействуют в качестве весьма эффективных «скрепок». Рассказчик имеет реальную возможность разрядить напряженность в межличностных отношениях.

**- Улыбка и шутка имеют значение в установлении межличностных контактов?**

- Любой человек, контактируя с другими, как правило, стремится сохранить свой образ, поддержать свой престиж. Умело и вовремя рассказанная история оказывается необходимым стимулятором пусть краткой, но весьма положительной собственной оригинальности и значимости. Признание компании, если, конечно, оно состоится, приносит рассказчику не сравнимое ни с чем удовлетворение, стимулирует активность поведения.

**Каждый из нас, на основании собственного жизненного опыта, знает, что чувство юмора - незаменимое качество.** Ведь улыбка помогает завоевывать друзей и преодолевать невзгоды. Как показали исследования, люди с оптимистичными взглядами на жизнь отлича-

ются от своих менее веселых собратьев повышенной устойчивостью к инфекционным заболеваниям.

Безусловно, улыбка выполняет очень важную коммуникативную функцию: она является знаком, которым человек сообщает другому человеку свое положительное эмоциональное состояние, что способствует взаимопониманию в общении. Заставить человека рассмеяться, утверждать многие известные психологи, значит войти с ним в эмоциональный контакт и в той или иной мере расположить его к себе.

**В некоторых ситуациях смех и шутки - это лучший способ снять напряженность.** Кроме того, чувство юмора и заразительный смех - качества, которые высоко ценятся в человеческом общении. Помимо этого, как отмечал Фрейд, «остроумие - это отдушина для чувства враждебности, которое не может быть удовлетворено другим способом... Шутка позволяет нам, используя нечто смешное в нашем враге, выразить то, что мы не могли бы в силу неких препятствий высказать открыто и сознательно. Шутка позволяет подкупить слушателя приманкой удовольствия, чтобы он, не углубляясь в проблему, принял нашу точку зрения».

**В целом смех и юмор имеют большой потенциал в человеческой жизни и отношениях, и их наличие в умеренных дозах - это признак хорошей атмосферы.** ☺





Краевой медико-социальный журнал

# "Здоровье алтайской семьи"

Алтайский краевой фонд поддержки социальных инициатив

## "Содействие"

в рамках общественного демографического проекта



**ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ  
ЭТО ЗДОРОВО!**

**ноябрь –**

**месячник активных  
действий по ограничению  
курения:**

# «Брось сигарету! Начни с себя!»



**Акцию поддерживают:**

член Совета Федерации Федерального Собрания  
Шамков,  
депутат Государственной Думы РФ Н.Ф. Герасименко,  
Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю,  
ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае",  
Общественная палата Алтайского края,  
Алтайское краевое научное общество кардиологов,  
Профессиональная ассоциация средних медицинских  
работников Алтайского края,  
ряд промышленных предприятий края,  
территории-партнеры журнала по проекту «Здоровая семья -  
это здорово!»:

Бурлинский, Калманский, Топчихинский и другие

**Присоединяйтесь! Свои предложения вы можете  
направлять в редакцию журнала по адресу:**

г. Барнаул, ул. Пролетарская, 113, оф. 200.

Тел. (83852) 35-46-42, 63-84-90; e-mail: [nebolen@mail.ru](mailto:nebolen@mail.ru)

Подписной индекс –  
**73618.**

Стоимость  
подписки на 2011 г. –  
**588** рублей.



# 2010 - ГОД УЧИТЕЛЯ!

Итоги конкурса "Лучший учитель школы №19 г. Новоалтайска"



В.Козлов, председатель Попечительского совета школы №19, вручает приз дипломанту конкурса Г.Курмагаевой



Т.Полупанова, победительница конкурса "Лучший учитель школы"



А.Иванченко, глава города



Десятиклассницы



О.Долматов, директор школы №19



Выступление молодых педагогов