

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (107) НОЯБРЬ 2011



ОТ РЕДАКТОРА



О гражданской позиции, успешности и единении!..

Честно говоря, не знаю, кто инициатор, да это, наверное, и не так важно, но мне очень импонирует акция, которую с прошлого 2010 года проводит Общественная палата Алтайского края в ноябре – День гражданина, отмечая таким необычным способом День народного единства. Члены Общественной палаты, привлекаемые ими общественники, политики – успешные, самодостаточные люди, лидеры – встречаются с молодыми людьми: школьниками, студентами, молодыми рабочими. Тема разговора – что значит быть гражданином? Быть успешным человеком?

И готовясь к такому разговору, я попыталась ответить себе на вопрос: а что отличает людей, вырвавшихся вперед, добившихся результатов? В чем их формула успеха?

Прежде всего, успешные, нестандартно мыслящие люди очень редко ошибаются в выборе своего дела. Они делают то, что любят, и то, что считают очень важным!

И не просто любят, они убеждены, что они должны стать лучшими (ну в крайнем случае – одними из лучших) в своем умении. Но при этом они с удовольствием и интересом подмечают и чужие успехи, как бы выискивая тех, «кто с ними – одной крови».

У них нет ни минуты простоя: каждая минута – «в дело»!

А когда что-то делают, то не жалеют сил, отдаются полностью.

В своей работе они видят не только источник дохода. Они готовы плыть «против течения», если это сделает, по их мнению, мир – лучше! Работая, созидая, они вносят вклад в нечто большее, чем просто исполняя свои обязанности.

Конечно, мы все делаем ошибки, предпочитая «учиться на собственных»...

Но если жизнь мало радует вас, на работу вы идете, как на каторгу, – может, стоит «развестись» с такой работой и найти свою роль в этом спектакле под названием ЖИЗНЬ (если уж она – театр, а мы все – в ней актеры!), понимая, что проживаем ее мы сразу, без репетиций!

Доверьтесь себе, своей интуиции, может, стоит попробовать что-то изменить?!..

Нельзя жить по сценарию, написанному другими и не для вас! И не так важно, кто вы в этой жизни – повар, врач или инженер. Это ваша жизнь!

Но один, не менее важный, элемент успешности – это ваша семья! Спешите ли вы домой, возвращаясь с любимой работы в круг родных и близких вам людей с радостным возгласом: «Наконец-то я дома!», или ищете предлог, чтобы подольше не возвращаться в некомфортную обстановку!.. Не о стенах и числе комнат, естественно, разговор. А о той атмосфере тепла, доверия и понимания, без которых человеку сложно жить.

И еще то, что понемногу, наверное, стало возвращаться в наше общество, – это ощущение принадлежности, причастности к большой и сильной стране. Мы – россияне!

Мы стали реже говорить об угрозе разделения единой России «на осколки», мы стали с большим уважением относиться к российской символике – гербу, флагу. Мы начали исполнять Гимн своей страны, подпевая хотя бы несколько уже запомнившихся строк...

Вроде ничего нового, никаких откровений. Но именно эти важные для каждого человека в отдельности и всех нас вместе понятия могут объединять всех нас. И может быть, такая Объединяющая Россия – это и есть наше представление о справедливости, вере, добре!

Содержание



**Президент РФ
о медицине**



**Месячник
«Брось сигарету!
Начни с себя»**



**Анофтальм - не
причина перестать
радоваться жизни**



**О безвозмездном
выделении земель-
ных участков**

На обложке: Виктор Николаевич КОЧНЕВ, главный врач Волчихинской центральной районной больницы

Фото: Евгения Налимова

| | |
|---|-------|
| О.Н. Николаева. Сельский врач | 2-5 |
| Президент РФ о медицине | 5 |
| 27 ноября - День матери | 6-7 |
| ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА | |
| О.В. Ремнева. Беременность и роды при заболеваниях легких | 8-10 |
| Берегите нервы | 10 |
| Дети от разных браков | 11 |
| Корвалол - капли депрессии | 12-13 |
| Кто должен воспитывать детей? | 13 |
| Жизнь без табака и алкоголя | 14 |
| Е.П. Гаврилова. Не курите, я хочу быть здоровым! | 15 |
| СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА! | |
| Н.В. Сабельникова, Д.В. Каширский. Приемные дети: особенности привязанности ко взрослым | 16-18 |
| Солнечные дети, маленькие ангелы | 19 |
| Месячник «Брось сигарету! Начни с себя» | 20 |
| ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. | |
| «Этика в сестринском деле» | 21-22 |
| Т.Н. Ярушина. Психологическая поддержка пациентов с хронической почечной недостаточностью | 23-24 |
| Мир и медицина | 25 |
| Н.Я. Лукьяненко. Остеопороз: «безмолвная эпидемия» | 26-27 |
| Л.А. Старкова, Г.Е. Курочкина, Н.Г. Бикеева, А.А. Леонтьева. Анофтальм - не причина перестать радоваться жизни | 28-30 |
| Северный виноград | 31 |
| ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА | |
| За компьютером с трех лет? | 34 |
| Губительные «болезни цивилизации» | 34 |
| «Я не переносу толпу» | 35 |
| ШКОЛА МНОГОДЕТНОЙ СЕМЬИ | |
| О безвозмездном выделении земельных участков | 36 |
| О региональном материнском капитале | 37 |
| С.Н. Евтифеева. Бруксизм у детей | 38-39 |
| Без боли и лекарств | 40 |
| Мир и медицина | 41 |
| Подпись выдаст вас | 42-43 |
| Есть ли оптимальная разница в возрасте? | 44 |



Сельский врач

Наш собеседник - Виктор Николаевич КОЧНЕВ, главный врач Волчихинской центральной районной больницы. Закончил Алтайский государственный медицинский институт в 1977 году. По специальности - хирург, двадцать с лишним лет возглавлял хирургическое отделение больницы. Ведет общественную работу: как глава района руководит депутатским корпусом.



- Назначение на должность главного врача для вас было ожидаемым, нечаянным или предметом мечтаний?

- Мечтал я быть хирургом, а не главным врачом. Мне в жизни повезло, что мечта сбылась. Я достиг в профессии высшей категории. Но когда в 2007 году из-за отъезда главного врача мы остались без руководителя и никто из коллег не хотел брать на себя эту ношу, глава районной администрации собрал коллектив, чтобы выбрать кандидатуру на освободившуюся должность. Коллеги предложили меня. Я подумал и согласился. В январе будет пять лет, как я - главный врач.

- У человека, принимающего такой пост, обычно свои представления о будущей деятельности, но в процессе работы, как правило, они не совпадают с реальностью. Насколько большие разночтения были у вас?

- Большие, потому что это совсем другая работа. Даже когда я был завотделением, считал, что некоторые вопросы надо решать не так, как делает это наш главный врач. А когда сам оказался на месте главного, понял, как много существует подводных течений, которые не видны окружающим, и как важно уметь правильно оценить ситуацию и точно расставить приоритеты, которые коллегам могут быть не всегда и понятны.

Многому пришлось учиться как организатору здравоохранения. По сути, это самостоятельная специальность.

- Какие наиболее острые проблемы и задачи на данный момент вы бы назвали в своей работе?

- Нынешний год - очень сложный: много глобальных отраслевых задач, связанных с переходом муниципальных лечебных учреждений в государственную краевую собственность; перевод их в соответствии с *приказом №83* в статус бюджетного, казенного или автономного учреждения и разработка устава нового (в данном случае - бюджетного) учреждения. Нам предстоит также очередное лицензирование, а под этим подразумевается подготовка не только документации, но и помещений - в соответствии с санитарными нормами.

Кроме того, в рамках *краевой программы «75х75»* в нашей больнице идет реконструкция поликлиники. Очень хлопотное, но чрезвычайно благодатное дело. Не помню, чтобы когда-нибудь в здравоохранение района вкладывались такие суммы, как в этот раз: 14млн. рублей по конкурсу - на ремонт поликлиники и еще 2млн. - из других источников финансирования - на крышу (ее до холодов заменили на новую, шатровую).

Стройка сама по себе отнимает много времени и сил, потому что надо решать кучу организационных вопросов, многое контролировать. Как общественник, я ведь еще и глава района, и руководитель депутатского корпуса, там тоже есть свои проблемы, свои задачи - нужно готовиться к сес-

сиям, работать с депутатами, населением. Вот почему так важно выбирать приоритеты, чтобы все успевать.

К счастью, у нас сложилась хорошая команда. Что на работе, в больнице, что в районной администрации, что в депутатском корпусе. Везде отлаженные деловые отношения между людьми. Все это вместе работает на общий результат.

- Насколько необходимо знание врачебной специальности на посту главного врача?

- Без специальности врача невозможно быть главным - это мое глубокое убеждение. Хотя у руководителя и преобладает организационная работа, но, не зная специфики профессии и механизма действий в определенных ситуациях, мне было бы очень трудно найти общий язык с коллегами. И то, например, что наше министерство возглавляет специалист не нашего профиля, мне кажется, налагает определенный отпечаток на всю нашу работу. Нас захлестывает поток бумаг, отчетов и инструкций, и их становится все больше. Каждое заболевание обсчитывается, и медицина все больше обрабатывает экономикой. С одной сторо-



Модернизация здравоохранения

ны, это неплохо, потому что приучает к финансовой дисциплине, но как бы при этом за цифрами не потерять человека. Из профессии постепенно уходит душа, потому что расчет становится на первое место, оттесняя порой милосердие и отзывчивость. А врачу без душевной щедрости нельзя.

На мой взгляд, **экономическая составляющая не должна заслонять главного в нашей профессии - человека.** Общаясь с жителями района, я вижу, что **больше всего люди ценят даже не профессиональные навыки врача, а его отношение к пациентам,** чисто человеческое внимание, доброе слово, то есть те качества, которые денежного эквивалента не имеют. Говорят же, что если после беседы с врачом пациенту не стало легче, то врач плохой. Это народное правило останется на века, потому что профессия врача - не экономическая. В медицину надо идти по зову души. Уверен, **хороший врач - тот, кто думает, прежде всего, о том, как помочь человеку,** а не о том, сколько денег он за это получит.

- В вашей больнице есть платные услуги?

- Да, те услуги, которые не предусмотрены обязательным медицинским страхованием и не включены в программу оказания бесплатной медицинской помощи, мы предоставляем за плату. Например, получение водительских справок или зубопротезирование. Тарифы на такие услуги утверждены районной администрацией. Но для некоторых категорий граждан предусмотрены льготы или даже освобождение от оплаты. Скажем, участникам Великой Отечественной войны, ветеранам труда и др.

Платные услуги существенно пополняют бюджет больницы. Районная казна, к сожалению, сама недофинансируется, туда поступает только 67% необходимого. За счет платных услуг мы закрываем многие проблемы ЦРБ: например, расходы на бензин, газ, командировочные, плату за жилье и даже за учебу.

В новом законе об охране здоровья все услуги в рамках программы медицинского страхования оказываются гражданам бесплатно и в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Но насколько полно эти стандарты и порядки будут профинансированы? И как быть с теми пациентами, у которых не окажется полиса? Уже сейчас мы нередко вынуждены оказывать необходимую помощь таким гражданам. В том числе алкоголикам, бомжам и другим асоциальным личностям, у которых нет полисов. Однако на них также тратятся лекарства, еда, они занимают место в стационаре, за ними ухаживает персонал. Но труд этот остается неоплаченным, потому что больница финансируется фондом обязательного медицинского страхования не по факту оказания помощи человеку, а по предоставленным полисам. К сожалению, **и сами граждане еще без должной ответственности относятся к полисам, считая их предъявление пустой формальностью, хотя на самом деле этот документ - гарант их здоровья и безопасности.** Но не все это понимают.

- А как вы относитесь к положению нового закона о том, что независимо от места проживания пациенту должна быть оказана равная по качеству медицинская помощь: что в крупном городе, что в мелком населенном пункте?

- Речь идет о помощи на том уровне, который может обеспечить лечебное учреждение, куда пациент обратился. Если житель села, где есть только фельдшерский пункт, обратится туда за помощью, медработник обязан осмотреть его, провести все контрольно-исследовательские мероприятия (измерить температуру, артериальное давление, пульс и т.д.), на их основе поставить диагноз, и если необходима специализированная помощь, - по этапу направить его в районную больницу.


Точно такая же первичная медицинская помощь будет оказана

человеку, который обратится в городе к своему участковому врачу по месту жительства. Для того и вводятся стандарты, чтобы на каждом этапе обращения за помощью она была оказана в том объеме, который соответствует уровню компетенции учреждения и специалиста. На фельдшерском пункте нельзя прооперировать пациента, а оказать первичную помощь - можно и нужно. Но эта помощь должна быть выполнена на самом высоком для этого этапа уровне.

- Но мы нередко сталкиваемся с тем, что из деревни не всегда можно доставить пациента в райцентр.

- На сегодняшний день оказание скорой медицинской и неотложной помощи поставлено во главу угла и находится на особом контроле начальника краевого управления по здравоохранению, Губернатора края. Было проведено несколько коллегий с обсуждением данного вопроса, ужесточаются требования к 20-минутной доставке пациента в больницу. У нас в районе в основном это соблюдается, за исключением отдаленных сел, куда нельзя так скоро доехать. Чтобы исправить положение, решается вопрос об открытии в селе Солоновка филиала отделения скорой помощи ЦРБ, где будет полностью укомплектован штат сотрудников.

- Насколько остра кадровая проблема для вашего района?

- Эту проблему могу определить как острую. **Особенно нужны врачи узких специальностей.** К сожалению, в селе они не задерживаются, и всегда грустно, когда от нас уезжают. Основная причина, конечно, - низкая зарплата. В этом году мы попрощались с рентгенологом. Она работала на полторы ставки и получала максимум 8 тысяч рублей. И хотя она проживала в благоустроенной квартире, это ее не удержало, когда она нашла по Интернету предложение в Сургуте, где ставка 30 тысяч плюс возможность до- 



Кроме нее, уехала в Анапу отоларинголог, в Барнаул - окулист. Правда, сейчас мы ждем после целевого обучения в ординатуре молодого специалиста. Подписан договор с условием обязательной пятилетней отработки после учебы. В случае нарушения - возврат суммы затрат на обучение в ординатуре.

- Насколько, по-вашему, своевременна модернизация, происходящая в здравоохранении? Как она влияет на жизнь?

- Очень своевременна, еще бы чуть-чуть - и можно было бы безнадежно опоздать. Может, поэтому потребовались очень большие объемы финансирования, особенно на техническое оснащение лечебных учреждений, ведь очень многое просто устарело. Мне нравится, что программа модернизации в части доступности и повышения качества оказания амбулаторной помощи не только профинансирована, но и предусматривает стимулирующие выплаты персоналу - и не просто всем поровну, а за хорошую работу. Для меня, как руководителя, это еще и своеобразный рычаг воздействия.

Вторая часть программы - укрепление материальной базы - позволила больнице получить такое оборудование, о котором мы прежде и мечтать не могли: современные операционные столы, аппараты ЭКГ и УЗИ, приборы для дистанционной передачи изображений при консультации со специалистами краевых медицинских учреждений для уточнения диагноза. Техническое оснащение больницы будет продолжено и на будущий год. Мы должны получить оборудование почти на 8млн. рублей.

- Но работа на современной медицинской технике требует другого образования. Как персонал старшего поколения справляется с этим?

- Учатся! Заказывая аппаратуру, мы стараемся прочесть и соответствующего специалиста. Так,

подготовили кадры для УЗИ. Это, пожалуй, самое востребованное исследование. Дополнительно прочули еще несколько человек, которые при необходимости могут подключиться к этой работе.

- Все знают, что болезни легче, да и дешевле, предупредить. Насколько активно у вас ведется профилактическая работа с населением?

- Еще Семашко говорил о том, что за профилактикой - будущее. И актуальность этого утверждения, по-моему, только усиливается. Мы уделяем внимание профилактике, но, к сожалению, только силами медиков. В том объеме, как должно бы быть, выполнить сложно, так как нагрузка на врачей очень большая. Очень много дополнительной работы.

Вообще профилактическая деятельность, по сути, - самостоятельное направление работы, но в сложившихся условиях к ней надо привлекать и другие силы: молодежные организации, общественные объединения, само население. Ведь тут очень многое зависит от санитарной просвещенности, соблюдения правил гигиены, правильного питания, вообще - образа жизни. В Японии, например, с некоторых пор так называемые болезни возраста переименовали в болезни образа жизни. Но эту сторону профилактики заболеланий очень многие люди просто недооценивают.

Мы стараемся привлекать к санпросветработе учащихся медицинского колледжа. Но, по моим наблюдениям, авторитет врача для многих граждан все-таки выше, чем любого общественника.

- Насколько популярен среди жителей района здоровый образ жизни?

- В этом году у нас в районе состоялась краевая Олимпиада сельских спортсменов. Она имела большой резонанс. После Олимпиады люди потянулись на стадион. Сам видел, как женщины ходили босиком по беговой дорожке с полиуретановым покрытием и нахваливали - как здорово! Люди стали

играть в волейбол, баскетбол, городки, бегать... Тяга к физкультуре и спорту у населения есть.

Более того, состоятельные люди готовы участвовать в инвестировании спортивных мероприятий и программ. Например, предприниматель Михаил ШУВАЛОВ на свои деньги содержит тренеров, которые занимаются с детьми борьбой. А во время подготовки к Олимпиаде он построил за 300 тысяч рублей волейбольную площадку на стадионе. И он - не единственный, кто вкладывал деньги в обустройство спортивной базы. Помогали также Виктор СКАЧКОВ, Александр БАЛАКОВ, Дмитрий БОРБА и другие. К Олимпиаде все волчихинцы готовились с воодушевлением: прибирали дворы, украшали улицы, то есть спортивное мероприятие повлияло и на культурную жизнь района. Мы решили проводить в районе спартакиады регулярно.

Есть мечта в будущем собраться с предпринимателями района и сделать хорошую лыжную базу. Вернее, возродить ее, ведь когда-то Волчиха была в лидерах по этому виду спорта. Были и база, и лыжня, и спортивные достижения.

- Ноябрь, как известно, объявлен в крае месячником по ограничению потребления табака. Среди ваших коллег есть курильщики?

- Увы, и немало, в том числе и женщины. Пытаюсь убедить их отказаться от курения, но пока - без большого успеха. Хотя есть и такие, кто уже бросил или - на начальном этапе такого отказа. Все зависит от того, сколько смогут продержаться без табака. Сам я никогда не курил, но говорят, что это очень сильная привычка, с ней трудно бороться. Я, правда, запретил курить в больнице, но тайком все равно покуривают. А издавать приказ не вижу смысла, потому что не поможет. Есть хорошая поговорка: «кто хочет, ищет средство, кто не хочет - причину». Все решает сам человек.



- **Врачи, выражаясь высокопарным слогом, - передовой отряд интеллигенции на селе. Вы это как-то ощущаете?**

- Да, мы на виду. Нас обсуждают, оценивают каждый шаг. Это накладывает определенный отпечаток на нашу жизнь. В целом мои коллеги ведут себя достойно. Среди нас нет дебоширов, алкоголиков, аморально живущих. Я знаю, что наших врачей уважают.

- **От такой ответственности сложно жить или привыкаешь и это становится нормой?**

- По себе могу сказать, что к этому привыкнуть сложно, мне, по крайней мере, не удастся. Я всегда помню, что на меня люди смотрят чуть-чуть иначе. Будь я даже с лопатой в огороде, для односельчан я все равно останусь главным врачом больницы, депутатом и главой района.

- **Сколько лет вы в медицине?**

- В следующем году будет 35.

- **А почему выбрали эту профессию?**

- Не могу сказать. Просто однажды понял, что буду врачом. У нас в школе была замечательная учительница биологии. Она всегда сверх школьной программы давала дополнительный материал, приносила книги, я читал, узнавал много нового, постепенно сформировалось желание стать врачом-хирургом: считал, что там есть результат, и сразу (вырезал аппендицит - и человек здоров).

Закончил АГМИ (тогда еще институт) в 1977 году. Мы все хотели работать, рвались в село. Потому что там - самостоятельная работа, там ты сам себе хозяин, никто локтями не давит. На что способен, то и покажешь. Поэтому и хотелось уехать подальше, чтобы пациент обращался именно к тебе, а не в Барнаул, и чтобы именно ты ему помог. Так я попал в Волчиху. А родился в селе Усть-Пристань. Но туда не поехал, так как там тогда было достаточно хирургов. Да и хотелось куда-нибудь подальше. И то, что сейчас пугает выпускников вуза («А где эта Волчиха, далеко от Барнаула?»). «Да за 360км». «У! Не поеду, далеко»), - нас тогда особенно и привлекало.

Мне повезло, что в Волчихе тогда работал прекрасный хирург **Николай Васильевич РЕЗАКОВ**. Он, кстати, приехал туда из Смоленска, тоже из энтузиастов, желающих помогать людям. Я у него очень многому научился. Его уже нет, но односельчане до сих пор поминают его добрым словом. Очень большой души человек был. И высочайший профессионал. Умный, тактичный, тонкий.

- **А у вас ученики были?**

- Были, но они разлетелись по стране: в Ленинградскую область, Подмоскovie, Поволжье. Но есть и такие, кто остался в крае. Я могу сказать, что они все стали хорошими специалистами. Например, заведующий отделением сосудистой хирургии краевой клинической больницы **Юрий Григорьевич СУББОТИН**. ☺

Ольга Николаева
Фото Евгения Налимова

Президент РФ О МЕДИЦИНЕ

Президент РФ Дмитрий МЕДВЕДЕВ потребовал осовременить российские медицинские стандарты, приведя их в соответствие с аналогичными нормами Евросоюза и других передовых стран мира.

«У нас очень многие стандарты, в том числе медицинские, включая СанПиНы, - из прежней поры. Обращаюсь к правительству, обращаюсь к Минздраву: надо это все осовременить», - заявил Медведев на совещании по обсуждению проблем медицины в Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им.И.И.Джанелидзе. «Мы можем принять на себя ответственность и сказать, что стандарты, например, Евросоюза или мировые, для нас являются вполне приемлемыми и достаточными - одно из моих поручений будет заключаться в этом», - подчеркнул Президент России.



Он не исключает введения в России системы обязательного участия врачей в профессиональных ассоциациях: «Во всем мире корпоративные объединения имеют очень большую силу. Если корпорация включает профессиональных людей, экспертов, то она внушает доверие». В то же время, по его мнению, таких ассоциаций не должно быть очень много, «иначе они начнут мериться, кто имеет больше влияния. Это должна быть одна или несколько корпораций, которая могла бы иметь выход на властные структуры для решения актуальных проблем».

Президент РФ считает необходимым не только развивать медицинскую диагностику и оказание высокотехнологичной медицинской помощи, но и выстроить современную систему реабилитации для взрослых и детей.

Также президент отметил, что «в некоторых регионах нет необходимости создавать новые объекты, а можно создавать такие центры на базе уже существующих учреждений». Глава государства подчеркнул, что без выстроенной системы реабилитации зачастую усилия и средства, затраченные на оказание медицинской помощи, являются бессмысленными. Медведев остановился и на необходимости иметь современную систему оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, хотя в этом вопросе и есть много технологических проблем («время доезда» и оказание медицинской помощи в течение «золотого часа»).

Президент отметил правильность использования единого номера, добавив, что его внедрение идет не так быстро, как хотелось. Еще он отметил необходимость оснащения всех машин «Скорой помощи» навигационными системами. ☺



27 ноября - День матери

Этот праздник установлен в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 30 января 1998 года и ежегодно отмечается в последнее воскресенье ноября.

В практике женских советов День матери появился задолго до официального провозглашения. В начале 90-х годов его уже отмечали во многих уголках нашей необъятной России, а в Алтайском крае - за год раньше его принятия Указом Президента России.

С инициативой учреждения **Всероссийского Дня матери** выступил журнал «Мир женщины» (главный редактор В.И. Федотова). В ту пору на страницах журнала от имени Союза женщин России (СЖР) высказала эту идею председатель СЖР **А.В. ФЕДУЛОВА**: «*Есть идеи, которые одновременно овладевают многими. К числу таких можно отнести День матери. Мы в Союзе давно вынашиваем ее, поскольку, работая с женщинами и для них, понимаем, как важно возвысить образ матери. Чувство любви, уважения к матери невозможно закрепить декретом, законом или постановлением. Но, может, День матери напомнит взрослым детям об их святом долге, а государству - о необходимости поддержки материнства в это трудное время.*»

Обозначим самые крупные инициативы женсоветов, посвященные Дню матери.

- В 1991 году в день 50-летия начала Великой Отечественной войны была объявлена **Всероссийская акция «Вдовы России»**. Ее главная цель - отдать долг подвигу матерей-вдов, воспитавших достойных граждан, поднявших из руин нашу страну. Сегодня эта долгосрочная акция проводится во многих регионах страны совместно с властными структурами, другими институтами гражданского общества. С годами формы и методы акции «Вдовы России» становятся все более разнообразными.

- В 1998 году в День матери по инициативе Совета женщин Челябинской области был дан старт Эстафете материнского подвига, которая прошла во всех городах и районах. В почетную Книгу материнской славы были занесены 100 имен самых уважаемых мам области. **В 2001 году**, обобщив опыт работы региональных отделений, **Союз женщин России объявил Всероссийскую Эстафету материнской славы**,

которая идет по всей стране и в наши дни. Эстафета призвана содействовать защите прав матерей, повышению статуса матери-хранительницы семейного очага, достойно выполняющей свой долг и дома в семье, и на производстве. Во мно-



гих регионах России сегодня Эстафета материнской славы проводится под эгидой администраций, в ней активно участвуют другие институты гражданского общества. Итоги эстафеты подводятся на региональном уровне, а затем на общероссийском - в Москве, по нескольким номинациям Заключительным аккордом эстафеты являются торжественные чествования победителей, которым вручаются награды и поощрения.

На Алтае Эстафета идет уже 12 лет. Последние пять лет - как Эстафета родительского подвига. Итоги Эстафеты за каждый год подводятся на Торжественном приеме Губернатора края А.Б. Карлина, в котором участвуют родители - победители Эстафеты.

В рамках ежегодной Эстафеты проходит множество форумов, конкурсов, слетов матерей, праздников, выставок, вечеров. Организуются практикумы, недели открытых дверей для молодых мам. **Стали популярными акции:** «Первый подарок роженице», «Пишите письма матерям», «Спасем семью - спасем Россию», «Соберем детей в школу», «В защиту нравственности детей», «Ждем аиста в гости», «Согрей теплом родительского сердца» и многие другие. По инициативе советов женщин в ряде регионов России, в том числе и на Алтае, **учреждены региональные почетные награды, Книги Почета**, в местной



Маша Ланговая, Н.С. Ремнева, О.В. Ланговая среди участников праздника, 25 ноября 2011г.



прессе проводятся творческие конкурсы, печатаются специальные публикации. К примеру, в нашем крае вручаются медали «Родительская слава», как матерям, так и отцам, достойно и ответственно выполняющим свои родительские функции.

По инициативе региональных отделений СЖР в Москве в 2008 году прошел Всероссийский Форум отцов. Региональные отделения СЖР вышли с предложением о введении в регионах и в России Дня отца. В нашем регионе он уже широко празднуется. При этом, в крае не только учрежден День отца, но и создан краевой Совет отцов, работают советы отцов в районах и городах края.

В 2011 году в нашем крае традиционно проходит месячник активных действий, посвященных Дню матери в России. Он начался с яркого традиционного конкурса беременных женщин «Я буду мамой». Были организованы уникальные тематические фотовыставки: «Сердца, где обиды не живут», «Не меньше трех рецептов красоты». Их инициаторами выступили женские общественные организации при поддержке органов власти. Материнские встречи, чествования матерей состоялись во всех районах и городах края.

25 ноября 2011 года в Москве прошел Всероссийский праздник, посвященный Дню Матери. Его проведение инициировал Союз женщин России, активное участие в нем приняли лидеры региональных отделений СЖР и представители материнской общественности. От Алтайского края - это Ольга Владимировна Ланговая, мать четверых детей, активная общественница, руководитель Ассоциации родителей, воспитывающих детей с «даун-синдромом». Вместе с ней на празднике побывала и ее дочь Маша. В 2011 году в Афинах Маша стала победителем Всемирной летней специальной олимпиады-2011. Она - член сборной России, единственный представитель Алтая. Успешно выступив в плавании вольным стилем, Маша завоевала первое место и привезла в край золотую медаль. Немалый вклад в это золото внесла мама Марии, надежный и любящий друг, наставник дочери. Ольга Владимировна успешно работает консультантом в краевом кризисном центре для женщин, помогает на личном примере женщинам, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, обрести веру в себя и своего ребенка, создать в семье надежную атмосферу любви.

Особо торжественную атмосферу создавало на празднике матерей участие в нем Председателя Правительства России В.В. Путина. Его замечательные слова, что «главная работа Правительства - беречь Мам!» - нашли у всех участниц праздника самый горячий отклик. ☺

Н.С. РЕМНЕВА,
председатель краевого Совета женщин -
краевого отделения Союза женщин России

С Днем матери!



В семье Виктора Ивановича и Марины Юрьевны Цацура из Барнаула - 12 детей!

Старшие Олеся и Александра

уже работают. В лицее №73 Эльвира - ученица 10 класса, Светлана - 9-го, Нина - восьмого, Игорь и Валера учатся в шестом и четвертом классах, а Мария - уже второклассница! А вот Славик, Рита, Нелли и Юлия - еще дошкольники.

Дети в семье Цацура очень музыкальны: старшие - кто уже окончил, а кто еще учится в музыкальной школе.

Папа Виктор Иванович работает автослесарем ремонтного цеха в ГУВД, а мама - Марина Юрьевна - МАМА!!! Ее любовь, верность, терпение создают уют и замечательную сердечную атмосферу в этой большой и дружной семье.

С Днем Матери Вас, уважаемая Марина Юрьевна!

Удостоены высокой краевой награды

В семье барнаульцев Сергея Ивановича и Ольги Вячеславовны Домановых - шестеро детей!

Сыновья Даниил и Роман - школьники, оба хорошо учатся, интересуются спортом. Георгий и Илья - с удовольствием посещают детский сад №190. «Спокойные, доброжелательные, ухоженные» - именно так их характеризуют воспитатели. А маленьким Максиму и Анне - еще только один год 4 месяца.

Накануне Дня Матери в городском Дворце культуры Сергею Ивановичу и Ольге Вячеславовне вручены медали Алтайского края «Родительская слава» - за достойное воспитание детей.



На фото:
член Совета Федерации РФ от Алтайского края Ю.В. ШАМКОВ и семья ДОМАНОВЫХ: Сергей Иванович, Ольга Вячеславовна и их сын Роман.





Беременность и роды при заболеваниях легких



Ольга Васильевна РЕМНЕВА,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры, врач акушер-гинеколог высшей категории

Анатомические и физиологические изменения легких во время беременности связаны, с одной стороны, с обеспечением потребностей растущего плода, а с другой - с приспособлением к изменению размеров матки.

Потребность в кислороде у беременных повышается на 20 процентов. Субъективно одышку отмечают 76% беременных, что, по-видимому, связано с повышением чувствительности к углекислому газу. При обнаружении этого симптома во время беременности требуется обследование. Поверхностное учащенное дыхание в норме наблюдается только в родах.

Какие болезни легких наблюдаются во время беременности? Наиболее часто встречаются бронхит, бронхиальная астма, туберкулез и пневмония.

Бронхит

У беременных преобладает первичный бронхит, развивающийся вследствие инфекционного поражения бронхов при охлаждении тела, поэтому он часто сочетается с ларингитом, трахеитом, острым респираторным заболеванием. Гораздо реже встречается вторичный бронхит, например, как осложнение тифа, туберкулеза и др. Бронхит может быть аллергическим, в этом случае он нередко сопровождается астматоидным компонентом.

Беременность не предрасполагает к заболеванию бронхитом, но свойственное этому периоду набухание слизистой оболочки бронхов затрудняет отхаркивание. На течение беременности острый бронхит существенного влияния не оказывает, однако возможно внутриутробное инфицирование плода.

В лечении острого бронхита большое значение имеют средства, облегчающие кашель. Это, прежде всего, частое теплое питье: горячий чай с медом или лимоном, молоко с содой, боржоми, липовый чай. Также возникает необходимость в отхаркивающих лекарственных препаратах. В большинстве случаев острый бронхит удается ликвидировать без применения антибактериальных препаратов, но при необходимости их используют, независимо от срока гестации.

В чем заключается взаимное отягощение? Беременность является фактором, ухудшающим течение хронического бронхита. Обострение процесса возникает более чем у 40% женщин с одинаковой частотой в разные сроки беременности. У 80% больных развивается картина угрозы прерывания беременности. При обструктивном хроническом бронхите гестоз возникает в 30% случаев, развитие хронической внутриутробной гипоксии плода - в 28 процентах. В послеродовом периоде обострение бронхита возможно в 17% случаев.

При длительном хроническом бронхите увеличивается частота рождения детей с низкими массо-ростовыми показателями, внутриутробным инфицированием.

Родоразрешение беременных с хроническим обструктивным бронхитом целесообразно проводить **через естественные родовые пути.** При тяжелых обструктивных нарушениях проводится кесарево сечение. Прерывание беременности в I триместре показано только при наличии легочно-сердечной недостаточности.

Пневмония

Заболеваемость пневмонией среди беременных составляет **0,12 процента.** Чаще всего (92%) она встречается во II и III триместрах. Пневмония у беременных протекает более тяжело, отмечается сезонный характер заболеваемости. Переохлаждение является провоцирующим фактором. **Важный предрасполагающий фактор - курение (более 15-18 сигарет в день).**

При пневмонии необходима госпитализация в стационар. При тяжелом течении заболевания вопрос о пролонгировании беременности решается индивидуально.

Материнская и перинатальная смертность, а также риск преждевременных родов связаны, главным образом, с **осложнениями пневмонии.** Молниенос-



Школа ответственного родительства

ные формы гриппозной и ветряночной пневмонии, хотя и встречаются редко, характеризуются высокой летальностью.

Бронхиальная астма

Встречается у **0,4-8%** беременных. Заболевание обычно начинается до беременности, но может впервые появиться и во время нее. Течение астмы обычно ухудшается уже в I триместре беременности, во второй ее половине заболевание протекает легче.

В чем заключаются особенности диспансеризации беременной? Беременные, страдающие бронхиальной астмой, должны находиться **на диспансерном учете у терапевта в женской консультации**. В ранние сроки показана госпитализация больной в терапевтический стационар для обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Последующее наблюдение осуществляется совместно с терапевтом. **При ухудшении состояния требуется срочная госпитализация в любом сроке гестации.**

К каким осложнениям беременности и родов может привести бронхиальная астма? Ранний токсикоз развивается у **37%**, угроза прерывания беременности - у **26%**, нарушения родовой деятельности - у **19%**. **При тяжелой форме бронхиальной астмы отмечается высокий процент самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов и операций кесарева сечения.**

Обязательна госпитализация в стационар за 2-3 недели до родов для обследования и подготовки к родоразрешению. Приступы бронхиальной астмы во время родов редки, их нетрудно предотвратить, особенно при использовании глюкокортикоидных препаратов или бронхолитических средств.

Послеродовой период нередко сопровождается **гнойно-воспалительными осложнениями**. У **25%** родильниц наблюдается обострение бронхиальной астмы, у **25%** течение бронхиальной астмы улучшается (это больные с легкой формой заболевания), у **50%** женщин состояние не изменяется. **Болезнь матери может повлиять на здоровье ребенка: у 5% детей астма развивается**



ся в первый год жизни, у **58%** - в последующие годы. У новорожденных первого года жизни часто возникают болезни верхних дыхательных путей.

Туберкулез

Заболевание туберкулезом легких выявляется почти в 2 раза чаще в первой половине беременности, чем во второй. **Патологический процесс, как правило, начинается остро и протекает менее благоприятно по сравнению с таковым вне беременности.** В ряде случаев имеют место тяжелые формы заболевания с распадом легочной ткани и выделением туберкулезной палочки, но в основном туберкулез у большинства женщин выявляется в виде ограниченных форм. Процесс с поражением одной доли легкого наблюдается у **70-75%** больных.

В настоящее время **клиническая картина заболевания при беременности имеет весьма стертый характер и может маскироваться токсикозами беременности или респираторными заболеваниями.** Беременность не повышает частоту заражения и не вызывает обострения заболевания.

В группы риска входят женщины:

- ◆ с недавно перенесенным туберкулезом - менее 1 года после окончания лечения;
- ◆ моложе 20 лет и старше 35 лет с туберкулезом любой локализации;
- ◆ с распространенным туберкулезным процессом независимо от его фазы;

Послеродовая контрацепция при болезнях органов дыхания назначается каждой женщине индивидуально.

Предпочтительны барьерные и гормональные методы, нецелесообразно введение внутриматочной спирали (ВМС).

При наличии тяжелой патологии легких следует рассмотреть возможность хирургической стерилизации.



Берегите нервы

У женщин, в момент зачатия находящихся в состоянии хронического стресса, больше шансов родить девочку, чем мальчика, выяснили ученые из Оксфорда.

Группа из 338 британских женщин во время эксперимента целенаправленно пытались зачать ребенка. У них замерялись показатели двух гормонов: **кортизола** (показатель хронического стресса, вызванного долговременными жизненными обстоятельствами: безденежье, семейные ссоры, природные бедствия, войны) и **бета-амилазы** (свидетель высокого уровня адреналина; связан с краткосрочным очень интенсивным стрессом из-за страха, шока и крайней степени азарта).



Женщины также вели дневник, в котором описывали свои жизненные переживания, позволяющие оценить уровень психологической устойчивости.

В период проведения эксперимента у его участниц родилось 58 мальчиков и 78 девочек, что может свидетельствовать в пользу большей вероятности рождения девочек. При этом у половины женщин с высоким уровнем кортизола соотношение было более радикальным. Выяснилось, что у **сильно и долго переживавших будущих мам шансы родить девочку были на 75% больше, чем мальчика.** При этом взаимосвязи между вероятным полом будущего ребенка и уровнем адреналина выявлено не было.

Поэтому будущим мамам уже можно посоветовать уменьшить уровень стресса и стараться не волноваться. Возможно, что стресс, испытанный перед зачатием, влияет на соотношение полов рождающихся детей. Уже давно известно, что некоторые факторы окружающей среды, такие, как война, природные бедствия, а также род занятий, могут повлиять на соотношение полов у рождающихся детей. У многих животных соотношения полов у потомства также может зависеть от внешних факторов: доступность пищи или вероятность выживания в сложных условиях. Социальное доминирование одного из родителей также влияет на относительную вероятность рождения мальчиков или девочек. Например, результаты исследования, проведенного в 2001 году, показывают, что у доминирующих женщин чаще рождаются мальчики. ☺

◆ имеющие контакты с лицами, у которых установлен туберкулез с выделением или без выделения туберкулезной палочки;

◆ беременные со впервые установленным вирусом, гиперэргической или нарастающей туберкулезной чувствительностью (по пробе Манту с 2 ТЕ);

◆ имеющие сопутствующие заболевания: сахарный диабет, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, почек, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; употребляющие алкоголь, никотин и наркотические вещества, ведущие асоциальный образ жизни.

Показанием к прерыванию беременности в I триместре является фиброзно-кавернозный туберкулез, в более поздние сроки, напротив, - прерывание беременности не показано, поскольку ухудшает течение основного заболевания.

Как заподозрить туберкулез легких? Подозрение на наличие туберкулеза легких при обследовании беременной обычно вызывают **такие жалобы, как:** кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка, слабость, потливость, потеря аппетита, отсутствие нарастания или снижение массы тела, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, раздражительность.

Специальных рекомендаций по выявлению туберкулеза у беременных не существует. **При подозрении на активный туберкулез легких необходимо проведение рентгенологического исследования независимо от срока беременности.** У больных, выделяющих бактерии туберкулеза, в процессе лечения необходимо ежемесячно проводить бакпосев мокроты. Динамику состояния легких можно проследить по результатам рентгенологического исследования, проводимого всем женщинам в течение 1-3 суток после родоразрешения.

Туберкулез во время беременности хорошо поддается терапии. В интересах плода целесообразен прием препаратов после 12-й недели беременности.

Течение беременности и родов при туберкулезе легких носит **осложненный характер.** Повышена частота развития раннего токсикоза, анемии, фетоплацентарной недостаточности, невынашивания. Дети рождаются, как правило, с малой массой тела.

Допустимо ли грудное вскармливание? Новорожденные от матерей с активным туберкулезом должны быть изолированы сразу после первичной обработки. Грудное вскармливание **разрешается всем родильницам с неактивным туберкулезом.** Вопрос о возможности вскармливания новорожденных родильницами, у которых имеется активный туберкулезный процесс, но прекратилось выделение возбудителей заболевания, **решается индивидуально консилиумом врачей.** В том случае, если принято положительное решение о кормлении грудью, на протяжении всего периода вскармливания **проводится антибактериальная терапия** и соблюдаются все меры, направленные на предотвращение заражения ребенка. ☺



Не курите, я хочу быть здоровым!

Курение - вредная привычка взрослых, которая пагубно влияет на здоровье не только курильщика, но и окружающих его людей, в том числе и детей. Дети из семей, где один или оба родителя курят дома, чаще болеют в раннем детстве, у них чаще возникают простудные заболевания (в том числе бронхит и пневмония), и вообще они получают меньший запас здоровья на будущую жизнь.

«Благодаря» воздействию на респираторную систему ребенка пассивного курения даже после подрастания остается разница в показателях умственного и физического развития в группах детей из семей курильщиков и некурящих.

Поэтому в нашем детском саду была организована **работа по профилактике борьбы с курением на тему «Не курите, я хочу быть здоровым!»**. Для детей старшего дошкольного возраста педагоги провели **познавательное занятие «Вредные привычки»**, посвященное вреду курения и пользе физкультуры и спорта, а также **беседы и подвижные игры с детьми**.



В группах педагогами для детей и их родителей были предложены для рассматривания различные плакаты о вреде курения, выпущены памятки для родителей, оформлены информационные стенды для родителей о вреде курения. **Вместе с детьми разработаны лозунги: «Брось сигаретку - возьми конфетку!», «Сигарета убивает жизнь!», «Счастливые люди не курят!», «Мама пахнет табаком, а не вкусным молоком!», «Курение - враг не только сердцу, но и всему организму!», «Табак - яд, брось курить!»**. Была организована **выставка рисунков детей в совместном творчестве взрослых «Мы - за здоровый образ жизни»**. В старшей группе совместно с ро-

дителями проведен **физкультурный досуг «Ловкие, смелые, дружные!»**.

На общем родительском собрании познавательный теоретический материал был подкреплен показом детьми подготовительной группы **пьесы «Как Медведь трубку курил»**, спортивным и танцевальным номерами в исполнении дошкольников.

Также коллективом нашего детского сада было разработано обращение-призыв к родителям:

«Уважаемые родители! В ваших силах - защитить детей от разрушительного воздействия потребления табака. Вдумайтесь: в XXI веке табак погубит один миллиард человек! Может быть, в это количество входят и наши с вами дети?

По статистике, больше всех в мире курят россияне. От причин, связанных с потреблением табака, ежегодно умирают 300 тысяч человек. Это больше, чем от дорожно-транспортных происшествий, употребления наркотиков или от СПИДа.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению распространения табакокурения среди молодежи и более раннему началу регулярного курения. Особенно заметно увеличивается распространение курения среди молодых женщин. Обращаемся к девочкам, будущим мамам: «От вас зависит здоровье нации! Скажем во имя будущего **«НЕТ»** сигарете! Подумайте о том, как вы выглядите со стороны, и о плохом запахе, исходящем от вас! Табак увеличивает для девушек риск невозможности стать в будущем матерью!!!

Защитите своих детей от сигарет, табачного дыма! Выбирайте ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ!!!. ☺

Елена Петровна ГАВРИЛОВА,
старший воспитатель
МДОУ «Детский сад №21», г.Бийск

Очень хочется надеяться, что взрослые обратят внимание на наш призыв. Мы призываем курильщиков отказаться от этой вредной привычки и начать вести здоровый образ жизни! Может быть, кто-то и услышит сквозь дым детский голос: «Не курите, я хочу быть здоровым!».





Наталья Викторовна САБЕЛЬНИКОВА,
кандидат психологических наук, доцент Института психологии и педагогики Алтайской государственной педагогической академии, научный консультант Алтайского краевого центра психолого-медико-социального сопровождения «Семья Плюс» (г. Барнаул);



Дмитрий Валерьевич КАШИРСКИЙ,
кандидат психологических наук, доцент кафедры социальных и гуманитарных наук Алтайской академии экономики и права, методист Алтайского краевого центра психолого-медико-социального сопровождения «Семья Плюс» (г. Барнаул)

Приемные дети: особенности привязанности ко взрослым

(Продолжение. Начало - в №10(106))

Развитие привязанности в условиях приемной семьи

Все без исключения дети нуждаются в формировании благополучной эмоциональной привязанности к своим родителям. Однако для детей, попавших в семью из детского дома, этот процесс протекает с большими сложностями.

Эмоциональные связи между ребенком и его кровными родителями складываются, в том числе, и благодаря биологической связи. Такой связи между приемными родителями и ребенком нет. Однако это не значит, что благополучная эмоциональная привязанность между ними не может быть установлена. Напротив, при определенных усилиях и большом терпении это возможно.

Чтобы справиться со сложностями в эмоциональном развитии приемного ребенка, необходимо, прежде всего, понимать, в чем эти сложности заключаются.

Как показывают исследования, **практически все дети из детского дома**, даже те, кого усыновили в младенческом возрасте, **имеют проблемы с формированием привязанности к приемным родителям**. Это происходит оттого, что отношения привязанности с биологическими родителями у ребенка прерываются. В детском доме за ребенком ухаживают, как правило, несколько людей, которые больше внимания уделяют режимным моментам, чем актуальным потребностям ребенка. Приемные родители, в свою очередь, являются незнакомцами для приемного ребенка, и отношения истинной привязанности устанавливаются между ними не сразу, этот процесс длится месяцы и годы.

Но родители могут сделать этот процесс более скорым и эффективным. Наиболее благоприятным периодом для усыновления является возраст до 6 месяцев, так как привязан-

ность еще не сформировалась и ребенок не будет так остро переживать разлуку, как ребенок более старшего возраста. В целом, по мнению многочисленных исследователей практики усыновления, **здоровую привязанность у детей в приемной семье легче сформировать в том случае, если ребенок был надежно привязан к своим кровным родителям** (или заменяющему их опекуну). Однако не всегда история развития ребенка из детского дома бывает благополучной до момента его усыновления. Часто дети до помещения в детский дом росли в неблагополучных семьях.

Среди причин, осложняющих развитие надежной привязанности детей из детского дома, исследователи называют следующие:

- *разлука с родителями* и помещение в детский дом;

- *ситуация смерти родителя* или заботящегося о ребенке человека, особенно насильственной;

- *нарушение взаимоотношений в семье и развитие у ребенка ненадежной привязанности*. Ребенок с нарушениями привязанности, возникшими в родительской семье, с большим трудом способен привязаться к новым родителям, так как он не имеет благоприятного опыта построения отношений со взрослым человеком;

- *насилие, пережитое детьми* (физическое, сексуальное или психологическое). Дети, которые подвергались жестокому обращению в течение раннего возраста, могут ожидать подобного обращения в новой семье и проявлять некоторые из уже привычных стратегий, чтобы справиться с этим;

- *нервно-психические заболевания матери*, а также наркотическая или алкогольная зависимость родителей;

- *гостиницизация родителя или ребенка*, в результате которого ребенка внезапно разлучили с родителем;

- *педагогическая запущенность*, пренебрежение, игнорирование нужд ребенка.



Согрей теплом родительского сердца!

Признаки нарушения привязанности в поведении ребенка

Риск возникновения нарушений привязанности возрастает, если перечисленные факторы присутствуют в течение первых двух лет жизни ребенка, и особенно, когда несколько факторов сочетаются между собой.

Проявления нарушения привязанности можно определить по ряду признаков - таких, как:

- *сниженный фон настроения*; вялость; настороженность; плаксивость;
- *устойчивое нежелание вступать в контакт с окружающими*, которое выражается в том, что ребенок избегает контакта глаз, незаметно наблюдает за взрослым, не включается в предложенную взрослым деятельность, избегает тактильного контакта;
- *агрессия и аутоагрессия*;
- *стремление обратить на себя внимание плохим поведением*, демонстративным нарушением правил, принятых в доме;

- *провокация взрослого на не характерную для него яркую эмоциональную реакцию* (гнев, потеря самообладания). Добившись такой реакции от взрослого, ребенок может начинать вести себя хорошо. Родителям же в этом случае необходимо научиться чувствовать момент провокации и использовать свои способы совладания с ситуацией (например, посчитать до 10 или сказать ребенку, что не готовы сейчас с ним общаться и вернуться к разговору позже);

- *отсутствие дистанции в общении со взрослыми*; «прилипчивость» ко взрослому. Дети из детского дома часто демонстрируют «прилипчивость» к любому новому взрослому в своем окружении;

- *соматические нарушения* и т.д.

Условия формирования надежной привязанности в приемной семье

В процессе адаптации ребенка в семье он проходит и разные стадии привязанности к родителям. Так, оказавшись в семье, ребенок боится потерять новых родителей и чувство стабильности, которое у него возникает, и демонстрирует (а скорее всего и ис-



пытывает) теплые чувства к родителям. **Эту стадию называют «медовым месяцем».**

Когда эта стадия заканчивается, ребенок начинает вести себя более естественно. И вот тут могут начать проявляться все накопленные ребенком проблемы, в том числе и проблемы в развитии привязанности. И этих проблем тем больше, чем более неблагополучной была кровная семья ребенка и чем больше времени он провел в детском доме.

Приемным родителям следует быть готовыми к тому, что ребенок, взятый в семью в возрасте трех лет и старше, может проявить значительный регресс в поведении (он начинает вести себя как маленький, карабкается на руки ко взрослому), **неосознанно восполняя тот этап в отношениях с матерью, который он упустил.** В других случаях (имея опыт физического и сексуального насилия) ребенок может начать избегать любого телесного контакта. Ребенок как дошкольного, так и школьного возраста может испытывать трудности в установлении гармоничных отношений с приемными родителями, используя привычные деструктивные формы поведения и ожидая привычного отношения взрослых к нему. Формирование новых, конструктивных, способов взаимодействия в таком случае потребует достаточно времени и терпения.

Для формирования привязанности, восстановления базового доверия к миру, утраченного детьми из детских домов, большое значение имеют **последовательность и единство подходов в воспитании обоих родителей.** Если ребенка один раз жалеть, а в другой - ругать за одно и то же, у него возникнет еще большее недоверие к миру и людям.

Проблемы с формированием привязанности к приемным родителям происходят оттого, что отношения привязанности с биологическими родителями у ребенка прерываются. В детском доме за ребенком ухаживает, как правило, несколько людей, которые больше внимания уделяют режимным моментам, чем актуальным потребностям ребенка. Приемные родители, в свою очередь, являются незнакомцами для приемного ребенка, и отношения истинной привязанности устанавливаются между ними не сразу, этот процесс длится месяцы и годы.



Согрей теплом родительского сердца!

Для детей раннего возраста (от рождения до 3 лет) надежная привязанность может быть установлена в том случае, если ребенок чувствует, что его любят и опекают. Благодаря каждодневному позитивному опыту общения с приемными родителями дети начинают чувствовать себя комфортно и безопасно в новой семье, что позволяет развивать надежную привязанность. Родителям предстоит научиться угадывать и удовлетворять основные потребности ребенка, это поможет ему научиться обращаться к приемным родителям за помощью и будет способствовать установлению позитивных эмоциональных связей.

Поддержание режима дня, ритуалов и обычаев, выработка правил поведения в новой семье также способствуют чувству стабильности и защищенности.

Для маленьких детей важны эмоциональное общение, контакт глаз, улыбка, разговор взрослого во время режимных моментов (кормление, умывание и т.п.) и наблюдений за окружающим, пение и игра, а также физический контакт - объятия, поглаживание, массаж и т.п.

С приемными детьми важно говорить об их впечатлениях, успехах, переживаниях. Ученые считают, что с приемными детьми стоит говорить о том, как они попали в приемную семью, и даже вести специальный альбом с фотографиями усыновления, первых и последующих дней в семье, и предлагают отмечать не только дату рождения, но и дату усыновления ребенка.

Психологи выделяют следующие правила выстраивания взаимоотношений с приемным ребенком, которые могут быть полезны родителям:

- *быть сензитивным, чувствительным, отзывчивым.* Часто дети с нарушениями привязанности и дети, пережившие жестокое обращение со стороны взрослых, испытывают затруднения при описании своего внутреннего состояния, мыслей и эмоций, родители должны научить их этому. Взрослый также должен быть чувствителен к эмоциям и мотивам поведения ребенка. Постепенно



но взрослый должен помочь ребенку научиться совладать со своими эмоциями;

- *быть ответственным.* Когда родитель заботится о ребенке, своевременно удовлетворяет его потребности (в еде, любви, заботе, безопасности), ребенок усваивает новую, здоровую, модель взаимоотношений и новую модель родительского поведения;

- *делиться эмоциями, намерениями, мыслями и опытом.* Это позволит ребенку «вылечиться» и научиться близким отношениям;

- *создавать чувство безопасности и надежности.* До тех пор, пока ребенок не будет чувствовать себя в физической, психологической и эмоциональной безопасности, исцеление невозможно. Оно необходимо для того, чтобы ребенок мог поделиться своими чувствами, воспоминаниями и мыслями.

Способность родителей к рефлексии и сопереживанию способствует развитию у ребенка надежной привязанности. И, конечно же, ключевой предпосылкой развития привязанности ребенка являются понимание этого процесса родителями и особенности привязанности самих родителей. Так, родители, у которых в детстве была сформирована ненадежная привязанность, будут иметь трудности в развитии надежной привязанности у своих детей, но им в этом может помочь квалифицированный психолог. ☺

Следует помнить о том, что каждый ребенок устанавливает эмоциональные связи с членами своей новой семьи по-разному и нет одинаковых рецептов для каждой семьи. Важно то, что большинство проблем, связанных с формированием привязанности у ребенка, взятого в семью, - преодолимы, и преодоление их зависит, в первую очередь, от родителей. Не стоит стесняться обращаться за консультацией к профессиональному психологу, он может сделать процесс адаптации приемного ребенка и его новой семьи друг к другу более успешным и безболезненным.



Солнечные дети, маленькие ангелы

15 ноября 2011 года в музее «Город» состоялось торжественное открытие фотовыставки «Сердца, где обида не живет». Ее экспозицию составляют около 100 художественных фотографий 19 детей с синдромом Дауна и их семей.

На открытии выставки, организованной под патронажем Главалтайсоцзащиты по инициативе КГУСО «Краевой кризисный центр для женщин», присутствовали руководители города и края.



«В каждой из представленных здесь работ можно увидеть душевность этих детей, теплоту, которую отдают им родители», - отметил в своем выступлении заместитель Губернатора Алтайского края **Д.В. Бессарабов**. Председатель Алтайского краевого отделения Союза женщин России **Н.С. Ремнева** обратилась к матерям: «От имени Союза женщин России я, в преддверии Дня матери, хочу поблагодарить вас за то, что вы, независимо от того, каким родился ребенок, умеете дать ему все, что есть у вас: любовь, тепло, умение жить и радоваться жизни». Начальник Главного управления по социальной защите населения **С.И. Дугин** подчеркнул, что «в Алтайском крае существует сеть учреждений, способствующих возвращению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей с ограниченными возможностями здоровья, к нормальной жизни. Это - реабилитационные центры, дома-интернаты, центры социальной помощи семье и детям».

В 2012 году выставка побывает в музеях и выставочных залах всех городов и районов Алтайского края.

Мнения специалистов

А.А. ШИПИЛОВ, врач-генетик Алтайской межрегиональной медико-генетической консультации: «Популяционная частота рождения детей с синдромом Дауна - один на 600-800 новорожденных. Это следствие мутационных процессов, и повлиять на них социальными или медицинскими мерами невозможно. Задача здравоохранения - как можно раньше во время беременности (до 12 недель) выявлять ребятишек, у которых есть нарушения, угрожающие жизни или здоровью. Родителям всегда рассказывают, чем характеризуется такое состояние, какой медико-социальный прогноз у ребенка, и выбирать: воспитывать ребенка в семье или нет - это прерогатива только семьи».

* * *

В.М. УШАНОВА, заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности: «За последние три года у нас не было отказов от детей, которые страдают болезнью Дауна либо тяжелыми врожденными пороками. Возможность интеграции детей с этим синдромом в обычные детские сады есть - работают группы временного пребывания, инклюзивные группы. В реабилитационных, территориальных центрах социальной помощи семье и детям предлагают таким детям регулярные занятия с педагогами и дефектологами».

* * *

Т.С. АБАКУМОВА, заместитель начальника Главалтайсоцзащиты, начальник управления по социальной политике: «Сегодня мы стоим на пороге принятия программы «Доступная среда» на 2012-2015 годы. Ее основные положения получили высокую оценку Губернатора края А.Б. Карлина».

* * *

З.А. ШМОЙЛОВА, председатель Алтайского регионального отделения Специальной Олимпиады России: «Мы уже 15 лет работаем со школами-интернатами восьмого вида для детей с нарушениями интеллекта. Участвуем практически во всех всероссийских и всемирных соревнованиях. Конечно, сложно найти тренеров, которые знали бы адаптивный спорт, но можно обучить преподавателей школ-интернатов, которые смогут тренировать детей с синдромом Дауна».

* * *

Н.А. ЩИГРЕВА, директор краевого реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями г.Бийска: «Результатом работы нашего центра является выход детей с синдромом Дауна в коррекционную школу. Наши дети ходят в обычные школы, детский сад, танцуют, поют, особых отличий между ними и здоровыми детьми нет. Мы выиграли губернаторский грант и реализуем проект «Синдром Дауна - не приговор».

* * *

О.В. ЛАНГОВАЯ, сотрудник краевого кризисного центра для женщин, разработчик социальных программ профилактики отказа от детей с синдромом Дауна и реабилитации семей, воспитывающих таких ребятишек, идейный автор выставки: «Работа по спорту с инвалидами в нашем крае ведется давно. И здесь можно добиться очень высоких результатов. Сейчас у меня новый проект: тренирую группу детей с синдромом Дауна, думаю, из них вырастут новые чемпионы мира, олимпийцы».

На сегодняшний день отказов от детей с синдромом Дауна стало меньше, потому что диагноз - действительно не приговор. Я считаю, что задача всех женщин на свете в том, чтобы у каждого ребенка была мама!..».

Пресс-конференция, 15 ноября 2011 года



Месячник «Брось сигарету! Начни с себя»

Наш журнал совместно с АКФПСИ «Содействие» при поддержке члена Совета Федерации от Алтайского края Юрия Вениаминовича Шамкова, Барнаульского завода АТИ организовал несколько мероприятий в рамках месячника активного противодействия распространения курения в крае «Брось сигарету! Начни с себя» в Ленинском районе г. Барнаула.

Итоги совместной работы были подведены 23 ноября во Дворце культуры г. Барнаула. Участники конкурса детского рисунка «Папа, мама - не кури!» получили дипломы, сладкие призы, а 10 победителей еще и подарки - наборы для творчества. Выставка рисунков из ДК города переехала в великолепный Информационно-библиотечный центр (ул. Г. Исакова, 230а).

Школьники 9-х классов составили разговор с известными в крае людьми о том, как быть успешным. Именно к ним - молодым - с такими словами обратились организаторы, приглашая школьников на эту встречу.

«ДОРОГОЙ ДРУГ! С самого рождения ты - Гражданин величайшей страны в мире - России!

Бытует мнение, что Родина дороже всего тому, кто пролил за нее кровь. Мы живем с тобой под мирным небом, но в нас живет генетическая память наших дедов, прадедов, самоотверженных российских Матерей, и мы дорожим своей Родиной.

Родина - это не абстрактное понятие. Это - твой дом, двор, улица. Это - твоя школа, предприятие, где работают твои родители, а может быть, работали твои дедушка и бабушка. Это - детский сад, спортивная школа, куда ходят твои сестренка или

братишка. Родина - это твои друзья и даже незнакомые люди, с которыми ты живешь рядом. Родина - это и твоя жизнь!

Быть Гражданином важно независимо от того, сколько тебе лет и какое ты выбрал себе в жизни дело: стал рабочим, учителем, врачом, художником... Быть Гражданином - значит любить свою Родину. Это значит объединять друзей на добрые дела: занятия спортом, музыкой, живописью, на помощь тем, кто слабее тебя. Посадить дерево, клумбу, сделать песочницу, разбить сквер. Это значит уметь противостоять вредным соблазнам - табаку, алкоголю, наркотикам! Уметь сделать свой выбор самостоятельно, а не плыть «по течению».

Знаем и верим, что ты - житель великой страны - будешь ее достойным Гражданином!»

Для беспокойного ума молодежи, перед которым стоит множество путей, выбор всегда является проблемой. Зачастую даже рассказ о собственном опыте, через который прошел успешный человек, может склонить этот выбор в ту или иную сторону. Участники дискуссии были единодушны в том, что, **чтобы стать успешным, - важно быть здоровым и смолоду избегать вредных привычек.** А завершая встречу фотографией



на память, кто-то предложил встретиться всем через 10 лет!

Многих заставила задуматься об отказе от курения информация о вреде табака, позиция в этом вопросе известных специалистов: медиков, политиков, общественников во время информационно-концертной программы в большом зале дворца. Поддержали акцию, здоровый стиль жизни своими выступлениями творческие коллективы города, спортсмены, а также артисты Государственного театра музыкальной комедии - Любовь Августовская, Юрий Кашин.

Так Дворец культуры города Барнаула, принимавший итоговое мероприятие месячника в 2010 году, передал эстафету Театру музыкальной комедии, в котором 30 ноября планируется подвести итоги месячника в крае в текущем году.

К молодежи обратились:

Ю.В. ШАМКОВ, член Совета Федерации РФ от Алтайского края; **В.И. КОЧУРА**, Заслуженный врач РФ; **Н.И. КОНДРАТЬЕВ**, директор ОАО «Барнаульский завод АТИ»; **В.В. КАЙГОРОВ**, преподаватель АлтГТУ, член Общественной палаты Алтайского края; **А.Ф. СУВОРОВ**, директор МУП «Дорожник»; **И.В. КОЗЛОВА**, заместитель председателя Совета Общественной палаты Алтайского края, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи»



«Этика в сестринском деле»

28 ноября 2011 года в конференц-зале КГБУЗ «Краевая клиническая больница» состоялась Краевая научно-практическая конференция «Этика в сестринском деле», которую подготовила и провела АРОО «Профессиональная организация средних медицинских работников» при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. На конференции присутствовало 260 делегатов. Своими впечатлениями делятся...

Людмила Анатольевна КОРОБКОВА, старшая медсестра высшей квалификационной категории травматолого-ортопедического отделения №2, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО «ПАСМР» с 2001 года:

- Открыл конференцию первый заместитель председателя комитета государственной думы по охране здоровья, академик РАМН **Николай Федорович ГЕРАСИМЕНКО**, который четко разъяснил актуальность и необходимость в отечественном здравоохранении новых ценностей, таких, как права личности и пациента.

С приветственным словом выступил главный внештатный специалист по сестринскому делу главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, ди-

ректор КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» **Владимир Михайлович САВЕЛЬЕВ**. Несмотря на снижение численности сестринского персонала и возникновение острой кадровой ситуации в ЛПУ Алтайского края, в короткие сроки на базе ББМК будет проходить постдипломная подготовка среднего медицинского персонала.

С первым докладом «Роль АРОО «ПАСМР» в формировании этических ценностей в деятельности сестринского персонала» выступила **Лариса Алексеевна ПЛИГИНА**, президент АРОО «ПАСМР». Приоритетная задача, которая стоит перед организаторами сестринского дела, - это активное изучение и внедрение этического кодекса медицинской сестры России в практичес-

кую деятельность специалистов всех специальностей сестринского дела. Весь путь развития Ассоциации связан с настойчивым завоеванием права медицинских сестер на свое, более самостоятельное и ответственное место в здравоохранении.



Также прозвучали и другие доклады, вызвавшие интерес аудитории. Главный внештатный специалист по сестринскому делу г.Рубцовска, главная медицинская сестра МБУЗ «Городская больница №3» г.Рубцовска **Татьяна Васильевна ЦАРЕВА** в своем докладе «Этика и деонтология в работе организатора сестринского дела» четко разъяснила, что такое «делегирование полномочий» и насколько руководитель должен владеть этим искусством.

В докладе «Этико-психологические особенности в лечении медицинских работников» исполнительного директора АРОО «ПАСМР» **Дианы Викторовны КЛАУС** ярко выражены психологические аспекты, в значительной степени влияющие наряду с медицинскими процедурами на результат лечения таких пациентов.

«Особенности медицинской этики и деонтологии в отделении анестезиологии и реанимации» отражены в докладе старшей медицинской сестры ОА КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **Натальи Станиславовны БОРОВСКИХ**. Раскрыты проблемы этико-деонтологического характера, возникающие в четырехугольнике «врач - сестра - больной - родственники больного», и пути их решения при помощи расширения этических принципов в практике сестринского персонала. ►



▶ Прислушав доклады конференции, можно заключить, что:

◆ **необходимо** дальнейшее совершенствование этических принципов сестринского дела,

◆ **благодаря внедрению** этических принципов в образование и практическую деятельность среднего и младшего медицинского персонала возможно дальнейшее повышение качества медицинской помощи,

◆ **важное значение имеет** контроль за исполнением этического кодекса медицинской сестры со стороны непосредственного руководителя подразделения и организаторов сестринского дела.

Тамара Григорьевна БОТКИНА, старшая медицинская сестра ожогового отделения; Татьяна Николаевна ИВАНОВА, старшая медицинская сестра отделения терапии - МБУЗ «Городская больница №3», г.Барнаул:

- Самодисциплина, умение сохранить высокую работоспособность, способность работать при наличии множества факторов, опасных для здоровья, чувство высокой ответственности за жизнь и здоровье пациентов, сложная эмоциональная и психологическая нагрузка - все это характерно для медицинских сестер нашего времени. **Сестринский персонал должен обладать такими качествами, как доброта, аккурат-**

ность, отзывчивость, трудолюбие, сострадание, которые вкладываются в понятие «сестра милосердия».

И поэтому мы считаем, что тема конференции - «Этика в сестринском деле» - выбрана неслучайно - это одна из возможностей проверить и повысить уровень знаний медицинских сестер по этой теме.

Конференция была настолько насыщенной и интересной, что, думаем, это мероприятие стало настоящим уроком, так как способствовало развитию творческого мышления, организаторских способностей, профессиональной компетентности, приобретению опыта общения медицинских сестер в коллективе и с пациентами.

Людмила Николаевна ТЕРЕХОВА, главная акушерка МБУЗ «Родильный дом №1», г.Барнаул:

- Меня впечатлило выступление Т.В. Царевой с докладом «Этика и деонтология в работе организатора сестринского дела». Сильный руководитель подбирает сильных подчиненных, а слабый - слабых... Хороший руководитель должен иметь высокий авторитет среди коллектива, тогда легче в работе и результаты налицо. **Вежливость и тактичность, внимание и милосердие - как это важно и как это нужно в нашей профессии!** Медсестрам нельзя ни на ми-

нуту позволять себе расслабиться, показать свое бессилие, равнодушие, дать волю своим эмоциям, важно, чтобы нам доверяли пациенты и чувствовали внимание и заботу.

Безусловно, большое значение имеет психологический климат в коллективе. **Нужно всегда стараться найти подход к каждому пациенту, быть сдержанным, контролировать свои действия, искать компромисс и установить должные взаимоотношения.** Это и будет успехом и высокой оценкой всему коллективу.

Еще хочется отразить роль организатора сестринского дела: руководитель должен всегда брать на себя эту нелегкую необходимую обязанность - создать и поддерживать такие взаимоотношения в коллективе, которые исключают возникновение конфликтов, недоверия, стрессовые ситуации и т.п.

Об этих истинах приходится говорить потому, что на практике, к сожалению, мы иногда встречаемся с фактами морально-этической и деонтологической некомпетентности.

Согласна с тем, что было отражено в докладе о «*Нравственном воспитании специалистов медицинского профиля в колледжах Алтайского края*». Опыт работы со студентами показывает, что необходимо как можно раньше проводить занятия по этике и деонтологии, стараться воспитать культуру и опрятность, сердечность и внимательность - ведь это основные качества, необходимые будущим медицинским сестрам, акушеркам, фельдшерам и пр.

Мы живем в современном мире и должны знать и помнить: если выбрали профессию медицинской сестры, если дали клятву - служите честно, любите свою профессию, гордитесь ей, боритесь за свое призвание, ведь чтобы достичь достойной оценки - надо много трудиться и не забывать, что *«Говорить добро - Нет больше радости. И жизнью жертвуй, И спешу Не ради славы или почестей, А по велению души».* ☺

Продолжение следует



Психологическая поддержка пациентов с хронической почечной недостаточностью

Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную сторону жизни человека: меняет уровень его психических возможностей осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми. Пациенты с тяжелой соматической патологией нуждаются в психотерапевтической помощи. Ее цель - не просто устранение отдельных симптомов, а изменение отношения пациента к своей болезни, к самому себе и к своему окружению. Особое место в этой проблеме занимает исследование пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Основной причиной ХПН является хронический гломерулонефрит, иная патология почек (аномалии развития, посттравматическое состояние). Наряду с клиническим обследованием для определения психологического типа индивидуального реагирования, особенностей мотивационной сферы, адаптивных и компенсаторных возможностей применяются методики многоаспектного исследования личности.

Так, для определения реакций пациентов с ХПН на свою болезнь и связанных с ней личностных отношений используют **тест отношения к болезни**. Используемые вопросы: «самочувствие», «настроение», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «отношение к медицинскому персоналу», «отношение к окружающим», «отношение к одиночеству», «отношение к будущему».

Общим для данной группы пациентов определяется **симптом психической астенизации**, который выражается в повышенной утомляемости, рассеянности, истощаемости, ослаблении внимания и памяти, явлений раздражительной слабости, угнетенности, безучастности к окружающему. **Это определяет ряд особенностей психического состояния:** ригидный стереотип поведения, фиксация на своем соматическом неблагополучии, отчужденность и отгороженность от окружающего, психологическая дезадаптация, ощущение ущербности, вызванной болезнью.

Специфика условий лечения хроническим гемодиализом заключается в постоянной зависимости пациента от аппарата при сознании того, что **речь**

идет не об излечении, а лишь о продлении его жизни. Более того, жизнь становится до крайней степени стесненной: она имеет множество ограничений (строжайший водный режим, постоянная забота о подключичном катетере или фистуле, диета и т.д.). Все это наряду с длительностью лечения, сначала в стационаре в окружении тяжелобольных людей, вызывает выраженные иногда патологические личностные реакции, формирует сложную «внутреннюю картину болезни», обуславливает нередко трудности взаимоотношений пациента с медицинским персоналом, другими пациентами, семьей.

Таким образом, для пациентов с хроническими заболеваниями почек характерно формирование определенного типа изменений личности, требующего особого подхода и способов психотерапевтической коррекции, для того, чтобы обеспечить наиболее полную адаптацию к болезни и лечению. При этом заболевании обычно возникает депрессия, особенно у тех людей, которые не могут работать.

Депрессия - наиболее частое психологическое отклонение у диализных пациентов. Она обычно является реакцией на действительную, угрожающую или воображаемую, утрату. Соматические осложнения нередки и проявляются нарушением сна, изменениями аппетита и массы тела, сухостью во рту, запорами, снижением полового влечения и потенции. **К когнитивным симптомам депрессии относятся:** ощущение беспомощности, комплекс вины и суицидальные мыс-



Татьяна Николаевна ЯРУШИНА,

медицинская сестра
отделения хронического
диализа, первая
квалификационная
категория, специалист
повышенного уровня
образования, член
ПАСМР с 2000 года, ГУЗ
«Краевая клиническая
больница»

Для пациентов с хроническими заболеваниями почек характерно формирование определенного типа изменений личности, требующего особого подхода и способов психотерапевтической коррекции, для того, чтобы обеспечить наиболее полную адаптацию к болезни и лечению.



Советы медицинской сестры

ли. Отмечается, что почечные пациенты, получающие заместительную терапию, имеют наиболее высокие уровни депрессии.

Раздражительность - обычное явление у пациентов с хроническими заболеваниями, поэтому неудивительно, что определенная часть диализных пациентов отличается поведением, вызывающим недовольство у медицинского персонала. **Лучше всего не реагировать на подобное провоцирующее поведение пациента, а постараться выслушать и понять его.** Часто причины раздражительности пациента и отсутствия у него склонности к сотрудничеству непонятны ему самому, а выявление этих причин требует тщательного изучения домашней и рабочей обстановки. Однако ни при каких обстоятельствах нельзя терпеть поведение пациента, которое может представлять опасность для других пациентов или медицинского персонала.

Отрицание является другим способом, который используется пациентами в попытке справиться с ситуацией. Отрицание или частичное отрицание используются большинством пациентов не только на начальных стадиях болезни, но и позже, по мере ее прогрессирования. Отрицание действует, как буфер, дает пациенту время, чтобы собраться и в итоге мобилизовать другие, менее радикальные, способы защиты. На бессознательном уровне пациент распознает ситуацию как очень тяжелую или состояние тревоги подталкивает его к этому пониманию. **Будучи стратегией «перекрытия», отрицание помогает людям справляться с теми нежелательными ситуациями, которые они не в силах изменить.** Сущностью отрицания является защита. Отрицание может быть как нормальной, так и патологической реакцией на ситуацию.

Что же нам делать с отрицанием? Золотое правило гласит: **никогда не вступайте в конфронтацию с пациентом.** Мы должны признать, что отрицание - это нормальная защитная реакция, должны распознать тех пациентов, которые в ней нуждаются. Где это возможно, мы должны согласиться с тем, что представляется искренним и уместным для данной ситуации.



В связи с отрицанием мы иногда встречаемся с озлобленными пациентами, с которыми трудно сотрудничать. Нередко это просто стадия в осознании своей потери, но некоторые пациенты выказывают явно неадекватное поведение. Они могут проявлять озлобленность, выказывать оскорбительное отношение и в целом неконтактны. С такими пациентами непросто работать, нередко полезным оказывается поделить это бремя между несколькими специалистами. Подход к такому пациенту должен быть последовательным, и тесное общение здесь необходимо. Следует надеяться, что обеспокоенность пациента пропадет и его поведение станет контролируемым.

Но мы всегда должны помнить: каким бы хорошим ни было лечение, каким бы квалифицированным и добрым ни был персонал, **мы никогда не сможем дать пациенту того, чего он хочет больше всего, а именно - сделать его вновь здоровым человеком.** Все, что бы мы ни делали, будет выглядеть в глазах пациента второсортным. Почечная недостаточность оказывает сильное влияние на пациента, но она также возлагает огромный груз на его семью и общество в целом. ☺

Продолжение следует

Лучше всего не реагировать на провоцирующее поведение пациента, а постараться выслушать и понять его. Часто причины раздражительности пациента и отсутствия у него склонности к сотрудничеству непонятны ему самому, а выявление этих причин требует тщательного изучения домашней и рабочей обстановки.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

Алтайской региональной
Профессиональной ассоциации средних
медицинских работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru





Остеопороз: «безмолвная эпидемия»

**Николай Яковлевич
ЛУКЬЯНЕНКО,**
кандидат медицинских
наук, врач высшей
квалификационной
категории, КГБУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»

Что такое остеопороз? Это болезнь скелета, выражающаяся в уменьшении массы кости на единицу объема. Нарушается микроархитектоника, кость становится тонкой и хрупкой. Происходит деформация скелета - уплощаются позвонки, искривляется позвоночник. Есть даже такой профессиональный термин - «вдовья спина», который как нельзя лучше отражает суть процесса.

Подсчитано, что остеопорозом страдает в мире более 200млн. человек, из них 2,5млн. имеют переломы. Причем, 18% женщин старше 60 лет имеют ту или иную стадию компрессионных переломов позвоночника; 15% людей старше 50 лет подвержены пожизненному риску перелома бедренной кости.

Уплотненные позвонки сдавливают корешки спинного мозга и нередко ломаются, особенно часто - в поясничном отделе, что и приводит к болям в спине и ограничению подвижности. Случайная травма может вызвать перелом, влекущий за собой длительную инвалидность, иногда с очень тяжелыми последствиями.

«Мишенью» для остеопороза в человеческом скелете, где чаще всего случаются переломы, является область позвоночника, лучевая кость и шейка бедра.

Этой болезнью страдают в основном пожилые люди, причем, чаще - пожилые женщины. Подсчитано, что остеопорозом страдает в мире более 200млн. человек, из них 2,5млн. имеют переломы. Причем, 18% женщин старше 60 лет имеют ту или иную стадию компрессионных переломов позвоночника; 15% людей старше 50 лет подвержены пожизненному риску перелома бедренной кости.

По данным ВОЗ, остеопороз как причина инвалидности и смертности больных занимает четвертое место после таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологическая патология и сахарный диабет.

Различают несколько клинических вариантов такого недуга:

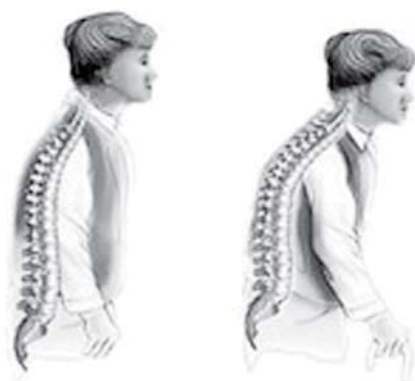
◆ *постменопаузальный* (постклимактерический) *остеопороз*, поражающий женщин во время климакса, что связано с возрастными инволютивными процессами в яичниках, со снижением секреции гормона паращитовидных желез, дефицитом в организме активного метаболита витамина D3-кальцитриола, в значительной мере регулирующего обмен кальция;

◆ *сенильный (старческий) остеопороз* развивается после 70 лет и характеризуется преимущественным поражением трубчатых костей с учащением переломов шейки бедра.

Большую роль играет ограничение физической активности. Сказывается также влияние и других болезней и внешних неблагоприятных факторов. Развитие вторичного остеопороза возможно при сахарном диабете первого типа, заболеваниях паращитовидных желез, стероидной терапии, различных опухолях, лучевых поражениях, после проведения гемодиализа, а также после воздействия невесомости. Во всех случаях наблюдаются нарушения обмена кальция и дефицит кальцитриола.

Как диагностируется остеопороз?

Когда уже есть деформация позвоночника или перелом, диагно-



стика не представляет особой сложности. Однако при проведении скрининга необходимо специальное исследование на определение плотности костной ткани - **денситометрия**. Этот метод ранней диагностики остеопороза позволяет диагностировать костные потери на самых начальных стадиях, когда эти потери составляют еще только 2-6% костного скелета.

Кому показана денситометрия?

- ◆ Женщинам в первые несколько лет после наступления менопаузы (особенно после удаления яичников);

- ◆ всем лицам, имеющим два и более фактора риска остеопороза;

- ◆ всем лицам, имевшим один или более переломов в возрасте старше 40 лет, не связанных с серьезной травмой (автомобильная катастрофа, падение с большой высоты, спортивные травмы);

- ◆ лицам, длительное время принимающим глюкокортико-

идные гормоны (преднизолон), гормоны щитовидной железы;

- ◆ лицам, у которых заподозрен остеопороз при проведении рентгенологического исследования костей;

- ◆ лицам, получающим лекарственную терапию остеопороза для контроля эффективности лечения.

Каковы преимущества данного метода:

- ◆ высокие стандарты качества и достоверности,

- ◆ предельная погрешность,
- ◆ система автоматической калибровки,

- ◆ малое время сканирования: позвоночник - 1 минута.

Профилактика - процесс длительный. Необходимо ежедневно потреблять в пищу около 1,5г кальция, больше всего содержащегося в натуральных молочных продуктах. Пациентам следует много бывать на свежем воздухе, подвергая кожу умеренному воздействию солнечных лучей. Нужно много, конечно, с осторожностью, двигаться.

Денситометрию вы можете пройти в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» в отделении мультиспиральной компьютерной томографии. ☺

Тест на остеопороз, разработанный Международным Фондом Остеопороза

Ответьте на предлагаемые вопросы «да» или «нет».

1. У одного из ваших родственников был перелом шейки бедра после незначительной травмы (падение с высоты роста)?

2. У вас были переломы после незначительной травмы?

3. Вы принимали стероидные гормоны (преднизолон и др.) более шести месяцев?

4. Ваш рост уменьшился более чем на три сантиметра?

5. Злоупотребляете ли вы алкоголем?

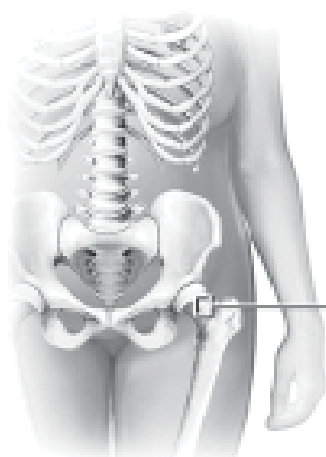
6. Вы часто страдаете диареей (поносы)?

7. Вы выкуриваете более пачки в день?

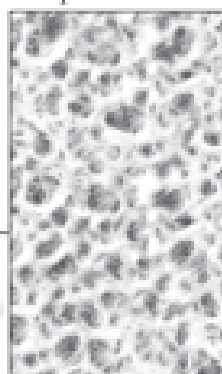
8. Вопрос для мужчин: У вас когда-нибудь были симптомы, связанные с низким уровнем тестостерона (снижение полового влечения, импотенция)?

9. и 10. Вопросы для женщин: Когда наступила менопауза, вы были моложе 45 лет? У вас прекращались менструации на срок более года (кроме периода беременности)?

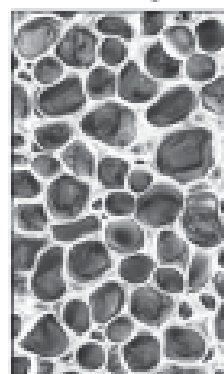
Если вы ответили «да» хотя бы на один из вопросов, это означает, что вы подвержены риску развития остеопороза с последующими переломами!



Нормальная кость



Кость пораженная остеопорозом





**Любовь Александровна
СТАРКОВА,**

преподаватель глазных
болезней КГБОУ СПО
«Барнаульский базовый
медицинский колледж»;



**Галина Евгеньевна
КУРОЧКИНА,**
ЗАО «Алтайоптика»;



**Нина Геннадьевна
БИКЕЕВА,**
ЗАО «Алтайоптика»;



**Алла Александровна
ЛЕОНТЬЕВА,**

руководитель
офтальмологического
бюро ФГУ «Главное
бюро медико-
социальной экспертизы
по Алтайскому краю»

Анофтальм - не причина перестать радоваться жизни

Анофтальм (от греч. an - отрицательная частица и ophthalmos - глаз) - это отсутствие одного или обоих глаз, врожденное или - чаще - приобретенное, которое возникает в результате повреждения глаза или его оперативного удаления.

Большая социальная значимость и актуальность данной патологии подтолкнула нас к необходимости поговорить на эту тему.

Конечно, независимо от причины, удаление глаза является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для любого человека, особенно для женщин. Возникает необходимость в адаптации к окружающей среде, теряется ощущение глубинного зрения, снижаются профессиональные навыки, возможен косметический дефект. Качество жизни при этом, конечно, снижается. Возможно развитие различных комплексов, изменяется поведение, часто требуется помощь невропатолога, психолога. Но человек не должен оставаться один на один со своими проблемами. Жизнь продолжается! Надо жить, учиться, работать, отдыхать и продолжать радоваться жизни. Ведь есть люди и организации, способные вам помочь. Постарайтесь не страдать, а научиться с этим жить. Да, трудно, но это возможно.

Рассмотрим некоторые вопросы, которые могут возникнуть у человека, по какой-либо причине потерявшего глаз, возможно, он найдет здесь ответ на некоторые из них.

Анофтальм, несомненно, оказывает значительное влияние на судьбу человека и требует постоянного внимания. К сожалению, несмотря на достижения современной медицины и стремительное развитие современных технологий, проблема анофтальма не теряет своей актуальности. Так, о важности этой проблемы говорят высокие показатели распространенности анофтальма. К большому сожалению, имеется тенденция к увеличению числа энуклеаций (удаление глазного яблока) в России. **Количество людей с анофтальмом увеличивается на 8000-12000 человек ежегодно** - это значительные и потому тревожные цифры.

Если обратиться к показателям в Алтайском крае, то увидим ту же не-

утешительную картину: в 2006г. произведено 164 энуклеации, 2007г. - 188, 2008г. - 121, 2009г. - 153 и 2010г. - 166. Таким образом, за предшествующие пять лет количество людей с анофтальмом в крае увеличилось на 792 человека! Конечно, врачи делают все, чтобы сохранить зрение, и даже, когда зрение уже потеряно, сохранить глаз как орган, но, увы, это не всегда удается.

На сегодняшний день глазное протезирование - это единственный метод социальной, психологической и медицинской реабилитации, фактор повышения качества жизни.

Протезирование - единственный выход

История изготовления глазного протеза уходит своими корнями в глубину веков. Есть сведения о том, что искусственные глаза делали еще в IX веке до нашей эры! Первые стеклянные протезы были изготовлены в конце XVI века венецианскими стеклодувами. В XIX веке стеклянные глазные протезы стали производить в Германии, откуда они поставлялись в другие страны, в том числе и в Россию. Первые глазные протезы в России изготовлены из фарфора на Дулевском красочном заводе. В 1966 году в московском НИИ глазных болезней имени Гельмгольца открыта лаборатория глазного протезирования.

Глазным протезом называется изделие, имитирующее по внешнему виду передний отдел глаза человека. На сегодня, действительно, единственным методом реабилитации после потери глаза является глазное протезирование, которое уменьшает психологическую травму, преображает человека, избавляет от ношения повязки; а также является одновременно лечебной, косметической, профессиональной, социальной и психологической реабилитацией лиц с анофтальмом. **Качественное глазное протезирование - путь в полноценную жизнь.**



Как только определены показания к операции энуклеации, врач в спокойной и добродушной обстановке проводит беседу с пациентом о необходимости и возможностях протезирования, особенностях ухода за глазной полостью и протезом, что помогает пациенту успокоиться и легче перенести оперативное вмешательство.

Операция удаления глазного яблока является основополагающим моментом, определяющим качество последующего протезирования, а значит, степень реабилитации и качество жизни человека, потерявшего глаз.

Операцию по удалению глаз производит опытный офтальмохирург, владеющий основами глазного протезирования, имеющий представление о возможностях коррекции косметических дефектов анофтальма различными видами протезов. Оптимальные косметические результаты достигаются лишь при использовании различных имплантатов.

В настоящее время используют: монолитный углерод, синтетическую углеродную пену, карботекс, гомохрящ, тефлон, акрил, гидроксипатит. «Золотым стандартом» за рубежом считается морской коралл, который редко применяется в России из-за высокой стоимости. Но лучший материал для импланта еще не найден.

Необоснованный отказ от формирования опорно-двигательной культи с использованием имплантата недопустим. Подобная операция ведет к развитию анофтальмического синдрома, то есть глубокому западению верхнего века,птозу (опущению) верхнего века и слабости нижнего, малоподвижности глазного протеза.

В соответствии с данными литературы, по разным причинам большая часть энуклеаций в РФ (75%) проводится без имплантации орбитальных вкладышей. В Москве имплантационные материалы используются в 53,6%, а в Московской области - лишь в 32,5 процентах. Оптимальные косметические результаты достигаются лишь при использовании различных имплантатов.

Важно помнить: после операции важно наложение давящей

повязки на операционном столе, которую не нужно снимать 2-3 суток. Медицинская сестра, в случае ослабления повязки, накладывает дополнительные туры бинта поверх наложенной повязки.

Протезирование должно быть проведено в ранние сроки, то есть в первые 3-7 дней после операции. И об этом должны быть предупреждены пациент и его родственники.

Главная роль первого стандартного протеза - лечебная; его задача - правильно сформировать своды и положение век. Подборочное протезирование стандартными протезами необходимо рассматривать как временную меру перед изготовлением индивидуального глазного протеза. То есть временный протез стоит месяц, затем подбирают постоянный протез. Через 6 месяцев возможно индивидуальное протезирование.

В зависимости от технологии производства и назначения **глазные протезы подразделяются на стандартные** (изготавливаются в массовом порядке) **и индивидуальные.** Индивидуальное протезирование - идеальный вид протезирования, так как протез изготавливается для конкретного пациента с учетом всех его индивидуальных особенностей.

Все глазные протезы изготавливаются только вручную. Отдельные попытки автоматизировать и компьютеризировать изготовление глазных протезов (или отдельных этапов изготовления протеза) до настоящего времени успехом не увенчались. Каждый случай и каждый человек - индивидуальны.

Глазной протез имеет как профилактическое, так и лечебно-косметическое значение. Он используется при отсутствии глазного яблока и при косметически неполноценных глазах. Протез предохраняет глазную полость от раздражающего действия внешней среды: ветра, пыли, холода и др.

Ношение глазного протеза при отсутствии глазного яблока является обязательным!

При длительном отсутствии протеза в глазной полости ресницы травмируют слизистую, что вызывает появление отделяемого.

У детей отсутствие протеза, нерегулярная замена, отсутствие протеза в полости в ночное время суток приводит к асимметрии лица.

Вопросы-ответы

Какие бывают протезы? Изготавливают **стеклянные и пластмассовые протезы.** Преимущества пластмассовых в том, что они не бьются, не охлаждают полость на морозе, у них максимально возможный срок ношения - до 24 месяцев.

Как долго можно носить протез? Стеклоанный - максимум **18 месяцев**, пластмассовый - **24 месяца.**

От воздействия солей слезы и других факторов протез делается шероховатым и травмирует конъюнктиву, приводя к неприятным ощущениям и воспалению. **Выношенность протеза можно проверить с помощью так называемой ногтевой пробы:** провести по поверхности протеза краем ногтя, если будет ощущаться шероховатость или борозды, - протез не годится для дальнейшего применения и должен быть заменен на новый.

Каков уход за глазным протезом? Каждый, пользующийся глазным протезом, должен научиться вставлять и вынимать протез при первом посещении врача-офтальмопротезиста.

Закапывание капель и промывание без внимания протеза - неэффективно.

Туалет полости нужно проводить как минимум два раза в день - утром и вечером. Если этого недостаточно, - то чаще, с выниманием протеза.

Как вставлять и вынимать протез из глазной полости? Перед процедурой обязательно вымыть руки. Протез и стеклянную палочку промывают кипяченой водой или раствором, назначенным врачом. Процедуру проводят над столом, покрытым чем-либо мягким (например, вдвое сложенным полотенцем), поставив перед собой зеркало.

При вставлении протеза его берут в правую руку, узким концом к носу, и, смочив, подводят широким концом под верхнее веко. Одновременно левой



рукой, оттягивая нижнее веко, вводят протез в полость. При вынимании - нижнее веко оттягивают левой рукой книзу, чтобы показался край протеза, под этот край подводят правой рукой край стеклянной палочки и при легком нажиме палочки на протез снизу и вперед протез выскальзывает из глазной полости.

Что делать при появлении в глазной полости признаков воспаления? При появлении гнойного отделяемого из полости необходимо обратиться к врачу! Если нет такой возможности, то необходимо: вынуть протез из полости, промыть его кипяченой водой или раствором фурацилина, очистить полость, при необходимости - повторить процедуру. И все же найдите возможность позже обратиться к врачу.

Каковы особенности протезирования у детей? При врожденном микрофтальме и анофтальме лучше начинать протезирование в грудном возрасте - примерно с 6 месяцев, меняя протез через 0,5-1,5 месяца. Во избежание развития асимметрии лица детям до 12 лет необходимо заменять протез каждые 6 месяцев.

Еще несколько рекомендаций при ношении протеза.

- **Не следует** чистить протез спиртом, альбуцидом, раствором марганцевокислого калия, растворителями, так как это способствует быстрому изнашиванию протеза.

- **Нельзя** пользоваться протезом, если он причиняет боль и неудобства.

- **Своевременно** меняйте протез, так как изношенный протез травмирует полость и приводит к осложнениям.

- **Не следует** вынимать протез на ночь, это может привести к



уменьшению глазной полости.

- **Нельзя** носить треснутый протез.

- **При наличии** протеза в глазной полости протирайте веки только от виска к носу и снизу вверх.

- **При умывании** и нырянии плотно смыкайте веки.

Правовые моменты

Орган зрения - единая анатомическая система, функция которой оценивается с учетом зрения обоих глаз. В случае утраты одного глаза второй глаз практически полностью берет на себя его функцию. Поэтому степень утраты зрения определяется с учетом функции оставшегося глаза. **При слепоте одного глаза или его отсутствии - инвалидность не устанавливается.**

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2005г. №877 ряд государственных структур оказывает финансовую помощь в обеспечении глазами протезами.

Фонд социального страхования (ФСС). Если вы - инвалид по зрению, то вам необходимо оформить индивидуальную программу реабилитации (ИПР) во МСЭК - там, где вы проходили освидетельствование на группу инвалидности, и встать на учет в отделении

фонда социального страхования по вашему месту жительства для обеспечения вас техническим средством реабилитации - глазным протезом. ФСС определит организацию, которая будет заниматься поставкой (изготовлением) глазного протеза, и выдаст направление для его изготовления. Если у вас уже оформлена ИПР и вы приобрели глазной протез за свой счет, то вы имеете право обратиться в отделение ФСС по месту жительства для возмещения финансовых затрат на протезирование.

Органы социальной защиты.

Если ваш доход равен или ниже прожиточного минимума, то при наличии подтверждающих документов на финансовые затраты по приобретению глазного протеза вы имеете право обратиться с заявлением о предоставлении материальной помощи. Эта помощь вам может быть оказана местными органами социальной защиты.

Налоговые органы. Если вы работаете, то при наличии подтверждающих документов вам должны возместить расходы на протезирование в виде налогового вычета налоговыми органами.

В процессе эксплуатации глазного протеза и при его приобретении возможно возникновение различных вопросов. Консультации по вопросам глазного протезирования вам даст врач-оптометрист **Галина Евгеньевна КУРОЧКИНА**: 656062 Алтайский край, г.Барнаул, ул.Шукшина, 9, ЗАО «Алтайоптика», тел. (8-385-2) 52-23-87. **Алтайское региональное отделение фонда социального страхования**: г.Барнаул, пр.Ленина, 23, тел. (8-385-2) 63-92-36; 63-97-72.

Пользуйтесь предложенной помощью и живите полной жизнью! ☺

В статье использованы рекомендации Красноярской краевой офтальмологической клинической больницы, а также заведующего лабораторией глазного протезирования С.Г. Тихонова (ООО «Красмед»), где вы можете также получить все виды глазопротезной помощи и консультации по вопросам глазного протезирования: 660077 г.Красноярск, ул.Никитина, 1-В, каб.119; тел. (8-3912) 20-11-16; e-mail krasmed@yandex.ru. На базе предприятия ЗАО «Алтайоптика» специалисты ООО «Красмед» производят изготовление индивидуальных протезов для пациентов, имеющих сложные глазные полости, осуществляя выездной цикл в Алтайский край один раз в год. Это экономит денежные средства на проездные и прочие расходы.



О безвозмездном выделении земельных участков

Постановлением Алтайского краевого Законодательного Собрания принят закон Алтайского края от 05.09.2011 №117-ЗС «О внесении изменений в закон Алтайского края «О бесплатном предоставлении в собственность земельных участков».

Согласно этим изменениям, многодетные семьи, в которых воспитывается трое и более детей в возрасте до 18 лет, включая усыновленных и приемных, могут получить земельные участки в собственность вне зависимости от признания их нуждающимися в улучшении жилищных условий и даты рождения (усыновления) детей. Земельные участки выдаются в собственность бесплатно и без торгов.

В законе определены максимальные и минимальные размеры предоставляемых земельных участков: для индивидуального жилищного строительства - от 0,1 до 0,15 га, для ведения личного подсобного хозяйства - от 0,1 до 0,2 га.

Участки предоставляются гражданам в границах муниципального района или городского округа по месту постоянного проживания в порядке очередности, в зависимости от даты постановки их на учет и наличия свободных земель, на основании ежегодно утверждаемого органами местного самоуправления, не позднее 1 апреля, перечня земельных участков, предоставляемых данной льготной категории граждан. Не допускается повторное предоставление земельных участков.

Право на бесплатное предоставление земельных участков возникает у женщин, родивших (усыновивших) и воспитывающих третьего ребенка и последующих несовершеннолетних детей, начиная с 01.01.2011г., и мужчин, являющихся одинокими отцами или единственными усыновителями и воспитателями третьего ребенка или последующих несовершеннолетних детей, начиная с 01.01.2011г., независимо от признания их нуждающимися в улучшении жилищных условий. Постановку на учет этих категорий граждан на территории г.Барнаула осуществляет комитет по земельным ресурсам и землеустройству города, жителей иных городских округов и муниципальных районов - органы местного самоуправления соответствующих округов и районов.

К заявлению гражданина прилагаются следующие документы:

- копии паспорта гражданина Российской Федерации - заявителя, его (ее) супруги (супруга) (при наличии) или документов, его заменяющих;



- копии свидетельств о рождении детей, об усыновлении (удочерении) ребенка;

- выписка из домовой книги;

- справка о непредоставлении ранее заявителю, его (ее) супруге (супругу) земельного участка на основании ст.2.3 закона Алтайского края от 16.12.2002 №88-ЗС «О бесплатном предоставлении в собственность земельных участков», выданная органом, осуществляющим предоставление земельных участков (в случае изменения постоянного места жительства).

Орган, осуществляющий предоставление земельных участков, в порядке очередности выдает утвержденную схему расположения земельного участка гражданину, состоящему на учете в качестве желающего приобрести земельный участок, для последующего выполнения кадастровых работ. По результатам кадастровых работ граждане получают межевой план и обращаются с заявлением об осуществлении государственного кадастрового учета земельного участка в ФГУ «Земельная кадастровая палата» по Алтайскому краю.

Орган, осуществляющий предоставление земельных участков, в двухнедельный срок со дня получения заявления гражданина о предоставлении земельного участка в аренду для индивидуального жилищного строительства с приложением кадастрового паспорта земельного участка принимает решение о его предоставлении в аренду на пять лет и оформляет договор аренды земельного участка.

Граждане после ввода в эксплуатацию жилого дома в срок, не превышающий срока договора аренды, и государственной регистрации права собственности на него приобретают право бесплатно приобрести земельный участок в собственность. ☺



О региональном материнском капитале

**Губернатор Алтайского края
А.Б. Карлин утвердил порядок
предоставления регионального
материнского капитала и условия
направления денежных средств.**

В августе 2011 года по инициативе Губернатора Алтайского края в регионе принят закон «О материнском (семейном) капитале в Алтайском крае». В нем установлено, что региональный материнский капитал предоставляется гражданам России, постоянно проживающим на территории региона, при рождении (усыновлении) третьего ребенка или последующих детей, начиная с 1 января 2011 года.

Размер материнского капитала составляет 50 тысяч рублей. Эта сумма выплачивается за счет средств краевого бюджета. Предполагается ежегодная индексация этой суммы с учетом темпов роста инфляции.

В соответствии с постановлением Алтайского края №647 «Об утверждении Положения о порядке предоставления материнского (семейного) капитала в Алтайском крае» право на материнский капитал имеют:

- женщины, родившие (усыновившие) третьего ребенка или последующих детей, начиная с 1 января 2011 года;

- мужчины, являющиеся единственными усыновителями третьего ребенка или последующих детей, если решение суда об усыновлении вступило в законную силу, начиная с 1 января 2011 года.

При определении права на материнский (семейный) капитал **не учитываются дети, в отношении которых родители были лишены родительских прав или в отношении которых было отменено усыновление.**

Лица, претендующие на предоставление материнского капитала, **могут подать заявление и документы, подтверждающие право на его предоставление, в управление социальной защиты населения по месту жительства или в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг** (г.Барнаул, Павловский тракт, д.58г). В настоящее время уже ведется прием документов у граждан.

Постановлением Администрации края №646 «Об утверждении порядков направления средств (части средств) материнского (семейного) капитала в Алтайском крае» утверждены виды расходов, на которые может быть направлена денежная выплата, спо-



ки перечисления средств, правила подачи заявления и перечень необходимых документов. **Граждане, имеющие право на региональный материнский капитал, вправе распоряжаться им в полном объеме либо по частям. Средства могут быть направлены на улучшение жилищных условий или получение образования детьми.**

Региональный материнский капитал можно направить на приобретение или строительство жилья, в том числе на уплату первоначального взноса при получении кредита, на погашение основного долга и уплату процентов по кредиту, и на строительство, реконструкцию жилого дома, осуществляемые гражданами без привлечения строительной организации. Жилое помещение, объект индивидуального жилищного строительства, на приобретение, строительство или реконструкцию которых направляются средства регионального семейного капитала, должны находиться на территории Алтайского края.

Также семейный капитал можно потратить на получение образования ребенком (детьми) в любом образовательном учреждении на территории Российской Федерации. Часть средств может быть направлена на оплату платных образовательных услуг и проживание в общежитии. В соответствии с документом воспользоваться средствами материнского капитала можно только по истечении трех лет со дня рождения (усыновления) третьего ребенка или последующих детей. Сразу после рождения (усыновления) ребенка средства материнского капитала можно использовать только на улучшение жилищных условий в части погашения основного долга и процентов по кредитам или займам, включая ипотечные кредиты. ☺



Бруксизм у детей



**Светлана Николаевна
ЕВТИФЕЕВА,**
врач-стоматолог,
МБУЗ «Детская городская
поликлиника №9»,
г.Барнаул

Бруксизм - это периодически возникающие во сне приступообразные сокращения жевательных мышц, сопровождаемые сжатием челюстей и скрежетом зубов. Бруксизмом страдает примерно до 10-15% взрослых людей и около 50% детей.

В процессе прорезывания коренных зубов и даже после их полного появления у многих детей наблюдается скрип зубами, чаще всего проявляющийся во сне. Почему происходят неконтролируемые жевательные движения у ребенка? А может, у него чешутся зубы или десны? О причинах такого явления и пойдет речь.

Почему ребенок скрипит зубами?

Более половины детей в возрасте от начала первого прорезывания молочных зубов вплоть до 7 лет страдают бруксизмом, в основном - по ночам. Причины возникновения скрежета зубами у детей могут быть многообразны и носить различный характер.

Существует распространенное *ложное мнение, что скрип зубами у детей говорит о наличии паразитов в толстом кишечнике.* В большинстве случаев оба эти явления никак друг с другом не связаны.

Медики выделяют несколько основных причин:

- расстройства нервной системы вследствие эмоциональных стрессов,
- спазм мышц при заболевании суставов,
- аномалии прикуса зубов у детей.

В редких случаях бруксизм может быть началом проявления приступов эпилепсии. Скрипение зубами отмечено также у детей, чьи родители сами страдают от бруксизма (наследственная предрасположенность). Причем, мужской пол более подвержен этому заболеванию, чем женский.

Также скрежет зубами у детей может наблюдаться и днем. Это объясняется тем, что прорезывание зубов для детей явление новое и еще не изученное. Зубы к тому же издают новые звуки, поэтому детишки и норовят ими поскрипеть. Вспомните себя: при образовании дырки в зубе или, наоборот, при постановке новой пломбы так и тянет потревожить, потрогать это место.

К чему может привести постоянное скрежетание зубами?

Если вы считаете, что такое явление, как скрежет зубами у ребенка, в скором времени пройдет и не принесет вреда его здоровью, то, к сожалению,

вы ошибаетесь. Частое, пусть даже непродолжительное, трение зубов друг о друга может привести к их истиранию и появлению микротрещин. Также у ребенка могут появиться напряжение в мышцах спины и шеи, зубная боль и начать болеть голова, появится шум или звон в ушах, повышенная возбудимость, расстройства сна и психики. Если не пресечь это заболевание на ранней стадии, то оно перейдет в более тяжелую форму, когда наблюдается не только истирание эмали, но и появление кариеса, пульпита, развитие пародонтита, нарушение прикуса, артроз височно-нижнечелюстных суставов.

Как избавить ребенка от бруксизма?

К счастью для многих родителей, **бруксизм у детей поддается лечению.** Если ваш ребенок во сне скрежещет зубами, первым делом **необходимо обратиться к врачам - неврологу и стоматологу.** Невролог выявит причину и назначит рекомендации, а стоматолог поможет избежать истирания эмали в период лечения. Подход в лечении может быть различен, но существует ряд общих рекомендаций, которых следует придерживаться при избавлении от скрипа зубами во сне у детей.

Специалисты советуют приучить ребенка во время бодрствования следовать правилу: губы вместе - зубы врозь, а в процессе лечения следует использовать специальные шины или каппы для защиты зубов. Как допол-



нительное лечение, можно **применять препараты магния, кальция и витамины группы В**. Насыщение организма этими микроэлементами и витаминами может уменьшить судорожную активность жевательных мышц во сне. Также **рекомендуется давать ребенку в пищу твердые яблоки, морковь и капусту**. Такое напряжение жевательных мышц днем приведет к тому, что во сне их активность понизится. Рекомендовано временно исключить из рациона сахар, еду с искусственными красителями и животными жирами, продукты быстрого питания.

Также очень **важно то, чем ребенок занимается перед сном**. Родителям необходимо проследить, чтобы игры не были активными и эмоциональными. Отлично подойдут для вечерних занятий спокойные дела: совместное чтение книг, собирание мозаик. Также надо избегать еды и напитков (кроме простой воды) за час до сна - работа пищеварительной системы ночью может вызвать напряжение в мышцах челюсти, что опять же приведет к скрежету зубами.

Помимо этого, **родителям важно поговорить с малышом, чтобы понять, что его может беспокоить**. Дети менее защищены в эмоциональном плане, и любая проблема, не существенная для взрослых, может вызвать у них стресс. Родители - единственные люди, с кем малыш может поговорить откровенно и рассказать, что его беспокоит. А если ребенок еще не может говорить, то надо просто быть более внимательными, добрыми и ласковыми к нему, чем обычно. Возможно, именно этого ему и не хватает.

Если челюсть ребенка болит по утрам, намочите махровую салфетку в теплой воде, отожмите ее и приложите к больной челюсти до улучшения самочувствия ребенка.

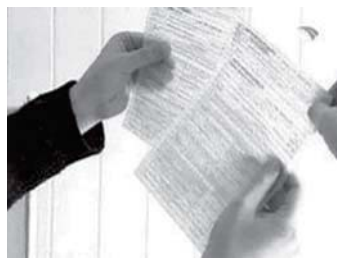
Такая проблема, как скрежет зубами во сне у детей, не является незначительной, а требует своевременного лечения. Если вы хотите сохранить зубы своего ребенка здоровыми, а сон - крепким, то задумайтесь над вопросом «Почему ребенок скрежещет ночью зубами?». Поэтому вовремя обратитесь к врачу и примите все меры по ее устранению. ☺

Признаки и симптомы бруксизма:

- утренние мигрени и головные боли;
- боли в височно-нижнечелюстных суставах;
- оталгия (боль в ушах);
- тиннитус (звон в ушах);
- вертиго (вестибулярное головокружение);
- боль в придаточных пазухах носа;
- боль в шее;
- боль в плечах;
- боль в спине;
- стресс или напряжение;
- депрессия;
- нарушение питания;
- плохой сон или бессонница;
- дневная сонливость;
- высокая чувствительность или раздражение глаз;
- покалывания в голове.

Появится новая форма больничного листа

Новая форма бланка больничного листа появится в России во втором квартале 2012 года.



Врачи впервые не будут заполнять наименования организации, где работает больной, а также некоторые поля, связанные с определением его статуса. В частности, будут допустимы три исправления ошибочных записей лечащим врачом. Кроме того, будут смягчены требования, касающиеся не уместяющихся в выделенные графы записей. Еще одним нововведением станет то, что врач не будет заполнять графу, является ли человек безработным.

Это очередное усовершенствование бланка больничного листа. С 1 июля 2011 года начал действовать новый бланк листка нетрудоспособности взамен действовавшего еще с 1937 года. Данный бланк может заполняться как вручную, так и на компьютере.

Однако практика показала, что врачами было испорчено 13% от всех выданных больничных. Специалисты ФСС провели проверки и выяснили, что половина забракованных документов связана с действиями страхователей. Достаточно часто работодатели на свое усмотрение определяли правильность заполнения листка и «гоняли» работника обратно в медучреждение, что не является их prerogative.

Туберкулеза стало меньше

В очередном докладе ВОЗ говорится о том, что число людей, умирающих от туберкулеза, достигло самого низкого уровня за десять лет.



За последние 20 лет уровень смертности от инфекционного заболевания снизился на 40 процентов. Число заболевших туберкулезом в 2010 году уменьшилось до 8,8млн. человек по сравнению с достигнутым в 2005 году пиком в 9млн., а количество случаев смерти от туберкулеза сократилось с 1,8млн. (2003г.) до 1,4млн. (2010г.).

Все регионы, за исключением Африки, находятся на пути достижения к 2015 году цели снижения уровня смертности от туберкулеза на 50 процентов. Во многих странах, благодаря сильному лидерству и внутреннему финансированию, при активной поддержке доноров происходят реальные изменения в борьбе против туберкулеза.

В общей сложности страны сообщают о нехватке \$1млрд. для осуществления программ по борьбе с этим заболеванием в 2012 году. Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью остается одной из областей с наибольшей нехваткой финансирования. Несмотря на то, что число пациентов с таким заболеванием, получающих лечение, возросло в 2010 году до 46 тысяч, это лишь 16% от предполагаемого общего числа нуждающихся в лечении, информирует ВОЗ.

