

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (131) НОЯБРЬ 2013





Материнство как продолжение жизни...

Ноябрь уже не первый год проходит в стране под знаком особого отношения к Женщине-Матери и завершается торжественными мероприятиями, посвященными государственному празднику Дню матери в России.

Размышляя о материнстве сегодня, мы, к сожалению, говорим не только о счастливых многодетных семьях, о преемственности поколений как связующем семью фундаменте или о матерях, носителях нравственности и любви...

Все чаще говорим о демографических проблемах, которые связаны помимо деградации семейных ценностей и с низкой рождаемостью (в том числе в связи с легкомысленным, а порой и безответственным отношением к созданию семьи), с абортами (особенно при первой беременности), с осложнениями во время беременности и родов, которые обусловлены слабым общим и репродуктивным здоровьем будущих родителей. И даже тотальным игнорированием ими обязательных рекомендаций специалистов-медиков, в том числе и отказа от вредных привычек (даже во время беременности!), хотя бы таких распространенных, как курение и употребление алкоголя.

Говорим о безответственном родителе, и что особенно драматично, о безответственном материнстве, о брошенных детях при живых родителях. **Многие эксперты уже утверждают, что у нынешней молодежи «не сформирована материнская доминанта». А материнство, по их мнению, - это не просто естественный инстинкт, от рождения, от природы присущий каждой женщине, а воспитываемое состояние, которое прививается, передается от матери к дочери, формируется в нормальной семье... Но социально не благополучная среда настойчиво его стирает, а иногда и убивает даже, вечный вроде бы материнский инстинкт.**

Не хочу спорить со специалистами о деталях, они, говоря о таком «психологическом кризисе материнства», деградации семьи, явно основывались на серьезных исследованиях.

Главное - в принципе они правы!

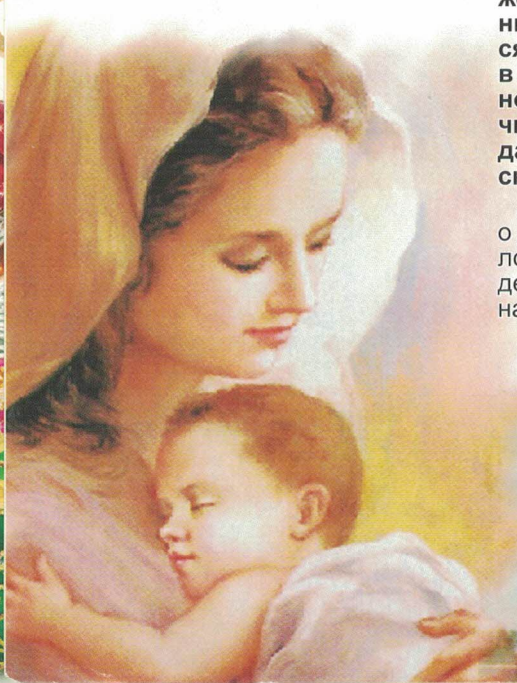
Но что же за трагедии переживают наши современные молодые люди, какие лишения? Что и как убивает в них самые мощные природные инстинкты?!

Думаю, вряд ли из моей памяти скоро сотрутся, да и сотрутся ли вообще, совсем недавние, сентября этого года, впечатления от поездки в столицу Казахстана Астану. После завершения официальной части визита до самолета оставалось время, и нашей российской делегации предложили съездить в АЛЖИР.

За таким интригующим названием скрывался Акмолинский лагерь жен изменников Родины. На его бывшей территории на месте яблоневого сада, выращенного в голой степи узниками, в год семидесятилетия начала массовых политических репрессий в СССР, был открыт в 2007 году Музейно-мемориальный комплекс жертв политических репрессий и тоталитаризма.

В этом лагере сидели (кто несколько месяцев, а кто и не один год) знаменитые женщины: жена всенародного старосты Михаила Калинина Екатерина Калинина и известная советская писательница Галина Серебрякова, актрисы Рахиль Плисецкая с маленьким сыном (мать Майи Плисецкой) и Татьяна Окуневская, Кира Андроникова – жена известного писателя Бориса Пильняка. Лия Соломянская, деятель советского кинематографа и журналистка, мать Тимура Аркадьевича Гайдара. Поэтесса Анна Тимирева – жена адмирала Колчака. Матери Булата Окуджавы и известного барда и композитора Юлия Кима. Наталья Ильинична Сац - основательница детского музыкального театра, жена и сестры расстрелянного маршала Тухачевского, матери и жены других видных советских военачальников. Мать Елены Боннэр - Руфь. Лидия Френкель - прототип героини недавно вышедшего фильма «Московская сага». И еще десятки, сотни, тысячи ни в чем не повинных женщин. 7257!!! Таков скорбный список сегодня.

У кого-то из женщин отняли детей при аресте, разместив их в детские дома, других забирали в лагерь вместе с малолетними детьми. 1507 детей были рождены непосредственно в этом страшном лагере, в том числе и от насилия!



Но никто из этих детей не был брошен их матерями, жившими в поистине нечеловеческих условиях. В холоде, голоде, униженные, измученные каторжным трудом, они, в основном получившие классическое образование, одаренные, занимавшие раньше, как правило, высокое социальное положение, - не сдались, не встали на колени.



Поддерживали друг друга и искали любую возможность помочь своим детям, которые содержались отдельно. И не только отдавали свою скудную еду, но и старались дать им заботу, нежность, свою любовь. Рисовали детям книжки, сочиняли песенки. Шили из остатков «долагерной», сохранившейся еще из другой жизни, одежды

(в которой они заманивались якобы на свидание к мужу в тюрьму, а оказывались в жерновах сталинских репрессий) и даже вышивали распашонки с трогательными словами. Добивались, чтобы в детский барак допустили (из их среды) врачей, педагогов.

Сегодня на месте бывшего лагеря по Указу Президента Казахстана Н.Назарбаева **выстроен грандиозный мемориальный комплекс**. Собран огромный архив материалов, писем, фотографий, воспоминаний и личных вещей узниц и их детей. Имя каждой узницы высечено на Скорбной стене памяти. Многие из тех,

кому посчастливилось выжить, преодолели себя, побывали в этом скорбном месте в мирное время (в живых сегодня осталась лишь одна бывшая заключенная). Побывали и их дети, передав многое из того, что хранилось в их семьях как немые свидетельства той страшной, трагичной поры, но **свидетельства, в первую очередь, жизнелюбия, стойкости, БЕСПРИМЕРНОСТИ МАТЕРИНСТВА.**

Узницами стали женщины самых разных национальностей, проживающих в СССР: татарки, литовки, украинки и белоруски... Из них 3500 - русские.

Но один момент поразил, вызвал некое недоумение у меня, да и не только у меня, у всех членов нашей российской делегации. **На мемориале главы нескольких государств: Азербайджана, Украины, Грузии, Литвы, а также Венгрии и Польши - не только оставили запись в Книге памяти мемориального комплекса, но и установили гранитные камни со словами покаяния перед соотечественницами. Но к россиянкам с поклоном и скорбью публично не пришел никто... Очень хочу верить, что и 3500 советских женщин не будут забыты...**

Мы многое сегодня делаем, чтобы поднять престиж семьи. Чествуем благополучные семьи, особенно многодетные, семьи, взявшие под опеку, усыновившие сирот, воспитывающие детей-инвалидов. Рассчитываем, что именно их положительный пример, достойный подражания, станет одним из побудительных мотивов ответственного родительства. Но что же нам делать с «несформировавшейся материнской доминантой»?.. Может, действительно, поддержать все чаще звучащие предложения знакомить молодежь с реалиями, издержками в семейной политике, половом воспитании... Найти приемлемые формы посещения, например, детских домов, палат в медицинских учреждениях, домах-интернатах, в которых лежат брошенные матерями дети...

Те, кто такие «экскурсии» пережил, - под впечатлением такого ледящего душу посещения остаются надолго. В крайнем случае, равнодушными не остаются - это точно.

В Германии, чтобы искоренить даже самую мысль о нацизме, учащиеся в рамках школьной программы обязательно бывают на мемориальных комплексах, созданных на месте бывших концлагерей. Я сама была свидетелем таких посещений детьми Дахау...

Я - за воспитание добром, за всестороннюю поддержку государством, обществом родительского - даже не подвига, а долга. Вообще тезис, что материнство должно признаваться как общественно полезный труд, со всей социальной защищенностью, разделяю полностью.

Но, может, и негативные примеры, научение на чужих ошибках в этом случае приемлемы? И нужно наглядно показывать, к чему приводят бездумность, безответственность молодых родителей и, прежде всего, матерей?

Наши дети, будущие молодые родители, наверняка готовы к серьезному разговору на серьезные темы.

А мы сами готовы?!





6

**На повестке дня -
репродуктивное
здоровье**



12

**Лабораторная
диагностика
сахарного диабета**



14

**Умеете ли вы
говорить друг
с другом**



25

**Как помочь
подвергшимся
сексуальному
насилию**



35

**«Зеркальные» дети
в школе и дома**

На фото: Надежда Анато-
льевна ЩИГРЕВА, директор
Краевого реабилитационного
центра «Родник», г.Бийск
Фото: Ларисы Юрченко

Л.В. Юрченко. Дом, где согреваются сердца	3-5
На повестке дня - репродуктивное здоровье	6-8
КРУГЛЫЙ СТОЛ. «Светя другим, сгораю сам»	9-10
Доигрались... Игрушки без спецэффектов никому не нужны.....	11
И.А. Карбышев. Лабораторная диагностика сахарного диабета	12-13
Умеете ли вы говорить друг с другом?	14
Подняться выше пола	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА А.Б. Чернюк, О.В. Колядо, С.Д. Яворская. Курили до и во время беременности, после родов. Какие шансы для здоровья ребенка?	16-18
В.А. Ткачев. Диабетическая ретинопатия	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Трудно ли быть милосердным?	21
Г.М. Назимко. Как достичь компромисса между врачом и пациентом?	22
Н.В. Ветрова. Профилактика синдрома эмоционального выгорания	23-24
Ю.В. Харитонова. Как помочь подвергшимся сексуальному насилию?	25-26
А табачок - врозь	26
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП О.П. Скобин. Развитие мелкой моторики рук у детей с ДЦП и занятия изобразительным искусством	27-30
Переменка	31
Какие растения подходят для дома	31
Социальные и ответственные	32-33
«Я жду подвоха»	34
М.А. Колесникова. «Зеркальные» дети в школе и дома	35-38
КРУГЛЫЙ СТОЛ. «Светя другим, сгораю сам»	39-44



Дом, где согреваются сердца

Здание Краевого реабилитационного центра «Родник» в Бийске расположено среди многоэтажек. Его территория уютна и продумана для детских игр. Однако, если присмотреться к площадкам для игр, можно заметить, что лесенки, горки отличаются от привычных: где-то есть дополнительные перила, где-то - непривычные сидения...

В Центре учат жить детей, имеющих серьезные заболевания, и не только их: родителям помогают всем сердцем принять ситуацию и научиться гордиться своим ребенком. Именно гордиться - в Центре давно отметили, что дети, чьи возможности ограничены болезнью, почти всегда талантливы. А еще они очень любят своих мам!

С 2002 года, с года основания, Центр возглавляет **Надежда Анатольевна ЩИГРЕВА**.

- Если вы внимательно посмотрите на наше здание, сможете увидеть, что это был типовой детский сад. Затем здесь размещалась начальная школа, и я работала ее директором. Всегда любила писать планы, готовиться к урокам, сидела вечерами, пока муж не говорил, что так нельзя... С радостью шла на уроки. Но так получилось, что я была назначена директором реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями. Было непонятно, каким он должен быть, но очевиден факт: такая помощь нужна детям и их родителям.

Только кажется, что это решение естественно. На самом деле возникло множество вопросов, требующих решения, начиная с перепланировки всего здания и кончая разработкой Устава. Не поверите, просыпалась ночью оттого, что находила, как казалось, оптимальный вариант, как из привычных классов сделать небольшие комнаты - санитарные нормы для Центра совсем не такие, как для школы. Например, наши дети должны отдыхать в спальнях на четыре человека.

Все вопросы понемногу решались. Разработать документацию помогли специалисты Главного управления Администрации Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, написали Устав. Моя работа начиналась с поездки в Москву на обучающий семинар. И потом много

ездила, изучала опыт коллег в разных регионах страны. Так постепенно выработалась собственная концепция работы Центра. Например, коллегами выбраны главные направления в деятельности: одними - медицина, другими - педагогика. Мы решили, что все должно быть в равных частях, потому что дети приезжают разные: кому-то важна медицина, другим - помощь логопеда и т.д., и наша задача - эти услуги предоставить.

- Как становятся социальными работниками? Что для этого самое важное?

- Для этого надо любить детей и хотеть помочь семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Наверное, дети с инвалидностью всегда будут, как ни печально это признавать. Так устроена жизнь. Попал ребенок в автомобильную аварию - и прежняя жизнь перечеркнута, приходится учиться жить иначе.

Наверное, **за десять лет деятельности Центра немаловажным итогом стало понимание другими людьми нашей работы, их желание помочь, внимание к нашим проблемам.** Если в первые годы мы выходили с ребятами на прогулку и на нас показывали пальцем не только дети, но и взрослые, сейчас этого нет. Мы проводили анкетирование в школах. Только 10% учащихся написали, что не хотят учиться в одном классе с ребенком-инвалидом. **Город тоже становится доступнее для жизни самых разных категорий населения:** строятся остановки, пандусы, помогающие людям с ограниченными возможностями жить в социуме. Причем, они рассчитываются и для детей, и для взрослых.

- Что дает силы для ежедневной помощи детям?

- Конечно, один человек ничего бы не сделал, каким бы энтузиастом ни был. Важно понимание во всем тех, кто рядом, - семьи, коллектива. Иногда дети видят мои слезы в моменты, когда они добиваются успеха, и на их удивленный вопрос



Помню, как к нам пришла мама, решающая, отказаться или нет ей от ребенка, имеющего диагноз «синдром Дауна». Мы привели ее в группу таких детей, рассказали, что они открытые, добрые, по-настоящему солнечные, что любовь такого ребенка - большая награда мамам. Наши психологи также подключаются к работе в подобных случаях. Тот ребенок остался в семье, и сегодня мама по-настоящему счастлива.



Верим в себя!

Мы стремимся помочь каждому ребенку. И у каждого из них победа своя. У одних пошевелились пальчики - и это уже дорогого стоит! В Центре работают медики, массажисты, педагоги и педагоги-психологи, логопед. Есть кабинет для физиопроцедур. И весь арсенал услуг направлен на одно: на помощь больным ребятишкам.

Одаренность наших ребят поразительна. Это отмечают все наши специалисты. Так появились четыре проекта, которые сейчас реализуются в Центре.

отвечаю: «Я плачу от радости за вас, потому что вижу, что теперь у вас получается лучше, чем прежде». Вот такие победы над болезнью и прибавляют сил.

Скажу и о своей семье. У мужа, детей, внуков нет обид, когда задерживаюсь на работе, когда выезжаю с воспитанниками Центра в выходные дни на соревнования, экскурсии, по неотложным делам. Дорожку поддержкой мужа **Сергея Петровича**. Он нередко подсказывает верное решение, если вопрос касается нашего автобуса, ряда других хозяйственных проблем.

Новые идеи в работе проходят проверку тоже нередко на близких людях. Внучка **Таня** нередко бывает ведущей на праздниках. Помню, сколько было сомнений, когда решали создавать смешанные пары в бальных танцах. Первым, на ком опробовали это начинание, стал мой внук **Никита**, тогда он учился в третьем классе. Никита занимался народными танцами, но с желанием взялся за новое дело. Эта пара привезла первую золотую медаль за участие в конкурсе. Сейчас Никите 16 лет, его партнерша, **Ирина КОЛМОГорова**, со временем ушла в плавание и тоже добилась блестящих результатов. До сих пор ребята общаются.

Всегда горжусь здоровыми детьми, которые участвуют в этом проекте. В каждой паре ребята настолько по-доброму относятся друг к другу, дружат по-настоящему! Наши лучшие пары: **Кирилл БОНДАРЬ** и **Галя ЗИБАРОВА**, **Настя СТЕПАНОВА** и **Слава ТИХОНОВ**. Они уже чемпионы России. В марафоне «Поддержим ребенка!» в этом году будет участвовать наш дебютант **Рита ЛЁВУШКИНА**.

- Любая работа оценивается цифровыми и качественными показателями. Что для вас важнее?

- Качество, конечно, должно быть. Мы стремимся помочь каждому ребенку. И у каждого из них победа своя. У одних пошевелились пальчики - и это уже дорогого стоит! Есть у нас воспитанник **Святослав БЕРЕСТОВ** - автор замечательных картин. К десятилетию Центра он на выставку приготовил сто работ. Поставил перед собой такую цель и достиг ее! Однако и цифры важны. Если в наших планах предусмотрено оказание помощи 200 детям, то это обязательно должно быть выполнено. В Центре работают медики, массажисты, педагоги и педагоги-психологи, логопед. Есть кабинет для физиопроцедур. И весь арсенал услуг направлен на одно: на помощь больным ребятишкам.

- Но бывает, что помощь требуется и мамам, если они не могут справиться с ситуацией самостоятельно...

- Это так. Помню, как пришла в Центр мама, решающая, отказаться или нет ей от ребенка, имеющего диагноз «синдром Дауна». Мы привели ее в группу таких детей, рассказали, что они открытые, добрые, по-настоящему солнечные, что любовь такого ребенка - большая награда мамам. Наши психологи также подключаются к работе в подобных случаях. Тот ребенок остался в семье, и сегодня мама по-настоящему счастлива. Нелегко принять подобную ситуацию и папам. По опыту работы мы поняли, что необходим клуб с таким направлением работы. И он у нас есть.

- Давайте поставим оценку политике городских и краевых властей в этом направлении.

- Безусловно, сделан большой шаг вперед и по формированию городской доступной среды, и по поддержке многих наших инициатив. Важна финансовая помощь, оказываемая в каждом таком случае.

В прошлом году у нашего Центра был юбилей - 10 лет. Нас очень поддерживает Главное управление: к нашим просьбам с пониманием относится начальник Управления **Сергей Иванович ДУГИН**. Советом всегда помогают **Татьяна Сергеевна АБАКУМОВА**, **Юлия Анатольевна КОВАЛЕВА**. Не могу не отметить нашего куратора - **Яну Юрьевну КАЛАШНИКОВУ**, так как во всех вопросах мы советуемся с ней.

Я уже говорила, что одаренность наших ребят поразительна. Это отмечают все



Верим в себя!

наши специалисты. Так появились **четыре проекта, которые сейчас реализуются в Центре**: обучение бальным танцам на колясках; «Пусть ярче станет мир» - работа с юными художниками, «Один мир - одна мечта» - обучение юных вокалистов, «Музыка-волшебница» - для работы с музыкантами. Большие персональные выставки работ наших ребят можно часто увидеть в Центральном выставочном зале города.

- Ребята приезжают в Центр несколько раз?

- По действующему положению дети с ограниченными возможностями, живущие в любом уголке Алтайского края, имеют право приезжать в Центр раз в полгода. **Время реабилитации - 33 дня. Это стационарная помощь. Но если видим, что есть положительная динамика, что лечение останавливать нельзя, срок пребывания продляется - в Управлении всегда идут нам навстречу. В Центре есть правило: мы рады каждому ребенку.** Даже когда нашим ребятам исполняется 18 лет, они могут приходить к нам, для них создаются клубы по интересам. У нас налажено тесное сотрудничество с учителями города. Мы помогаем выбрать и получить ту специальность, которая соответствует состоянию здоровья ребенка. Сейчас охотнее стали брать на работу наших ребят. И трудоустройство каждого из них - тоже итог работы не одного года.

- Расскажите о вашем коллективе. В нем - исключительные люди? Есть правила, согласно которым вы угадываете будущего коллегу?

- Обычно настрой человека понятен из первой беседы, но бывают и ошибки. Их, как известно, исправляет время. Бывает, для нового сотрудника достаточно отработать несколько дней, чтобы понять, что это не его дело. Бывает, спустя месяц мне говорят: «Не могу больше. Каждый день плачу, детей очень жалко». И такие тоже уходят. У детей, приезжающих к нам, разное состояние, бывает, и слюну необходимо вытереть, и переодеть ребенка. Есть молодые воспитатели, кто не может этого сделать в силу индивидуальных особенностей.

Девиз нашего Центра: «Вместе мы - сила!». Практически каждый сотрудник участвует в организации мероприятий, конференций, семинаров и т.д. У истоков Центра стоим, являемся его старожилками я и главный бухгалтер Га-



лина Александровна ЧЕРЕПАНОВА.

Центр открывался не сразу в таком виде, в каком он работает сейчас. Сначала это был консультационный пункт. Здание перестраивалось, стационарные группы открылись после того, как запустили столовую, а сначала ребята находились в Центре по четыре часа. Поэтому **Людмила Анатольевна ЧИСТЯКОВА** была принята на работу вахтером и терпеливо ждала место воспитателя. **Ольга Олеговна ПРОТАСОВА** также начинала вахтером. **Марина Сергеевна ПАШКОВА**, главная медсестра, работает в нашем Центре с 2002 года, очень чуткая и доброжелательная к детям. Моя дочь **Татьяна** начинала секретарем, имея специальность педагога-психолога, организовала для подростков клуб «Парус», потом перешла на раннее вмешательство и «утонула» в этом направлении. Сейчас она - заведующая отделением. У нас небольшие зарплаты, и я, как никто другой, понимаю, насколько трудно бывает дочери. Однако смена места работы - это не для нее.

Каждый сотрудник уникален и тем, что свои профессиональные обязанности дополняет увлечением творчеством и ведет за собой детей и коллег. Наш инструктор ЛФК, например, мастерски играет на гармонии. Он смог доказать, что гармонь - небольшая - нужна Центру для обучения музыке детей. Такие занятия теперь проводятся.

Хочу пожелать нашему коллективу дальнейшего процветания, чтобы все у нас спорилось. А самое главное, чтобы мы были полезны нашим детям и их родителям. ☺

Лариса Юрченко

Наша работа редко оставляет время для выходных. Любого в коллективе попроси задержаться вечером или прийти в неурочный час, встретишь понимание, услышишь согласие. Именно неравнодушие каждого сотрудника помогает оказывать реальную помощь больным ребятам.



На повестке дня - репродуктивное здоровье

Наш разговор с Ириной Владимировной МОЛЧАНОВОЙ, кандидатом медицинских наук, главным специалистом - акушером-гинекологом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, был запланирован давно. Откладывался он, на наш взгляд, по объективным причинам: служба, как и в целом система здравоохранения в стране, переживала (и еще переживает) период модернизации. Время перемен никогда не было простым, а в данном случае эти перемены так или иначе коснулись практически каждой семьи и принимаются обществом и специалистами неоднозначно.



Встреча предшествовала организуемому при нашем участии круглому столу «Вопросы репродуктивного здоровья: семья, общество, государство. Реализация приоритетного направления здравоохранения по охране материнства и детства», и в какой-то мере весь наш разговор был созвучен заявленной теме.

- Сегодня вопросы демографии определены как приоритетные для страны. Какое вы видите в этом участие возглавляемой вами службы?

- Одной из конечных целей концепции демографического развития современной России является повышение рождаемости. Но базисным ресурсом, без которого невозможно осуществить эту цель, является сохранение репродуктивного здоровья. Именно на этом пути медицине отведена конкретная роль: **необходимо обеспечить способность человека к рождению ребенка.** Главная биологическая задача человека - воспроизведение себе подобных. И задача каждого конкретного врача, в пределах его компетенции: он должен помочь семье обрести желаемое количество здоровых детей и сохранить жизнь и здоровье матери. Вот та концептуальная цель, вокруг которой работает как акушерско-гинекологическая служба, так и все здравоохранение.

Казалось бы, в чем проблема? Женщина рождает ребенка, это есте-

ственно и привычно. Однако, к сожалению, сегодня естественный и физиологический процесс беременности и родов перешел в разряд угрожающих здоровью, а порой и жизни, наших пациентов. Прежде всего, это связано с ухудшением общего состояния здоровья нашего населения. При беременности все силы организма напряжены, что приводит к более тяжелому течению уже имеющихся заболеваний или проявлению той патологии, которая до беременности не имела клиники. В результате не только ухудшается состояние здоровья матери, но и нарушается процесс развития ребенка. В крае, по данным официальной статистики, **заболеваемость жителей в 1,6 раза выше, чем по России в целом.** А у каждой беременной в 2012 году было диагностировано минимум по два заболевания, что в 2,5 раза чаще, чем по общероссийским данным.

- То есть расхожие суждения о том, что «женщине с заболеванием не рекомендовали сохранять беременность, родить, а она плонула на мнение врачей и родила», - не такой уж безопасный «героизм»? И та мысль, которую неоднократно высказывали специалисты, в частности, профессор Н.И. Фадеева: «...мнение о том, что беременность и роды - это физиологический акт, и если женщина забере-

менела, она может родить только здорового ребенка, - заблуждение. Беременность и роды - это тяжеленное испытание для материнского организма, мощнейший фактор естественного отбора», - справедлива?

- Я полностью согласна с этим постулатом. С законами природы не поспоришь. Но ситуация, когда специалистам приходится рекомендовать прерывать уже имеющуюся беременность, - крайняя. Такую рекомендацию дает только консилиум врачей при условии, когда дальнейшее развитие беременности напрямую угрожает жизни женщины. И поверьте, для врача это очень непростое решение, и оно рассматривается со всех сторон и позиций. Но мне бы сегодня хотелось заострить внимание несколько на ином: **как не допустить тяжелых осложнений? Что мы все должны сделать, чтобы уменьшить риски рождения больного ребенка и тем более неблагоприятного исхода?**

Здесь, на мой взгляд, необходимо двигаться в двух направлениях.

Первое - повысить ответственность всего социума к вопросам



рождения ребенка. Без решения этой задачи говорить о серьезных положительных переменах в этом вопросе просто бессмысленно. Я не рассматриваю те крайности, когда люди с низкой социальной адаптацией не в состоянии отвечать ни за рождение, ни за воспитание ребенка, - как раз они в большинстве своем находятся под патронажем государственных структур. Я говорю об утере фундаментальных приоритетов большинства членов общества, когда первоочередными становятся материальные блага и только потом - ребенок. Как приз за все труды. Но ребенок - это не приз! Это - истинное счастье! Почему же мы сами лишаем себя его? **За последние пять лет количество рожениц старше 35 лет увеличилось в крае вдвое. Груз соматической и репродуктивной патологии у них значительно больше, чем у 23-28-летних, и, соответственно, шанс родить здорового ребенка намного меньше.** Сегодня и общественные организации, и такие издания, как ваше, должны стать трибуной для возврата к семейным ценностям, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью будущего ребенка.

Второе - это, безусловно, изменение самой системы оказания медицинской помощи. Реально, когда мы, медицинские работники, можем повлиять на ситуацию, - это вне беременности. Сегодня планирование беременности с медицинской позиции является базисным мероприятием. Необходимо пройти комплекс диагностических и лечебных процедур, чтобы предотвратить ряд осложнений в развитии будущего ребенка. Поэтому **призываю всех женщин планировать беременность не столько по временным факторам, а главное - с позиции выяснения состояния своего здоровья.**

Еще раз подчеркну, что акушер-гинеколог в Алтайском крае с профессиональной позиции находится в более сложном положении, которое обусловлено высокой заболеваемостью беременных и тем, что на сегодняшний день рожают женщины старшего возрастного периода, отягощенные соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. И, чтобы выполнить свои задачи, служба работает в большом напряжении.

- А такая проблема, как аборт?

- Врачи считают аборт самым главным повреждающим фактором для репродуктивного здоровья. Сегодня мы четко можем сказать, что **их количество у нас уменьшается:** общее число медицинских абортов в 2012 году (к уровню 2008 года) снизилось почти на 6 тысяч (-5810). Еще 10 лет назад мы не могли мечтать о том, что соотношение родов к абортам, составляющее 1 к 2, станет **1 к 0,45.** Это, конечно, хорошо. Но за 9 месяцев в крае сделано чуть больше 10000 абортов. Поэтому, на наш взгляд, считать эту проблему решенной весьма и весьма преждевременно.

В 2012 году в крае появилась совершенно новая форма работы по профилактике абортов - **Центр медико-психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.** Решение по созданию и целевому финансированию этого Центра принял Губернатор А.Б. Карлин. Достойный уровень зарплаты, возможность психологам получить дополнительное образование в лучших центрах страны - дали возможность привлечь лучших специалистов. В структуру Центра входят 14 кабинетов психологической и социальной помощи, расположенных в родильных домах и женских консультациях самых крупных медико-географических зон края. И обратившись в них, женщина получает профессиональную психологическую помощь.

Деятельность Центра обнажила имеющийся у нас очень серьезный внутриотраслевой кризис. **Первый блок сложностей, противоречий лежит в самой программе нашего образования. Вопросы психологии, правильного общения врача с пациентом сегодня при получении базового образования, также и при переподготовке, - преподаются «по остаточному принципу» либо не освещаются совсем. А это основа поведения врача с пациентом, этому надо учить врачей!** Вторая проблема связана с менталитетом нашего населения, которое раньше никогда не имело возможности получать психологическую помощь. И кризис общества зашел достаточно далеко. Оказывается, **основная причина, по которой женщина прерывает беременность, - это несформированная материнская доминанта!** Разрушение института семьи привело к тому, что тот фактор мате-

ринства, который мы считали наследственным, оказался утраченным. Он, как оказалось, прививаем, воспитуем, передается в семье от матери к дочери. Современная молодежь, в массе своей, не готова быть родителями. И это очень глубокая проблема, над которой должны работать не только медицинские работники.

За время работы Центра в крае родились 699 детей, матери которых изначально пришли в ЛПУ с намерением сделать аборт. Сейчас в регионе идет месячник по профилактике абортов. В городах и районах края запланировано более 30 мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья. Практически все они проходят с участием студенческой молодежи.

- Ирина Владимировна, вы подробно рассказали о тех вызовах, которым приходится противостоять. Что, исходя из оценки этих новых реальностей, расширения технологических возможностей, предстоит сделать и что удалось решить?

- Пришлось пойти на структурные изменения в службе. Укрепляя сеть женских консультаций, мы были вынуждены организовать трехуровневую систему оказания помощи беременным женщинам, в том числе и стационарную. **Акушерские койки в учреждениях первого уровня, размещенные в составе ЦРБ, которые рассчитаны на проведение родов физиологических (без риска угрозы развития осложнений для матери и плода) за неостребованностью частично были сокращены.** В этих учреждениях сегодня проходит менее **13% родов.** Учреждения второго уровня, размещенные в городах - **центрах медико-географических зон: Бийске, Рубцовске, Славгороде, Камне-на-Оби, Заринске, - располагают мощностью более 1000 коек, в них проходит 2/3 всех родов.** За последние два года в этих родильных домах открыты отделения реанимации для новорожденных и койки патологии новорожденных, что позволило вывести медицинскую помощь совершенно на другой уровень. **Около 12% родов приходится на третий уровень - в краевом перинатальном центре, где наблюдаются и родоразрешаются женщины, имеющие более высокие риски** ►



Модернизация здравоохранения

развития осложнений (как для матери, так и для ребенка). К организации помощи в перинатальных центрах привлекаются не только акушеры-гинекологи, педиатры-неонатологи, анестезиологи-реаниматоры, но и специалисты других профилей: кардиологи, эндокринологи, хирурги и другие. Проблемой края является нехватка коечной мощности краевого и межрайонных перинатальных центров.

15 октября 2013г. вышло постановление Правительства РФ о включении Алтайского края в федеральную программу, согласно которой выделены серьезные федеральные и краевые средства (общей суммой 3млрд. рублей) на строительство современного перинатального центра на площадке Краевой клинической больницы. Это позволит нам нивелировать ту негативную ситуацию, которая сложилась в связи с дефицитом коек в перинатальном центре, и обеспечить доступность помощи.

- Какие еще произошли изменения в службе?

В рамках проводимой модернизации учреждений здравоохранения **отремонтированы 35 учреждений родовспоможения**: 6 перинатальных центров, 2 роддома, 26 родильных и одно гинекологическое отделения (затрачено почти 900млн. рублей). **Укомплектовали службу новой медицинской техникой**: более 500 единиц современного оборудования (на сумму почти 300млн. рублей). Но при этом нужно отметить и колоссальные усилия главных врачей, всего медицинского медперсонала в этот период, особенно если учесть, что все эти преобразования не позволяли нам ни на минуту остановить оказание помощи в родах! А это и переориентация потоков больных, и перераспределение кадров, и масса других организационных проблем.

За этим технологическим обновлением стоят и изменения в применении репродуктивных технологий, изменения чисто профессиональные. Создан и успешно работает **Краевой центр сохранения и восстановления репродуктивной функции**. Снята социальная напряженность для пациентов, страдающих бесплодием. ЭКО - высокотехнологичная и редкодоступная еще вчера технология, заведена в программу обязательного медицинского страхования и оплачивается по меди-

цинскому полису. Хотелось бы отметить, что в нашем крае эта технология более доступной стала раньше, чем такое решение было принято на федеральном уровне. С 2009 года, по решению Губернатора края, выделяются краевые средства для проведения вспомогательных репродуктивных технологий 300 парам. В 2012 году часть процедур стала оплачиваться из средств фонда ОМС, что позволило увеличить количество циклов до 500.

Решение об организации **Центра пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний ребенка** позволяет обеспечить доступность уникальных технологий международного уровня, причем выполненных с высочайшим профессионализмом, когда на этапе трех месяцев развития ребенка определяется наличие генетической или врожденной патологии. Это позволяет врачам и родителям принимать совместное решение о сохранении или прерывании беременности по медицинским показаниям.

- Какие бы вы определили проблемы в отрасли?

Части проблем мы уже коснулись: от диспропорции коечного фонда учреждений родовспоможения до полового воспитания. Но **главная проблема** для нас, да и здравоохранения в стране в целом, - **это кадровая**. Возрастная структура сегодня явно свидетельствует о том, что в акушерстве работают в основном специалисты старшего и даже пенсионного возраста. Молодежь либо сразу не идет в профессию, либо, попав в невероятно тяжелые условия, уходит. Кадровое обеспечение - катастрофично. Министерством здравоохранения РФ регламентирован новый порядок работы службы, который предусматривает другие штатные нормативы: **к работающим в крае 626 акушерам-гинекологам требуется дополнительно еще 900 специалистов, чтобы соответствовать этим нормативам. И это только врачей, без учета акушерок, которых на сегодня работает около 1500 человек**. Страдают основные звенья: в ЦРБ, если имеет родительный дом (всего их 32), круглосуточно должен работать акушер-гинеколог, а он - один на весь район. Особенно серьезное положение в наших малых городах. Это самая огромная проблема, это проблема всего нашего общества.

- Ирина Владимировна, труд специалистов, работающих в системе родовспоможения, безусловно, непростой. И более 30 тысяч новых жителей края ежегодно - это и есть результат работы службы. Тем не менее, специалисты отмечают поток жалоб в свой адрес, негативных публикаций в СМИ...

Чаще причиной жалоб, обращений пациентов становятся не проблемы оказания медицинской помощи недолжным образом, а проблемы этики, деонтологии. Неприветливо ответили или даже нагрубили! Давайте посмотрим на специалистов службы со стороны. **Нас изначально в вузе не научили разговаривать с людьми, нас заставили дежурить круглосуточно...** Как «белку в колесо» загнали в такие рамки, что нет времени остановиться и подумать: поэтому мы «либо рычим, либо молчим» - все зависит от человека. Безусловно, это не извиняет специалистов, мы работаем и над этой немаловажной стороной нашей работы, но...

Мне бы хотелось отдельно коснуться темы взаимодействия со СМИ. Не вникая в суть нашей работы, в ее реальные результаты, не замечая сотни спасенных жизней, общество зачастую получает негативные, тенденциозные публикации в печатных СМИ, телерепортажах. С одной стороны, это тоже проблема выстраивания коммуникаций. Насколько мы, специалисты, доступны, активны в попытках донести наши проблемы? А описывая конкретную конфликтную ситуацию, но выслушивая только одну сторону (и, надо признать, бывают отчасти правы), журналисты невольно порождают обиду у специалистов. Когда касается нас лично, мы обижаемся: «обидели, не так написали...». Да, правильно написали, коллеги. **Идите на диалог! Не замыкайтесь. Будьте публичными!**

Думаю, мы не должны жаловаться, что нас обижают журналисты, мы должны стать трибуной, которая бы объяснила и журналистам, а через них - и жителям края, суть проблемы, наши возможности и сложности. Мы можем предложить пути решения наших общих проблем. Но сначала эту суть мы должны понимать сами. ☺



«Светя другим, сгораю сам»

Борьба за бережное отношение врачей к себе и привлечение общественности к охране его здоровья

- это не только законное проявление заботы о враче, как о любом человеке, но в конечном счете - это улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей.

**Из статьи «Когда заболевает доктор...»
И.А. ЕГОРОВОЙ, хирург, высшая категория,
Заслуженный работник РФ
(сборник «Диалог о медицине», 2009 год)**

«Вопросы репродуктивного здоровья: семья, общество, государство. Реализация приоритетного направления здравоохранения по охране материнства и детства» - так определили основные направления дискуссии участники круглого стола. Он прошел 31 октября 2013г. по инициативе комиссии по вопросам охраны здоровья и экологии Общественной палаты Алтайского края в партнерстве с Общественным советом при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и краевым медико-социальным журналом «Здоровье алтайской семьи».

Эксперты - участники круглого стола - единодушно отметили, что состояние репродуктивного здоровья, вопросы демографии, семейной политики уже неоднократно были предметом рассмотрения с широким привлечением общественности, а обсуждаемые проблемы проводимых ранее круглых столов освещались отдельными СМИ. Многие их рекомендации принимались во внимание при разработке и реализации региональной Программы демографического развития, иных ведомственных и межведомственных документов, направленных на улучшение демографической ситуации в крае.

По мнению собравшихся, **одну из определяющих ролей в решении обсуждаемых проблем играет состояние акушерско-гинекологической службы региона**, которая модернизирована с учетом сложившейся ситуации в состоянии общего и репро-



дуктивного здоровья жителей края (*подробнее - в интервью с главным акушером-гинекологом края И.В. Молчановой - см. стр. 6*).

Специалисты единодушно отмечали, что **принимаемые меры по улучшению демографической ситуации**, в частности - улучшение качества оказания помощи беременным женщинам и новорожденным, в условиях, когда число женщин детородного возраста за последние пять лет уменьшилось на 116,5 тысячи человек, а уровень общей заболеваемости жителей региона в 1,6 раза выше, чем по РФ, при этом заболеваемость подростков в 1,3 раза выше общероссийской, и, как следствие, заболеваемость и риски осложнений у беременных женщин возрастают, **еще пока позволяют обеспечивать высокий уровень рождаемости, невысокие уровни младенческой и материнской смертности** (основных демографических индикаторов).

Но обстановка неудовлетворенности ситуацией в сфере охраны материнства и детства нарастает и в обществе, и в профессиональной среде. **Особое беспокойство вызывает ситуация, складывающаяся с кадрами врачей - акушеров-гинекологов и акушеров. Уже сегодня отмечается их острейший дефицит.** Средний возраст работающих в отрасли растет. Молодежь уходит из профессии, порой только получив образование, либо выбирает специальности с менее интенсивной нагрузкой. Этот кадровый голод усугубляет уже вступивший в силу приказ Министерства здравоохранения РФ, который предусматривает новый порядок работы медицинских служб и другие штатные нормативы. Так, **к 626 работающим в крае акушерам-гинекологам требуется добавить еще 900 специалистов!** (И это только врачей, не считая акушеров, которых на текущий момент работает 1500 человек). Но при этом, по мнению экспертов, **в обществе культивируется неуважение, даже агрессивность по отношению к медикам, престиж медицинской профессии стремительно падает.** ►



Гражданское общество

◀ А такое отношение плюс тяжелейшие условия труда только обостряют острую кадровую проблему (причем, это проблема не только края, но и отрасли здравоохранения в целом по России).

По мнению участников круглого стола, **немалую роль в такой ситуации, формировании негативного имиджа медицинских работников играют необъективные публикации в СМИ.** Публикации часто предвзятые, о заведомой вине врачей-акушеров, бездоказательные, основанные только на эмоциях людей (эмоциях понятных), а не на квалифицированных выводах экспертиз.

Население недостаточно информировано о необходимости особой подготовки к беременности и родам, к которым в обществе сложилось устойчивое отношение только как к естественному физиологическому акту, который непременно должен завершиться рождением, причем рождением только здорового ребенка, а не как к мощнейшему фактору естественного отбора, без учета реального состояния здоровья будущих родителей. Как следствие этого общественно-го заблуждения: несмотря на усилия специалистов, пренебрежение обязательными рекомендациями специалистов молодыми парами во время подготовки к беременности, ее течения, по систематическому наблюдению, исключению вредных факторов (курение, употребление алкоголя и других), игнорирование назначений врачей при наличии хронических заболеваний, - беременность иногда завершается трагедией.

Причиной безответственного отношения населения к своему здоровью, в том числе и репродуктивному, которое вызывает тревогу у медицинского сообщества, является и **разрушение института семьи, неготовность современной молодежи быть родителями.** ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определяет ответственность пациентов за свое здоровье, ответственность родителей, родственников и опекунов за здоровье детей. **Нужно ориентировать население на ответственность за свое здоровье, подключать к этому весь образовательный комплекс, формируя такую ответственность с малых лет.**

Также были названы и другие проблемы, которые, по мнению участников круглого стола, требуют решения. Это: **неумение, невладение навыками выстраивать профессиональные партнерские отноше-**



ния врачами, средним медицинским персоналом с пациентами; чрезмерная нагрузка на медперсонал, ведущая к формированию «синдрома эмоционального выгорания», конфликтам с пациентами, их родственниками.

Отсутствие эффективной последовательной системы полового, семейного воспитания приводит к легкомысленному отношению к институту брака, беременности, абортam, к неготовности к ответственному родителству.

Особо участниками круглого стола акцентировалось внимание на **отсутствии адекватной системы правовой защищенности медицинских работников; нерешении социальных условий для специалистов-медиков,** особенно в сельской местности; **на недостатках в существующей системе целевой подготовки кадров для здравоохранения и их закреплении,** а также указывалось на **неадекватность существующей системы подготовки медицинских специалистов и повышения их квалификации реальным их практической работы,** в том числе по вопросам психологии, коммуникации с пациентами, обучения технологиям мотивации к здоровью.

Было обращено внимание и на такую проблему, как **отсутствие реальных механизмов мотивирования населения на здоровый образ жизни,** в том числе и через систему медицинского страхования, на недостаточную работу специалистов-медиков по взаимодействию со СМИ. Снижает результативность назначенного квалифицированного адекватного лечения отсутствие такого необходимого условия, как приверженность пациента назначениям.

Даже позитивные моменты в развитии отрасли (появление новых диагностических и лечебных возможностей, внедрение высоких технологий), с одной стороны, адекватно вызывает повышение требовательности к качеству и доступности медицинских услуг, с другой - при их относительной доступности для немалой части населения - дополнительно порождает конфликты.

Специалистами обращалось внимание на влияние и других немедицинских факторов на результаты их деятельности. Например, на отсутствие коммуникаций между поселениями, асоциальный статус беременных, низкий уровень заработной платы медиков и другие.

Продолжение - на стр.39



Лабораторная диагностика сахарного диабета



Илья Анатольевич КАРБИШЕВ,
заведующий отделом лабораторной диагностики, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

По сообщениям ВОЗ, в настоящий момент в мире 6% населения больны сахарным диабетом (СД), это примерно 284,7млн. человек. Неутешительны и прогнозы на будущее: к 2030 году таких больных станет уже 438,4 миллиона.

СД прочно занимает свое место в «тройке лидеров» болезней, которые чаще являются причиной смерти человека. По данным Госрегистра сахарного диабета в Алтайском крае, **на конец декабря 2012г. насчитывалось 83,1 тысячи пациентов с СД** (при заболеваемости 389,0 на 100 тысяч населения) - это второй по величине показатель в Сибирском регионе. Учитывая столь высокую долю патологии в популяции, **в современной практике особая роль отводится раннему выявлению и адекватной коррекции метаболических нарушений.** При этом основной объем диагностической информации обеспечивает клиническая лабораторная диагностика.

Сахарный диабет - это заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена, которое сопровождается повышением уровня глюкозы в крови вследствие недостатка или нарушения функции инсулина (гормона поджелудочной железы), **осуществляющего транспорт глюкозы в органы и ткани организма.** Высокий уровень глюкозы в крови приводит к развитию целого ряда осложнений, затрагивающих сосудистую систему с последующим поражением почек, глаз, нижних конечностей и других жизненно важных органов.

Сегодня лабораторная служба располагает целым арсеналом диагностических методов, которые позволяют лечащему врачу быстро и точно установить диагноз и принять верное клиническое решение.

Наиболее простым и доступным диагностическим методом является **определение глюкозы крови натощак.** Измерение глюкозы крови (с учетом клинических симптомов) - это основной лабораторный тест в диагностике и контроле течения патологического процесса. **Диагноз СД устанавливается на основании подтверждающегося повышения уровня глюкозы крови, взятой натощак, выше диагностического порога (7ммоль/л).**

При этом необходимо помнить, что у ряда пациентов гипергликемия носит скрытый, эпизодический характер. В этом случае проводится **проба с сахарной нагрузкой**, так называемый глюкозотолерантный тест. В основе метода лежит двукратное определение глюкозы крови: натощак и через 2 часа после сахарной нагрузки (75г глюкозы растворяют в 300мл воды). В ответ на стимул происходит секреция инсулина, который депонирует глюкозу в ткани, возвращая концентрацию сахара крови практически к исходному уровню. В случае наличия СД через два часа после сахарной нагрузки снижения глюкозы крови не происходит, наоборот, ее количество значительно превышает «тощачовый» уровень. **Промежуточные значения концентрации глюкозы (8-11ммоль/л) свидетельствуют о наличии преддиабетического состояния** («нарушения толерантности к глюкозе»). Оно характеризуется снижением восприимчивости тканей к доставляемой глюкозе и «относительным» дефицитом инсулина вследствие функционального истощения гормон-продуцирующих клеток поджелудочной железы.

Относительный и абсолютный дефицит гормона инсулина возможно дифференцировать с помощью количественного определения его уровня. Обычно снижение выработки инсулина связано с разрушением бета-клеток поджелудочной железы в результате аутоиммунного или воспалительного процесса. У таких пациентов устанавливается диагноз «сахарный диабет первого типа», или инсулин-зависимый СД. При инсулин-независимом типе СД второго типа уровень гормона обычно повышен в ответ на высокое содержание глюкозы крови.

При лабораторном определении концентрации гормона у лиц, имеющих антитела к инсулину, а также пациентов, получающих инсулинотерапию, **возможна перекрестная реакция «контринсулярных» антител**, что приведет к неадекватным результатам им-

14 ноября - Всемирный день борьбы с диабетом

мунологического исследования. Необходимо провести параллельное исследование концентрации С-пептида - фрагмента предшественника активной формы гормона, образующегося в процессе превращения проинсулина в инсулин. Количество С-пептида эквивалентно количеству образуемого инсулина. **Определение инсулина и С-пептида также применяется для диагностики инсулиномы** - гормонпродуцирующей опухоли, синтезирующей инсулин в огромных количествах. Это приводит к наличию стойкой гипогликемии и развитию тяжелых осложнений.

Согласно требованиям ВОЗ и консенсуса совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов, **каждому пациенту с СД необходим индивидуальный подход при мониторинге течения процесса и выбора стратегии сахароснижающего лечения** в зависимости от персональных особенностей пациентов и уровня важнейшего лабораторного показателя - гликированного гемоглобина.

Что такое гликированный гемоглобин, и для чего он нужен?

Гликированный гемоглобин (HbA1c) - это биохимический показатель, отражающий, в отличие от однократного определения глюкозы, **среднее содержание сахара крови за длительный период (60-120 дней)**. Именно столько живут красные кровяные клетки человека (эритроциты), в которых непрерывно происходит реакция связывания гемоглобина и молекул глюкозы. Таким образом, чем чаще и длительнее повышался уровень сахара в течение последних трех месяцев, тем больше значение показателя HbA1c. **Исследование гликированного гемоглобина используется для подбора и мониторинга терапии СД, уровня компенсации патологического процесса, а также оценки риска развития осложнений**. Пациентам, страдающим СД, уровень HbA1c необходимо определять **один раз в 3-4 месяца** и поддерживать уровень гликированного гемоглобина не выше 7 процентов.

В лабораторной практике существует несколько способов определения HbA1c, наиболее опти-

"Маршрутная карта" исследования гликированного гемоглобина (HbA1c)

Исследование HbA1c - золотой стандарт диагностики для пациентов с сахарным диабетом



ВНИМАНИЕ: исследование HbA1c проводится с периодичностью 1 раз в 3-4 месяца (см. стр. 75-76)

Реализуйте свое право на полное, бесплатное и своевременное обследование!

мальным из которых является **жидкостная ионообменная хроматография высокого давления**. Высокая точность и воспроизводимость данного метода является определяющим требованием, так как сдвиг показателя уже на 0,5% нередко требует пересмотра индивидуальной схемы лечения. В соответствии с современными международными и российскими рекомендациями именно этот метод должен применяться для диагностики гестационного СД.

Основную опасность для здоровья пациентов с СД представляют сосудистые осложнения: микро- и макроангиопатии (ретинопатия, нефропатия, нейропатия, инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей). Для профилактики развития осложнений и снижения качества жизни также **необходимо регулярно проводить биохимический анализ крови с оценкой показателей липидного и белкового спектра:** общего белка, альбумина, креатинина, холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности, а также общий и биохимический анализ мочи (белок,

глюкоза, кетоновые тела). Повышение концентрации низкомолекулярного белка в суточной моче - микроальбумина, свидетельствует о поражении гломерулярной мембраны почек и скором развитии диабетической нефропатии, следствием чего является хроническая почечная недостаточность.

Все эти и многие другие лабораторные анализы, необходимые для всесторонней и своевременной диагностики различной патологии, выполняются в Диагностическом центре Алтайского края. Лаборатория Центра оснащена высокопроизводительным автоматическим лабораторным оборудованием ведущих мировых производителей, объединенным в единый программно-аппаратный комплекс.

Начиная с 2009 года, при поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и Территориального фонда обязательного медицинского страхования, **лаборатория Диагностического центра обеспечивает более 30 лечебно-профилактических учреждений г. Барнаула бесплатными исследованиями уровня гликированного гемоглобина**. Анализы проводятся всем пациентам с сахарным диабетом, имеющим медицинские показания и полис обязательного медицинского страхования. Кровь для исследований централизованно доставляется из ЛПУ с последующей обратной отправкой результатов.

Существующий потенциал современных лабораторных методов способствует эффективно выявлению минимальных изменений углеводного обмена и позволяет оперативно определить индивидуальный лечебно-профилактический подход для каждого пациента. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

(3852) 24-32-90 - регистратура.

Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а

На правах рекламы





Алиса Борисовна ЧЕРНЮК,
врач акушер-гинеколог,
клинический ординатор;



Ольга Викторовна КОЛЯДО,
врач акушер-гинеколог,
клинический ординатор;



Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,
врач акушер-гинеколог,
высшая квалификационная
категория, кандидат
медицинских наук,
ассистент

- кафедра акушерства и
гинекологии №1,
Алтайский
государственный
медицинский университет

Курили до и во время беременности, после родов. Какие шансы для здоровья ребенка?

Создание крепкой семьи - это одна из главных целей каждого человека, но особую радость приносит рождение в семье ребенка - здорового, желанного, любимого.

Будущие родители должны понимать, что возможность иметь ребенка и его здоровье зависят непосредственно от них, от их изначального уровня здоровья, то есть от их наследственности и от внешних факторов. Среди этих факторов особое место занимает курение, влияние которого на потомство внешне незаметно, но по значимости занимает одно из центральных мест.

Планируем иметь ребенка

Доказано, что **шансы на зачатие у курящего потенциального отца ниже, чем у некурящего, как минимум, по двум причинам.** Первая из них заключается *в воздействии токсинов табачного дыма на сперматозоиды:* снижается их концентрация, нарушается их нормальное строение, а значит, снижаются шансы на то, что хотя бы один из них достигнет яйцеклетки и оплодотворит ее. Вторая причина - *снижение сексуального влечения и способности к эрекции за счет воздействия никотина на сосуды,* в том числе питающие половые органы, то есть мужчина становится не способным ни к семяизвержению, ни к половому акту в принципе. Это не только сказывается на отсутствии детей в семье, но ставит под вопрос само существование ячейки общества. Есть над чем задуматься.

Также **снижаются шансы на зачатие и у курящих потенциальных мам,** ведь вдыхание табачного дыма снижает уровень половых гормонов женщин, так необходимых для созревания яйцеклетки и нормального развития беременности. Курящие женщины страдают бесплодием в 8 раз

чаще некурящих (по подсчетам ученых, **шанс зачатия курящей женщины равен таковому у некурящей женщины с одним удаленным яичником**), и именно у них же чаще всего возникают внематочные беременности, что еще больше усугубляет ситуацию. В вопросе зачатия детей существуют два важных показателя - фертильность и плодовитость. Фертильность определяет возможность зачатия. Плодовитость определяется периодом между прекращением использования контрацепции и возникновением беременности. У курящих женщин страдают оба показателя.

Помните, что всего 20% вредных веществ, находящихся в сигаретах, попадают в легкие курильщика. Остальные он выпускает в воздух, отравляя тем самым окружающих. То есть пассивное курение не менее вредно!

Если беременность наступила. Отдаленные последствия

Многие женщины уверены, что если курение при беременности сразу не оставило видимых негативных последствий, то все как бы обошлось. Это не так. **Беременная женщина вредит своему еще не родившемуся ребенку, которому даже не приходится выбирать - фактически он «курит» вместе со своей мамой.** Большинство из 4800 компонентов табачного дыма сразу напрямую попадает в развивающийся внутри женщины новый человеческий организм. Даже плацента не задерживает никотин, радиоактивные элементы или угарный газ.



Брось сигарету! Начни с себя!

От курения страдает напрямую плацента, что приводит к выкидышу или внутриутробной смерти плода. И это даже не зависит от количества выкуриваемых сигарет, проблемы обязательно будут, просто разного масштаба. Так, риск отслойки плаценты у умеренно курящих (до половины пачки в день) примерно на 25% выше, чем у некурящих. Для заядлых курильщиц эта цифра будет уже 65 процентов. Очень часто у курящих женщин плацента прикрепляется не там, где ей положено: не на одной из боковых стенок матки, а над шейкой. Такое состояние называется предлежанием плаценты и считается очень серьезным осложнением беременности, роды в таком случае бывают преждевременными, сопровождаются массивной кровопотерей. Спасти мать возможно только при проведении экстренного оперативного вмешательства, судьба малыша еще более не предсказуема. **У женщин, выкуривающих в день пачку сигарет и больше, риск возникновения предлежания плаценты почти на 90% выше, чем у некурящих.** В целом, у курильщиц выкидыши по той или иной причине и на разных сроках беременности случаются в среднем в два раза чаще.

Дети курящих матерей в два раза больше рискуют стать жертвами синдрома внезапной младенческой смерти, чем дети некурящих. До сих пор достоверно не известны причины развития этого синдрома. Но определено, что в первые несколько месяцев жизни в большинстве случаев умирают дети курящих матерей. При этом не так важно - активными или пассивными курильщицами они были.

Курящие матери чаще рожают недоношенных детей, а у тех, кто родился вовремя, зачастую оказывается ощутимо снижен вес (гипотрофия). У курящих женщин плацента имеет на 20% меньше кровеносных сосудов, да и сама имеет меньший размер, чем у некурящих. В результате такой ребенок недополучает питательные вещества и кислород: он страдает от гипоксии, рождается с низкой массой тела. И если в среднем дети рождаются с массой тела около 3кг и длиной тела около 50см, для детей курильщиц эти цифры окажутся на 20-30% ниже. Установлено, что выкури-



вание всего пары сигарет в сутки во время последних 10 недель беременности уменьшает частоту дыхания плода на 30 процентов. Иными словами - ваш ребенок голодает и задыхается, пока вы удовлетворяете свои потребности в никотине. Низкая масса плода при рождении - предиктор более короткого периода жизни.

Дети матерей, которые курили во время беременности, часто рождаются с различной патологией и дефектами развития. В 2003 году стало известно о наличии связи между курением на ранних сроках беременности и риском рождения ребенка с дефектами лица. При благоприятном стечении обстоятельств ребенок родится только с заячьей губой (несросшейся до конца лицевой частью верхней челюсти). При неблагоприятном - не срастутся две половинки нёба, в результате чего появится волчья пасть. Паховая грыжа, косоглазие, недоразвитие печени или суставов и даже синдром Дауна - всему этому также может способствовать курение при беременности на ранних сроках.

«Слабым» местом малышей курящих родителей являются дыхательная и иммунная системы, что способствует развитию пневмонии, бронхита, астмы, пищевой аллергии в первые месяцы и даже недели жизни. Отметим, что день болезни в младенчестве - задержка в развитии на неделю. Наверное, нетрудно подсчитать, что мо-

Я родила и курю

У курящих женщин возникают проблемы с грудным вскармливанием. Если даже после родов женщина не бросила пагубную привычку и решила кормить ребенка грудью, то затея может не увенчаться успехом - молока вырабатывается недостаточно, и оно может приобрести неприятный горький привкус, из-за которого большинство детей отказываются от груди и становятся искусственниками.



Школа ответственного родительства

◀ жет означать банальная простуда для грудничка!

Возникают трудности с рождением мальчика. Давно известно, что Y-хромосома, наличие которой и определяет мужской пол будущего ребенка, гораздо более чувствительна ко всякого рода негативным воздействиям, да и сами эмбрионы мужского пола более требовательны к условиям выживания. У курящих родителей мальчики рождаются почти в два раза реже, чем девочки. Причем основной механизм такого перекоса - внутриутробная гибель плода с Y-хромосомой. При этом не обязательно, чтобы курила сама будущая мать. Даже если она регулярно вдыхает дым от курящего супруга, вероятность рождения сына снижается на треть. Иными словами, вероятность гибели уже зачатого мальчика вырастает на эту же цифру.

Ребенок, родившийся у курящих родителей, уже заранее обречен на самые разнообразные проблемы в репродуктивной системе. По сути, при курении происходит кислородное «обкрадывание» органов и систем будущего ребенка. Одна из самых чувствительных к гипоксии - это как раз половая система. Больше всего страдают опять мальчики. У них недостаточно развиваются яички, размер которых в среднем меньше, чем у сыновей некурявших матерей. Кроме того, у таких детей чаще встречаются крипторхизм (когда яичко не опускается из брюшной полости в мошонку) и гипоспадия (атипичное расположение отверстия мочеиспускательного канала). И количество сперматозоидов у таких мальчиков на 20% меньше, чем у их сверстников.

У курившей во время беременности женщины ребенок рождается уже никотинзависимым, с поведенческими отклонениями. Риск стать наркоманом для девушки-подростка в 5 раз больше, если ее мать курила больше 10 сигарет в день в течение беременности. Среди юношей, матери которых курили во время беременности, приступы неадекватного поведения в 4 раза выше, чем у юношей, чьи матери не курили.

Умственное развитие также может отставать, хотя и не так значительно. Дети курящих матерей обычно по-



здно начинают читать, считать, у них хуже развито логическое мышление. Различные интеллектуальные тесты показывают не слишком высокие результаты. Однако бывают и исключения. Но стоит ли на это надеяться?

Что делать?

Для увеличения шансов зачатия, благополучного вынашивания беременности и физиологичных родов *необходимо отказаться от курения за 1 год до планируемой беременности.*

Не паникуйте, а просто *постарайтесь как можно быстрее перестать курить.* Помните, что нет крайнего срока для отказа от курения для беременных - табачный дым опасен для малыша в любой период внутриутробного развития.

Не пользуйтесь никотиновыми пластырями, жвачками и электронными сигаретами с никотиновыми картриджами. Во всех этих заменителях содержится количество никотина, достаточное для негативного влияния на плод.

Сообщите врачу, ведущему беременность, что вы только бросили курить. Он выпишет витаминный комплекс и порекомендует диету, которая позволит восполнить дефицит витаминов (в основном группы В, С) в организме.

Больше гуляйте. Если гулять не менее 3-4 часов в сутки, ваш организм получит достаточно кислорода для малыша, даже если вы бросили курить совсем недавно и ваши органы дыхания и сердечно-сосудистая система еще не восстановились. Кроме того, движение улучшает кровоснабжение, в том числе и в плаценте.

Дайте вашему ребенку шанс родиться и вырасти здоровым и иметь в последующем здоровых детей! ☺

В вопросе зачатия детей существуют два важных показателя - фертильность и плодовитость. Фертильность определяет возможность зачатия. Плодовитость определяется периодом между прекращением использования контрацепции и возникновением беременности.
У курящих женщин страдают оба показателя.

От курения страдает напрямую плацента, что приводит к выкидышу или внутриутробной смерти плода. И это даже не зависит от количества выкуриваемых сигарет, проблемы обязательно будут, просто разного масштаба.



Диабетическая ретинопатия

Проблема сахарного диабета становится все более актуальной во всем мире, и Алтайский край здесь не является исключением: около 82 тысяч жителей на сегодняшний день страдают этим недугом, и каждые 15 лет количество таких пациентов удваивается.

К сожалению, риск ослепнуть у диабетиков в 25 раз выше, чем у любого другого человека. Одним из самых серьезных осложнений сахарного диабета является **диабетическая ретинопатия**.

Ведущей причиной диабетической ретинопатии являются **поражения мелких кровеносных сосудов, обусловленные избытком глюкозы в крови**. Первоначально у пациентов с сахарным диабетом повышается проницаемость сосудов, происходит выход элементов крови за пределы сосуда, формируются мельчайшие тромбы, появляются небольшие кровоизлияния, отеки. В последующем начинают расти новые сосуды, но они неполноценные. Они ломкие, способны к самопроизвольному разрыву, кровоизлиянию, причем очень значительному, развивается рубцовая ткань, которая вызывает отслойку сетчатки и полную потерю зрения.

Основная задача в лечении пациентов с диабетической ретинопатией - сохранить имеющееся зрение. Эта задача на сегодняшний день решаема, для достижения чего **необходима совместная работа офтальмолога, эндокринолога,**

Диабетическая ретинопатия



терапевта и, безусловно, самого пациента.

Наиболее распространенной формой заболевания в настоящее время является диабет второго типа, который обычно появляется с возрастом и протекает длительное время незаметно. Но на одного пациента с выявленным диабетом приходится 2-3 человека с невыявленным заболеванием.

Диабетическая ретинопатия является одной из основных причин слепоты среди населения развитых стран мира. Инвалидность по зрению отмечается более чем у 15% больных сахарным диабетом.

Диабетическая ретинопатия развивается постепенно, соответственно длительности заболевания диабетом. Поскольку сахарный диабет второго типа может долго протекать без явных симптомов, то у **25-30% больных с впервые выявленным диабетом второго типа определяется начальная (непролиферативная) стадия ретинопатии.** У большей части больных сахарным диабетом первого типа с 20-летним стажем заболевания имеется ретинопатия.

Определенный вклад в развитие ретинопатии вносят сопутствующие сахарному диабету артериальная гипертензия, нарушения липидного обмена, а также диабетическая нефропатия.

Прежде всего, **необходимо добиться компенсации сахарного диабета.** При высоком уровне сахара снижать его нужно постепенно, регулярно измерять сахар крови, вносить данные в дневник пациента и совместно с эндокринологом корректировать лечение. Некомпенсированный сахар крови повышает риск прогрессирования ретинопатии и потери зрения примерно в два раза.



Владимир Александрович ТКАЧЕВ,
заместитель главного
врача по экспертизе
качества лечения,
КГБУЗ «Алтайская краевая
офтальмологическая
больница»

Основная задача в лечении пациентов с диабетической ретинопатией - сохранить имеющееся зрение.



Школы здоровья - школы профилактики

Не менее **важно постоянно контролировать артериальное давление и совместно с врачом-терапевтом добиваться его стойкой нормализации**. У пациентов существует ошибочная точка зрения, что есть так называемое «рабочее давление». При высоком артериальном давлении, даже несмотря на хорошее самочувствие, происходит поражение микрососудов на всех уровнях, в том числе микрососудов сетчатки. А у пациентов с сахарным диабетом декомпенсированное артериальное давление повышает риск развития ретинопатии в два раза.

Избыточная масса тела также повышает (примерно в 1,5 раза) **скорость прогрессирования диабетической ретинопатии**.

Если все три фактора - избыточная масса тела, высокое артериальное давление и высокий уровень сахара - присутствуют вместе, риск ослепнуть от диабетической ретинопатии возрастает многократно и специализированное офтальмологическое лечение становится менее эффективным.

Важнейшим направлением профилактики диабетической ретинопатии, особенно ее тяжелой формы - пролиферативной, является **регулярное обследование больного сахарным диабетом у врача-офтальмолога**. Следует помнить, что диабетическое поражение органа зрения начинается бессимптомно, и даже при выраженных изменениях со стороны глазного дна острота зрения остается хорошей. Больной не подозревает о поражении сосудов сетчатки, и если он не обследуется регулярно у офтальмолога, он рискует внезапно потерять зрение.

Сегодня, опираясь на мировой опыт, **мы можем прогнозировать вероятность снижения зрения у каждого пациента**. Нам очень важно выявить заболевание на той стадии, когда у пациента еще высокое зрение, но наличие специфических офтальмологических признаков говорит нам о том, что наш пациент может потерять это зрение уже в ближайшие два года. И мы должны начать соответствующее лечение.



Наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии считается **лазерная фотокоагуляция - прижигание лазерным лучом измененных участков глазного дна**. Лазерная фотокоагуляция направлена на прекращение функционирования новообразованных сосудов, представляющих основную угрозу разбития инвалидизирующих изменений в органе зрения - гемофтальма, отслойки сетчатки, вторичной глаукомы. Этот метод лечения не способен восстановить уже утраченное зрение, но он позволяет предотвратить дальнейшее ухудшение. Поэтому важно своевременно начать проведение лазеркоагуляции сетчатки уже при высоком зрении.

Основным методом лечения диабетической ретинопатии является **панретинальная лазерная фотокоагуляция**. Обычно она проводится в 3-5 этапов на каждом глазу с интервалом между этапами 2-4 недели. В результате всего объема лечения пациенту наносится 3-6 тысяч лазерных воздействий.

Своевременно и квалифицированно выполненная лазерная фотокоагуляция позволяет сохранить зрение у 60-70% больных в течение 10-12 лет. Этот показатель может быть выше, если лечение начать на более ранних стадиях. ☺

Полностью выполненная панретинальная лазеркоагуляция на оба глаза снижает вероятность стать инвалидом по зрению в тридцать (!) раз.



Трудно ли быть милосердным?

Недавно разразился очередной скандал в детской больнице, на этот раз в Самаре. В городскую детскую больницу №2, как сообщали СМИ, приезжали представители детского омбудсмена, а потом и лично сам Павел Астахов.

Мама маленького пациента обнародовала неприглядную правду - как плохо в больнице обращались с двумя сиротами, поступившими на лечение из детского дома. Как сообщил Астахов, факты оставления малолетних детей без присмотра в закрытых помещениях, запираания двухлетнего малыша в палате и другие подобные действия медицинского персонала в основном подтвердились. Главный врач был отстранен от должности, в отношении подозреваемых в насильственных действиях (каких именно - смотрите выше) ведется следствие.

Общественность всегда реагирует на подобные события резко. И это понятно. Что тут комментировать - больные дети-сироты и жестокосердные медики, которым по самой сути профессии положено быть гуманными и милосердными.

Но истина, как всегда, посередине. **В условиях кадрового дефицита медицинского персонала, особенно сестринского, простое исполнение профессионального долга часто становится подвигом, или, если хотите, подвижничеством.** А кадровый дефицит в государственном здравоохранении, как гово-

рит статистика, постоянно растет. И само качество персонала не становится лучше, хотя немало сил прилагается для постоянного совершенствования его подготовки.

Однако острой проблемой остается низкая оплата труда медицинских работников в государственных лечебных организациях, что и служит главной причиной оттока кадров.

Квалифицированным кадрам есть куда уйти - число коммерческих клиник постоянно увеличивается, ведь здоровье, если исключить социальную составляющую здравоохранения, является неиссякаемым источником прибыли. Как считают многие эксперты, страховая медицина, которая направлена прежде всего на получение прибыли, не обеспечивает настоящей охраны здоровья населения. В здравоохранении не работают такие рыночные механизмы, как, скажем, законы равновесной цены, конкуренции и отложенного спроса.

Гуманизм является главной составляющей медицинской профессии, недаром первым названием сестринской специальности было «сестра милосердия». **Однако и общество должно соответственно оценивать этот поистине самоотверженный труд.** Обязанностью государства является забота о том, чтобы медицинские работники получали достойную оплату и имели нормальные условия труда. В таком случае, несомненно, истории, подобные скандалу в самарской больнице, из разряда обычных перейдут в разряд чрезвычайно редких. ☹

Журнал «Сестринское дело» №7/2013г.



Поздравляем отделение рентгеноперационных методов диагностики и лечения мочекаменной болезни №1 (ОРОМДЛ №1) КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с 20-летним юбилеем!

В отделении оказывается плановое специализированное лечение при мочекаменной болезни (дистанционная ударно-волновая литотрипсия). ОРОМДЛ №1 возглавляет категории **Игорь Вячеславович КАЗАКОВ**. В отделении работают старшая медицинская сестра **Татьяна Владимировна АНУФРИЕВА**, медицинская сестра **Татьяна Ивановна ПАВЛЕНКО**, сестра-хозяйка **Инна Владимировна ИСАЕВА** и инженер **Владимир Федорович БУГЕРА**.

Как достичь компромисса между врачом и пациентом?

Галина Михайловна НАЗИМКО,

главная акушерка,
КГБУЗ «Перинатальный
центр клинический
Алтайского края»

Как делегат от АРОО «ПАСМР» я участвовала в работе круглого стола «Вопросы репродуктивного здоровья: семья, общество, государство. Реализация приоритетного направления здравоохранения по охране материнства и детства», который прошел 31 октября.

В выступлениях участников мероприятия присутствовали **тревога и озабоченность состоянием кадрового обеспечения не только врачебного, но и сестринского персонала в учреждениях здравоохранения Алтайского края.** Неоднократно подчеркивалось, что кадровый кризис катастрофически нарастает, квалифицированные специалисты сестринского дела уходят из профессии, уходят в частные структуры, так как заработная плата на сегодня остается решающим фактором при выборе места работы. Ведь медицинские работники такие же люди, которым нужно содержать семью, растить детей сегодня, а не с 2016г., когда обещают увеличение заработной платы.

Безусловно, многое сделано в крае по программе «Модернизация здравоохранения»: стационары, поликлиники, амбулатории, ФАПы, где проведены капитальные ремонты помещений, закуплено много дорогостоящей аппаратуры, оборудования, а в результате - работать на них просто некому!

Обсуждались также вопросы безответственного отношения пациентов, в том числе беременных женщин, к своему здоровью и здо-

ровью будущего ребенка. Они не бросают свои пагубные привычки (курение, употребление алкоголя и т.д.), а в случае неблагоприятного исхода беременности обвиняют только медицинских работников.

Серьезное обсуждение состоялось по поводу позиции СМИ, когда в погоне за «жареным» на первых полосах изданий публикуется материал с непроверенной информацией, с поспешными выводами, особенно что касается медицинских тем. Это всегда очень обидно, больно и несправедливо, так как подрывает и без того низкий престиж профессии медицинских работников. Наверное, и поэтому **60% молодых специалистов, получив дипломы медицинского университета или медколледжа, не приходят работать в учреждения здравоохранения,** а сами медицинские работники испытывают агрессию, неуважение, недоверие со стороны пациентов.

Участники круглого стола единодушно поддержали предложенную инициативу систематизировать взаимодействие работников здравоохранения со СМИ и, как результат, чаще публиковать информацию о происходящих событиях и проблемах, буднях и достижениях, победах в борьбе за человеческую жизнь. Считаю, что это повлияет на укрепление доброжелательного и доверительного отношения к медицинскому сообществу.

Хочется надеяться, что решения круглого стола не останутся без внимания и будут иметь положительное продолжение. ☺



Г.М. Назимко



Круглый стол, 31 октября 2013г.



Профилактика синдрома эмоционального выгорания

В профессии медицинской сестры существует множество опасностей как соматического характера (возникновение аллергии, возможность облучения и т.д.), так и касающиеся психоэмоциональной сферы медицинского работника. Поговорим о последнем.

Накопление отрицательных эмоций происходит постепенно, годами. Неудовлетворенность своим трудом и хронический стресс постепенно приводят к потере человека как специалиста, так и личности, претерпевающей определенную деформацию.

Труд медицинского персонала отделений анестезиологии и реанимации - один из самых тяжелых физически и эмоционально. **В «выгорании» медсестры-анестезиста можно выделить следующие факторы.**

Во-первых, пациенты в этом отделении самые тяжелые. **Во-вторых**, медсестра «ведет» пациента либо до стабилизации его состояния, либо до смерти. Причем, высокая смертность в отделениях реанимации является дополнительным психотравмирующим фактором. Состояние подобных пациентов в течение короткого интервала времени может кардинально меняться, и к концу дежурства изматывающая нагрузка приводит к полному эмоциональному опустошению медработника. **В-третьих**, высокая интенсивность информационной нагрузки, когда выбор единственно правильного решения ограничен узким временным интервалом. **В-четвертых**, персонал отделения относится к своему эмоциональному состоянию гораздо безответственнее прочих медиков.

Очень ранимыми у медсестры-анестезиста оказываются не только психоэмоциональная сфера, но и сердечно-сосудистая система. Изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) зависят от стажа работы, ожидания аварийной ситуации в дневное или ночное время. Отмечено, что во время ночных дежурств реакция сердечно-сосудистой системы на звонок внутрибольничного телефона более выражена, чем днем.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса, ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них.

В настоящее время большинство психологов выделяют три ключевых признака СЭВ:

- предельное истощение;
- чувство личностной отстраненности от пациентов и от работы;
- ощущение неэффективности и недостаточности своих достижений.

Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности: человек полностью поглощен работой, отказывается от других потребностей, забывает о собственных нуждах. Вслед **наступает истощение** - чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна («я чувствую себя как выжатый лимон», «работа высасывает из меня все силы», «я словно стараю на работе»). После периода отдыха (выходные, отпуск) эти проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию они возобновляются. **Истощение является основным компонентом СЭВ.**

К признакам психической дисфункции, наблюдающимся при СЭВ, можно отнести следующие: потеря ясности мышления, трудности концентрации внимания (маленькие, но важные вещи постоянно забываются или теряются, ухудшение кратковременной памяти, постоянные опоздания, несмотря на огромные усилия быть вовремя, увеличение числа ошибок и оговорок, недоразумений, несчастные случаи и ситуации, близкие к ним).



Наталья Валерьевна ВЕТРОВА,

медицинская сестра-анестезист, высшая квалификационная категория, отделение анестезиологии и реанимации, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Опасность выгорания состоит в том, что это долговременный процесс «сгорания дотла».

Его развитие характерно для профессий альтруистического склада, где доминирует забота о людях.



Советы медицинской сестры

◀ **К социальным последствиям СЭВ относятся:** ухудшение качества выполнения работы, утрачивание творческого подхода к решению задач, увеличение числа конфликтов на работе и дома, частые прогулы, переход на другую работу, смена профессии, рост числа профессиональных ошибок.

Существуют пять ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

- *физические* (усталость, физическое утомление, истощение, расстройства сна и специфические соматические проблемы);

- *эмоциональные* (раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности);

- *поведенческие* (агрессивность, черствость, пессимизм, цинизм);

- *симптомы, связанные с работой* (прогулы, плохое качество работы, опоздания, злоупотребление рабочими перерывами);

- *симптомы в межличностных отношениях* (формальность отношений, отстраненность от пациентов, коллег).

К организационным факторам, способствующим СЭВ, относятся:

- высокая рабочая нагрузка, недостаток времени;

- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства;

- недостаточное вознаграждение за работу (моральное и материальное);

- невозможность контроля рабочей ситуации и влияния на принятие важных решений;

- двусмысленные, неоднозначные требования к работе;

- постоянный риск штрафных санкций;

- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;

- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным;

- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

Из-за схожести симптомов имеются трудности отграничения СЭВ от ряда соматических патологий синдрома хронической усталости (СХУ): СЭВ затрагивает сферу работы, а СХУ - все аспекты жизни. И профилактические, лечебные меры при СЭВ во многом схожи с СХУ.

В чем заключается профилактика СЭВ? В нее входят несколько мероприятий:

- улучшение навыков борьбы со стрессом после критического события (физи-



ческие упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);

- обучение техникам релаксации - прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация;

- хобби;

- попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;

- фрустрационная профилактика (уменшение ложных ожиданий) сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела. Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Необходимо создавать и поддерживать «здоровое рабочее окружение», адекватно признавать результаты работы; обучать руководителей (в предотвращении выгорания ключевая роль отводится начальству).

Эти профилактические меры будут эффективны. Несмотря на всю их значимость, **необходимо осознать проблему и принять ответственность на себя за свою работу, свой профессиональный результат.** Необходимы также переоценка целей, осознание своих возможностей и ограничений, позитивный взгляд на вещи.

К сожалению, в ряде случаев развитие СЭВ заходит очень далеко, когда наблюдается стойкое негативное отношение к работе, пациентам, коллегам. В таких ситуациях рекомендуется изменение места работы, не связанной с людьми. ☹

Итак, чтобы избежать СЭВ, человек должен изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще: живет ли он так, как ему хочется. Если реальная жизнь не удовлетворяет, следует решить, что нужно сделать для положительных изменений. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно оставаться эффективным специалистом.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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



Как помочь подвергшимся сексуальному насилию?

Проблема сексуального насилия до недавнего времени оставалась закрытой, и, тем более, было не принято обсуждать сексуальные злоупотребления, совершаемые в отношении детей. Хотя, по некоторым данным, наиболее часто жертвами сексуального насилия становятся именно малолетние и несовершеннолетние.

Дети и подростки относятся к группе повышенного риска в силу таких возрастных особенностей психики, как подчиняемость, внушаемость, слабость оценки и прогноза, незрелость, недостаточность жизненного опыта. Дети наиболее ранимы и чувствительны, поэтому пережитое ими злоупотребление приводит к серьезным последствиям, которые оказывают воздействие на психическое состояние и дальнейшее развитие ребенка.

К сожалению, не всегда родители могут заметить факт сексуального насилия: как правило, дети его стараются скрыть. В первую очередь это происходит из-за боязни осуждения взрослых и их оценки. Именно поэтому для начала хорошо бы разобраться, действительно ли случилась беда. Нередко это сложно узнать достоверно, ребенок молчит, замыкается, или не может сформулировать, или же боится...

Поэтому **существуют несколько признаков, на которые необходимо обратить внимание:**

- необычные сексуальные познания, не адекватные возрасту;
- неоднократно повторяющиеся сексуализированные игры;
- онанизм, который ребенок не в силах остановить или скрыть;



- имитация полового акта с братьями, сестрами, животными;
- хватание за грудь и гениталии взрослых, стаскивание с них одежды.

Неожиданные резкие перемены в отношении к конкретному человеку или месту («я ненавижу дядю Колю», «я не могу ездить в лифте», «я никогда больше не пойду в гости к...») свидетельствуют о том, что между ребенком и более старшим человеком имеется некая секретная связь.

Особенно тревожно, если у ребенка неожиданно, без поводов появляются подарки, деньги.

Также существуют и иные признаки, сами по себе еще не являющиеся достоверными свидетельствами произошедшего, однако подтверждающие предыдущие факторы. Это:

- рассказы в третьем лице: «я знаю одну девочку/мальчика...»;
- частая бессонница, ночные кошмары;
- саморазрушающее поведение: употребление алкоголя, наркотиков, проституция, суицидальные попытки, побег из дома, чрезмерно частая подверженность разнообразным несчастным случаям;
- общее недоверие, страх ко взрослым определенного типа (пола, возраста, внешности);
- утрата туалетных навыков (чаще всего касается малышей), у более старших - равнодушие к своей внешности, плохой уход за собой либо, напротив, навязчивое мытье (желание «отмыться»);
- возврат к детскому, инфантильному поведению либо, наоборот, у ребенка слишком «взрослое» поведение;
- хроническая депрессия, уход в себя, возникновение страхов, фобий.



Юлия Валерьевна ХАРИТОНОВА,

психолог, заместитель директора, КГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Бийска»

Дети наиболее ранимы и чувствительны, поэтому пережитое ими злоупотребление приводит к серьезным последствиям, которые оказывают воздействие на психическое состояние и дальнейшее развитие ребенка.





◀ Как можно помочь ребенку это пережить?

Уверьте ребенка в том, что вы в любом случае любите его, и что в том, что с ним случилось, его вины нет.

Скажите, что он правильно вел себя во время нападения. **Не нужно критиковать его поведение.** Возможно, в тот момент ему пришлось сделать самостоятельный выбор между жизнью и смертью, и то, что он сейчас жив и находится рядом с вами, говорит о том, что он сделал правильный выбор.

Настаивайте на прохождении медицинского осмотра как можно скорее, даже если на теле ребенка нет видимых повреждений.

Будьте внимательны к тому, что может заставить ребенка чувствовать себя некомфортно. Не подходите к нему незаметно сзади и не трогайте его неожиданно и без разрешения.

Не обижайтесь, если ребенку будет трудно открыться вам эмоционально. Уверьте его, что с вами он в безопасности, - это поможет восстановить доверие и эмоциональную близость.

Помните, что вам нужны выдержка и терпение: это не такой уж быстрый процесс!

Поощряйте пострадавшего рассказать о том, что случилось: ему необходимо выплеснуть свои эмоции. Это может быть сложно постоянно слышать в деталях, что случилось, может раздражать, а полная тишина и постоянное молчание - пугают. Помните, что для вас сейчас важнее всего то, что нужно ребенку. Объясните ему, что, рассказывая о том, что случилось, он имеет больше шансов исцелиться. Скажите, что вы в любое время готовы выслушать и поддержать малыша, но не будьте слишком настойчивы.

Обязательно обратитесь за помощью к психологу.

В таких случаях все всегда зависит от конкретной ситуации: универсальных рекомендаций тут нет. Но переключиться из психотравмирующих обстоятельств, получить возможность рассказать кому-то постороннему - это очень важно (родным сказать все и страшно, и стыдно, и больно их расстраивать - поэтому с ними открывенничать сложнее).

Любовь, поддержка и отсутствие обвинений типа «сам/сама виноват» - это главное, чем вы можете помочь. ☺

А табачок - врозь

15 ноября 2013 года вступил в силу закон, категорически запрещающий какую-либо рекламу табачных изделий и устанавливающий штрафы за курение в неположенных местах.

Нарушение	Сумма, руб.
1. Курение в неположенных местах	500-1500
2. Курение на детских площадках	2000-3000
3. Вовлечение несовершеннолетнего в процесс потребления табака	1000-2000
4. Вовлечение несовершеннолетнего в процесс потребления табака родителями	2000-3000
5. Продажа табака несовершеннолетним:	
● физическое лицо	3000-5000
● должностное лицо	30000-50000
● организация	100000-150000

Кто и как будет штрафовать нарушителей? Штрафы будут взиматься по общей системе. Так же, как и при выявлении любого другого нарушения, выписывается протокол с копией, штраф уплачивается в бюджет. А если в базе будет неуплаченный штраф, то у человека начнутся проблемы, например, с выездом в другие страны.

Следить за выполнением закона будут полиция, администрации метро и вокзалов. Контроль за работодателями возложен на Роспотребнадзор, Госпотнадзор, Ространснадзор, Росздравнадзор.

Работодатель может издать приказ о запрете курения на своей территории, затем, как это происходит и за другие нарушения, выносятся предупреждения, выговоры и так далее, вплоть до увольнения (согласно Трудовому кодексу). **Для работодателей, не обеспечивающих соблюдение антитабачного закона, предусмотрены штрафы.** Так, за неустановление знака о запрете курения индивидуальным предпринимателям и должностным лицам придется заплатить от 10 тысяч до 20 тысяч рублей, юридическим лицам - от 30 тысяч до 60 тысяч. А если проверки выявят на работе курильщиков, то штрафы вырастут соответственно до 30-40 тысяч рублей и 60-90 тысяч. **Будут наказываться работодатели и в случае установки курилок, не соответствующих требованиям, разработанным Минздравом.** Юридические лица заплатят за это от 50 тысяч до 80 тысяч рублей.

Курящие люди должны будут постепенно выпадать из поля зрения некурящих, так как теперь уже запрещено курить в закрытых помещениях, на вокзалах, в аэропортах, портах, возле входа в метро и вокзалы, на детских площадках, в учреждениях культуры, образования и спорта (в том числе на стадионах). Курилки в закрытых помещениях тоже запрещены: их можно делать только на открытом воздухе или в отдельно стоящих помещениях. С 1 июня следующего года это будет запрещено также в барах и ресторанах, поездах дальнего следования, на перронах, в общежитиях и гостиницах. Также следующим летом закончатся открытая выкладка табачной продукции в магазинах и торговля ими в киосках (которые чаще всего нарушали законодательство, продавая сигареты несовершеннолетним). Что касается рекламы, то она запрещена, в том числе и в точках продаж. Вне закона - и спонсорство табачных компаний. ☹



Развитие мелкой моторики рук у детей с ДЦП и занятия изобразительным искусством

Изобразительная деятельность способствует не только эстетическому и нравственному воспитанию ребенка, расширению его кругозора, но и умственному развитию.

Занятия рисованием и другими видами изодеятельности активизируют сенсорное развитие ребенка, пространственное восприятие, положительно воздействуют на формирование речи, способствуют совершенствованию коммуникативных навыков, а также развивают мелкую моторику рук.

Ребенок воспринятое извне должен изобразить, перенести на бумагу, глину. В одних случаях, он, создавая изображение, непосредственно воздействует руками на материал (лепка, обрывание бумаги), в других - с помощью предметов-орудий (карандаша, кисти, ножниц). Но во всех случаях ему нужно владеть минимумом технических навыков обращения с инструментом и материалом. Поэтому **формирование изобразительных движений в процессе обучения рисованию, лепке, аппликации включает обучение умениям правильно держать и пользоваться этими инструментами, умениям сознательно управлять движениями своих рук, добываясь нужного качества и характера линий, мазков, форм.**

Овладение техникой, необходимой для создания изображения, связано с **сенсомоторным развитием ребенка.** Производя то или иное движение в рисовании, лепке или аппликации, ребенок **испытывает мышечно-двигательные ощущения:** он чувствует положение карандаша в руке, силу сжатия и разжимания рычагов ножниц, воспринимает движение руки с карандашом по бумаге, силу давления на комок глины при раскатывании. Одновременно происходит и **зрительное восприятие.**

Особенности развития детей с двигательными нарушениями вносят свою специфику в проведение занятий и требуют тщательного и продуманного подхода к выбору методов, приемов и форм работы на изозанятиях. **Обычно урок занимает 30 минут и строится на следующих этапах:** организационный момент; нормализация тону-

са кистей рук, массаж пальцев, пальчиковая гимнастика; сообщение темы, вступительная беседа, рассказ, объяснение; демонстрация объекта, объяснение последовательности работы; самостоятельная практическая деятельность; подведение итогов занятия.

Каждое занятие должно начинаться с нормализации тонуса рук под спокойную, медленную музыку. Для этой цели используются массаж, термальное воздействие, гимнастика. Для снижения тонуса мышц нужно производить максимальное сгибание и пронацию (вращение внутрь) кисти и пальцев перед тем, как проводить работу по становлению кисти и разгибанию пальцев. Аналогично приведение плеча перед его отведением. Дети с достаточно развитыми движениями и саморегуляцией могут проводить упражнения на расслабление самостоятельно, по инструкции воспитателя.

Ощущение расслабления будет более сильным, если ему предшествовало напряжение. При этом внимание ребенка должно фиксироваться именно на расслаблении, которое ему приятно (упор делается на этот факт). Одновременно с расслаблением происходит воспитание «чувства мышцы».

В последние годы **для нормализации тонуса мышц все большее значение приобретает методика локальной гипотермии.** Холодовое воздействие (льдом, холодной водой, попеременное контрастное воздействие холодом и теплом) способствует расслаблению спастичных мышц, уменьшению гиперкинезов, увеличению силы и объема движений пораженных конечностей. Принцип действия методики основан на том, что от воздействия



Олег Павлович СКОБИН,

врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Особенности развития детей с двигательными нарушениями вносят свою специфику в проведение занятий и требуют тщательного и продуманного подхода к выбору методов, приемов и форм работы на изозанятиях.





Совмещая (накладывая) руку ребенка со «следом», тем самым в его памяти формируется след этой пальцевой позы. Так следует сделать «следы» для обеих рук. Начинать тренировку следует со здоровой, или более сохранной, руки, а затем подключать паретическую. В игре необходимо взаимодействовать с предметами, имеющими определенную пространственную взаимосвязимость: посуда, мебель и т.д.

низких температур возникает реакция на воздействие раздражителей, сопровождающаяся обратимыми изменениями основных ее свойств: возбудимости и проводимости.

Самый простой способ - **контрастные ванночки**. В две небольшие емкости наливается вода: в одну - горячая с 1ст.л. морской соли или хвойным экстрактом, в другую - холодная. Руки ребенка попеременно на несколько секунд опускаются в воду: начиная с горячей и заканчивая холодной водой.

Более сильный эффект дает воздействие **льдом**. Сначала нужно обвести кусочком льда по контуру пальцев, задержавшись несколько дольше в точке между большим и указательным пальцем (на 5-6 секунд), затем дать ребенку «помылить» льдом руки. Руки растираются полотенцем, можно погрузить их в горячую воду, а затем тепло укутать. При гиперкинетической форме процедуры полезно завершить, положив на руки грузы (мешки с солью, песком). Эффект криотерапии длится в течение нескольких часов, причем с каждым сеансом становится все более стойким, но до определенного предела.

Также полезно делать ребенку **массаж рук**. Он улучшает крово- и лимфообращение, ускоряет обмен веществ в тканях, нормализует мышечный то-

нус, рефлекторно воздействует на нервную систему и внутренние органы. Дошкольники с легкой формой ДЦП, с достаточно развитыми движениями и самоконтролем могут самостоятельно массажировать кисти и пальцы рук.

Качественный массажный эффект дает и **работа с тестом, в которое подмешана крупная соль**. В течение примерно 15 минут тесто можно раскатывать, сжимать руками, выдавливать на нем следы пальцев, отщипывать кусочки, лепить.

Особенно важна **пальчиковая гимнастика**. Помимо основного эффекта она способствует также развитию речи, так как проекция кисти руки в двигательной зоне головного мозга расположена очень близко от речевой моторной зоны. Сначала рекомендуется выполнять упражнения более сохранной рукой, потом - пораженной, затем двумя руками вместе. При тяжелом поражении функции рук упражнения выполняются вначале пассивно.

Наиболее важной, с точки зрения обучения рисованию и художественному труду, является кисть руки, а именно - пальцы, осуществляющие мелкую моторику. Наряду с перечисленными выше мероприятиями, направленными на развитие моторики ребенка, можно предложить **упражнения на формирование направленности позы пальцев**, точнее - произвольного отведения и приведения пальцев. *Позы пальцев можно зафиксировать в виде «следов» обведенной карандашом на листе бумаги кисти руки с различными вариантами отведения пальцев.* Например, первый палец находится под прямым углом к четырем остальным, тесно прижатый друг к другу. Или все пальцы разведены как можно шире. Совмещая (накладывая) руку ребенка со «следом», вы тем самым в его памяти формируете след этой пальцевой позы. Так следует сделать «следы» для обеих рук. Начинать тренировку следует со здоровой, или более сохранной, руки, а затем подключать паретическую. В игре необходимо взаимодействовать с предметами, имеющими определенную пространственную взаимосвязимость: посуда, мебель и т.д.

Как мы видим, все эти упражнения легко включаются и в повседневную работу. Помните, что улучшение двига-



Школы здоровья - школы профилактики

тельной деятельности ребенка наступит лишь при условии систематической, направленной и планомерной коррекции нарушений. Параллельно должны проходить занятия с ребенком и по формированию графических навыков.

После проведения упражнений и процедур, направленных на нормализацию тонуса мышц кистей и пальцев и подготовку их к предстоящей работе, **можно переходить к собственно формированию захвата.** При формировании трехточечного карандашного захвата могут возникнуть следующие трудности: у некоторых детей, особенно при наличии гиперкинезов, пальцевой захват не сформирован или сформирован патологически. Для коррекции неправильной позы пальцев и правильного их «приучения» *следует сформировать правильную позу для захвата карандаша и зафиксировать ее резинкой вместе с карандашом.* Какое-то время рука должна оставаться в таком положении для лучшего запоминания позы пальцев. Используется также и *пассивный метод*, когда правильная укладка пальцев фиксируется взрослым, который рукой ребенка проводит линии или фигуры.

Учтите, что приучение пальцев к карандашному захвату требует довольно длительного времени. В наиболее тяжелых случаях достаточно научить ребенка захватывать карандаш таким образом, который он сам выбрал как способ приспособления в связи со своим двигательным дефектом.

Дети с гиперкинетической формой ДЦП по степени и характеру двигательных нарушений представляют наиболее сложную группу по организации их обучения графическим навыкам. Они нуждаются в дополнительных средствах оборудования для снижения противодействия гиперкинезов. Для этого **рука и голова ребенка фиксируются** во время рисования, **на запястье руки надевается утяжеленный браслет**, чтобы уменьшить ее подвижность. **Карандаш или ручка также должны быть тяжелыми:** в специальный металлический корпус помещается пишущий стержень (удобнее, если диаметр карандаша, ручки будет больше обычного). **Пальцы фиксируются на карандаше резинкой. Бумага также закрепляется на специальном планшете.**



Для создания у детей мотивации к занятиям с пластическими материалами **можно изготовить несложные приспособления, позволяющие им изготавливать оригинальные изделия** (например, различные штампы с оригинальными оттисками). Кроме того, следует разнообразить материал для лепки. Помимо пластилина можно использовать глину, тесто, которое замешивается не только из муки, но и из бумаги. Причем, готовить тесто можно поручить детям - это придает занятию оттенок игры и дополнительно тренирует руки. Полезно, чтобы занятия проходили сообща с другими детьми. Отдавайте предпочтение тем видам работ, которые соответствуют возможностям детей и эффективны для формирования ладонного, щепотного и пинцетного захвата.

Аппликацией можно заниматься только тогда, когда у детей сформирован захват тремя и двумя пальцами, а также они могут достаточно точно помещать предмет в определенное место. На первых этапах для соединения деталей используются пластилин или клей-карандаш. Дети не только учатся распределять на плоскости листа детали картинки, но и расширяют свой кругозор. Аппликацией можно украсить праздничную открытку или другую поделку из бумаги. А также **ее можно выполнять коллективно.** Например, на большом листе бумаги расположены постройки деревенского двора, а фигурки животных расположены отдельно. Дети должны отобрать среди них тех, кто живет в этом дворе, и приклеить их там, где

Рука и голова ребенка фиксируются во время рисования. На запястье руки надевается утяжеленный браслет, чтобы уменьшить ее подвижность. Карандаш или ручка также должны быть тяжелыми: в специальный металлический корпус помещается пишущий стержень. Удобнее, если диаметр карандаша, ручки будет больше обычного. Пальцы фиксируются на карандаше резинкой. Бумага также закрепляется на специальном планшете.



Школа реабилитации ДЦП

они считают нужным. При этом они обсуждают, правильное ли животное выбрано и где ему «удобнее» находиться на «дворе». Таким же образом можно посадить «сад» или «лес», разместить городские или деревенские «постройки», «транспорт» и т.д. Эти работы могут в дальнейшем «разрастаться», иметь продолжение на последующих занятиях.

Чтобы сформировать пространственные представления, **эффективно использовать** в занятиях с детьми, страдающими двигательными расстройствами, **подвижную аппликацию и фланелеграф** (фанера, обтянутая однотонной фланелью, на которую крепятся картинки). Особенно это касается детей с гиперкинетической формой ДЦП, так как рисование карандашами и красками для них наиболее затруднено. У части детей с гемипаретической формой ДЦП вызывает затруднения задание «дорисовать недостающую половину симметричной фигуры». Они изображают ее с большими искажениями, чаще всего - меньшей по размеру. Это задание можно выполнить в технике аппликации: поискать среди готовых форм подходящую половину и приклеить ее.

Корректирующие возможности занятий аппликацией очень велики: характерные для ДЦП нарушения, связанные с точностью попадания, можно корректировать на занятиях художественным трудом. Например, при составлении аппликации или коллажа из мелких предметов - бусин, гороха, зерен злаков, фасоли, камешков и т.д. Очень эффективно использование выкладывания узора на пластичной основе (густой клей, пластилин).

Среди нарушений при ДЦП довольно часто встречается и нарушение тактильных ощущений, стереогноза. Тренировать эти ощущения можно, **ощупывая предметы с разной фактурой без зрительного контроля**. С учетом этого должны подбираться и игрушки, используемые на занятиях, среди которых - и мягкие, и гладкие, и колючие, и т.д. Процесс узнавания по «шкурке» игрушки можно

легко включить в игру. Такие игры органично включаются в занятия, где обследуются объекты, которые предстоит изобразить, вылепить. Тактильное восприятие также хорошо совершенствовать посредством игры в «волшебный мешочек» с набором мелких предметов, которые необходимо узнать «на ощупь». Эти упражнения являются наиболее эффективными для преодоления стереогноза.

Чтобы поддерживать у детей постоянный интерес к изобразительной деятельности и формировать у них полноценные графические образы, **следует применять разнообразные методы и приемы обучения:** предварительное наблюдение за намеченными для изображения предметами и явлениями окружающего мира, обыгрывание предметов, анализ предмета с помощью осязательно-двигательного способа обследования, обведение контура по трафарету и шаблону, выкладывание изображений из отдельных элементов, словесное описание предмета.

Умение подражать действиям взрослого расценивается как важный этап на пути развития активности и самостоятельности. **Дети испытывают особое желание воспроизводить действия взрослого и видеть в нарисованном образе знакомых предметов.** Умственно отсталый ребенок не может действовать в полном соответствии с инструкцией, если она сформулирована в общем виде: «Посмотрите на предмет и нарисуйте его». Такое указание не фиксирует внимание детей на особенностях воспринимаемого объекта, не позволяет понять его структуру и усвоить порядок рисования. Поэтому они нуждаются в развернутых инструкциях, устанавливающих взаимную связь составных частей, подчеркивающих индивидуальные особенности деталей и объекта в целом. Процессу рисования всегда должны предшествовать подробное изучение и анализ предмета, в ходе которых задается ряд вопросов: «Как называется предмет? Из чего сделан предмет? Где приме-

няется? Сколько частей в предмете? Какую форму имеют части предмета? Какого цвета каждая из частей?». **Для усвоения понятия о какой-либо форме или закреплении образа знакомой формы рекомендуется сравнение со сходным объектом.** Например, для более точного восприятия формы квадрата рядом с ним расположите предмет прямоугольной формы. В качестве объектов изображения используются хорошо знакомые детям предметы, в том числе игрушки, которые нетрудно нарисовать, слепить.

Всегда поощряйте желание ребенка многократно повторять штрихи, линии, так как выполняемые при этом ритмические движения служат основой для вырабатываемых впоследствии графических умений.

Качественный эффект дает использование метода совместных действий («сотворчество»). Он позволяет педагогу в наглядной и занимательной форме демонстрировать тот или иной прием, предоставляя ребенку для выполнения ту часть задания, которая находится в зоне его ближайшего развития. Используя этот метод, можно развивать малейший успех, наметившийся у ребенка, обеспечить ему продвижение в освоении способов самостоятельных действий при выполнении аналогичной работы.

При усвоении новых приемов изображения целесообразно использовать информационно-рецептивный метод. Чтобы дети овладели формообразующими движениями руки, способами создания изображения, им эти способы нужно показать и объяснить. К примеру, обследуется предмет, называется его форма, он обводится по контуру, затем эти движения воспроизводятся руками в воздухе. Параллельно активизируется детский опыт, дети учатся, воспринимая те или иные сведения, способы действия, соотносить их с ранее усвоенными, устанавливать взаимосвязь нового с уже известным.

Будьте терпеливы и постоянны в своем желании помочь своему ребенку! ☺



«Зеркальные» дети В школе и дома

*Предлагаем поговорить не просто о людях,
которые пишут левой рукой, а познакомиться
с другим восприятием окружающего мира.*

Большее развитие правого полушария у левшей давно оспаривается: существуют две теории леворукости. Более вероятная - **теория нарушений взаимосвязей между полушариями**. Некоторыми учеными не исключаются **родовые травмы и перинатальные поражения головного мозга**. Плюс **генетика**: ведь зачастую у ребенка-левши родственники тоже леворукие...

Если в вашей семье подрастает ребенок-левша, если в сентябре он стал первоклассником, то вам есть о чем серьезно задуматься (если вы не сделали этого раньше, то больше не откладывайте). Ведь главное для нас, взрослых, чтобы любимым детям было комфортно расти и знакомиться с окружающим миром.

В детском саду вопрос о леворукости стоит не так остро. А вот уже в школе возникают проблемы: как предвиденные родителями, так и совершенно для них неожиданные. Ведь там далеко не всегда бывают учтены особенности развития леворуких детей.

Под правшей «заточены» очень многие вещи - от ножниц до компьютерных мышек, от прописей в тетрадках до станков на заводах. Некоторые фирмы, правда, сейчас выпускают специальные товары для левшей (в основном это канцелярские принадлежности, рабочие инструменты и бытовые приспособления), но таких исключений пока немного. Чем старше наш левшенок, тем к большему количеству вещей в праворуком мире ему приходится адаптироваться.

Особенности левшей

У многих левшат медленнее формируются фонематический слух (способность различать различные звуки) и **способность к артикуляции**. Поэтому они могут заговорить позже сверстников, но уже довольно длинными и сложными фразами. Родным остается только поражаться их «взрослой» речи и очень часто решать противоположную проблему - невозможно унять «разговорившегося» ребенка.

Сложные отношения у левши складываются с пространством и временем. Даже в младшем школьном возрасте он может иногда сомневаться, какая рука у него правая, а какая левая, где верх и где низ. Эти понятия надо связать со знакомыми предметами. Например, подсказать, что верх там, где небо или потолок, низ - где земля, пол. У леворуких детей часто встречаются нарушения или недостаточность в развитии пространственного восприятия на зрительном уровне, зрительной памяти, моторной координации. Например, дорогу в незнакомых местах левшенок запоминает с большим трудом. Родителям надо запастись терпением и понять: ребенок не вредничает, ему действительно многое не так очевидно, как сверстникам.

Порой ребенку-левше трудно определить время по часам со стрелками. Он путает часовую и минутную стрелки, воспринимает их в зеркальном отражении или смещенными.

Иногда у таких детишек задерживается развитие такого важного навыка, как формирование рядов из слов, знаков, изображений, объектов. Им трудно запомнить



Марина Анатольевна КОЛЕСНИКОВА,

заведующая Центром здоровья для детей, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Все без исключения дети-левши умеют колоссально, почти волшебным образом контролировать течение своей психической активности.





Большие, растянутые, неровные буквы, которые «пляшут» в разные стороны? Пишет медленно и некрасиво? А вот тут уж ничего не поделаешь: невнимательность и недостаток старания здесь роли не играют. Левша порою прикладывает к чистописанию больше усилий, чем его праворукий сверстник, а вот результат получается хуже. У некоторых левшей к старшим классам почерк выравнивается, но у некоторых - остается таким на всю жизнь.

взаимное расположение чего-либо в пространстве, тяжело собрать мозаику, выложить узор в определенном направлении. Казалось бы, такие особенности могут помешать левшонку ориентироваться и успешно действовать в окружающем мире. Но природа по-своему справедлива. И все эти трудности она компенсирует с лихвой! Ведь уже давно доказано, что левши - удивительные люди. Левша каждый раз придумывает, а то и невообразимым (для окружающих) образом выделяет свой путь строения и завладения миром праворуких... Все без исключения дети-левши умеют колоссально, почти волшебным образом контролировать течение своей психической активности. Часто они добиваются нужных результатов как бы «непрямым» путем, находя иногда абсолютно немыслимые доступные и недоступные средства.

Ищем выход вместе

При воспитании и обучении левши нужно всегда помнить о его повышенной эмоциональности, ранимости. Левшонок чрезвычайно чувствителен к внешней оценке. Он даже больше, чем обычный ребенок, нуждается в принятии, одобрении, уважении, сочувствии. Не ленитесь похвалить его за успешно выполненную работу! Задача родителей - развить в ребенке оптимизм, уверенность в себе, активное отношение к жизни.

Психические процессы отнимают у левшей очень много энергии. Следствием становится быстрая утомляемость и истощаемость нервной системы. Поэтому вниматель-

но следите, чтобы школьник соблюдал постоянный режим дня и не переутомлялся.

У левшей медленнее, чем у праворуких сверстников, формируются простые навыки, которые позволяют нам выполнять какие-то привычные действия автоматически, не задумываясь. Леворукого ребенка труднее заставить что-то делать по правилам, по установленному шаблону. Например, чистить зубы на ночь, переодеваться, придя с улицы, и т.п. Как тут действовать? Не надо сердиться и нервничать. Но не стоит и ждать, что ребенок сам научится (просто глядя на вас) шить иголкой, пользоваться ножницами, завязывать шнурки, застилать постель, рисовать, писать буквы. Левше трудно учиться каким-то навыкам «вприглядку». Он не может, глядя на вас, понять, как же это все-таки делается. Ему нужно, чтобы движения, взаимное расположение рук, пальцев, головы «запомнило» все его тело. Лучше взять его руки в свои и несколько раз вместе с ним проделать нужное действие. Если не запоминается буква или цифра, - пусть не просто пытается срисовать ее, глядя на образец, а несколько раз обведет по трафарету либо под копирку. А потом полюбуется на свой аккуратный, красивый рисунок.

Особенный ученик

Школьные трудности касаются чаще всего обучения письму и счету. Дело в том, что основой для первичных навыков здесь является зрительное восприятие. А оно, как мы помним, у левшей «прихрамывает».

1. «В какую сторону хвостик?» Ребенок путает похожие по написанию буквы и цифры (например, «д» и «б»: у одной «хвостик» сверху, а у другой - снизу), добавляет лишние элементы или, наоборот, не дописывает элементы букв и цифр.

«Зеркальное» написание букв, цифр и графических элементов встречается у 85% первоклашек-левшей. Однако не волнуйтесь: большинство праворуких детей в возрасте от трех до семи лет тоже иногда пишут некоторые буквы в



зеркальном отражении. Это обычный этап овладения письмом. «В норме», по наблюдениям психологов, такие ошибки полностью исчезают после десяти лет.

Как помочь. Левша мыслит эмоциями и цельными образами. Чтобы запомнить что-то, ему нужна образная «привязка», ассоциация. Классический пример: «у «д» хвостик вниз, как у дятла, а у «б» - вверх, как у белочки».

2. Порядок букв. Иногда (особенно в спешке) левша может менять местами или пропускать буквы в слове. Например, из «коровы» у него в лучшем случае получается «ковра»... У некоторых левшей наблюдаются очень стойкие дисграфические ошибки. Дети путаются в порядке букв, забывают оставлять зазоры между словами. Это связано с неразвитым умением формировать ряды, различать звуки и их последовательность.

Как помочь. Чаще выкладывайте с вашим дошкольником узоры из различных элементов или мозаику. Элементы располагайте строго слева направо. Сначала сложите верхний ряд, а потом как бы «переходите» на строку ниже. Проводите с ребенком «зрительные диктанты». Для этого можно использовать два одинаковых набора геометрических фигур - квадратов, треугольников, ромбов и кружков, вырезанных из разноцветного картона. Из одного набора выкладывается ряд. Ребенок рассматривает его и несколько раз перечисляет вслух слева направо, запоминая последовательность: «Синий квадрат, красный треугольник, желтый круг» и т.д. Образец закрывается, и ребенок по памяти воспроизводит его, выкладывая фигуры из второго набора. Потом следует проверить правильность выполнения и «наградить» за хороший результат небольшим призом.

Начинаются такие тренировки с совсем коротких рядов в 3-4 фигуры, а потом их протяженность возрастает. Полезно будет предложить ребенку составить рассказ по серии сюжетных картинок, не забывая соблюдать направление слева направо. Для этого можно использовать детские комиксы, если в них



рисунки расположены именно в таком порядке.

Хорошие результаты дает раннее обучение чтению. Если ребенок много читает, он просто-напросто зрительно запоминает «внешний вид» слов.

3. Этот ужасный почерк. Большие, растянутые, неровные буквы, которые «пляшут» в разные стороны? Пишет медленно и некрасиво? А вот тут уж ничего не поделаешь: невнимательность и недостаток старания здесь роли не играют. Левша порою прикладывает к чистописанию больше усилий, чем его праворукий сверстник, а вот результат получается хуже. У некоторых левшей к старшим классам почерк выравнивается, но у некоторых - остается таким на всю жизнь.

Как помочь. Стоит поговорить с учителем, объяснить, что причина проблем с чистописанием - леворукость ребенка, а не его невнимательность и лень.

Надо снять психологическое давление в школе, чтобы ваш ребенок не чувствовал себя из-за плохого почерка «отстающим», «худшим», чем другие ученики.

Да, выстраивать словесные ряды и запоминать не связанные между собой вещи и понятия левше сложнее, чем праворукому сверстнику. Зато, если он может их как-то «пометить» в уме, найти логические связи и ассоциации, запоминает легко и в большом объеме.

А какой нестандартный у левши взгляд на мир и какая способность

«Зеркальное» написание букв, цифр и графических элементов встречается у 85% первоклашек-левшей. Однако не волнуйтесь: большинство праворуких детей в возрасте от трех до семи лет тоже иногда пишут некоторые буквы в зеркальном отражении. Это обычный этап овладения письмом. «В норме», по наблюдениям психологов, такие ошибки полностью исчезают после десяти лет.



◀ отыскивать логические и образные связи, какое стремление к новому и оригинальному!.. Согласно недавним исследованиям, леворукие выпускники вузов зарабатывают на 13-21% больше, чем их праворукие коллеги.

Мы можем видеть, как трудности левшей, связанные с особым способом мыслительной деятельности, оказываются плюсом для них самих. История знает немало выдающихся левшей: Леонардо да Винчи, Исаак Ньютон, Александр Пушкин, Лев Толстой, Альберт Эйнштейн, Льюис Кэрролл, Уинстон Черчилль, Чарли Чаплин, Мэрилин Монро и многие другие.

Так что вооружайтесь, дорогие родители, знаниями и терпением!

Нужно ли переучивать левшу?

Вообще попробовать переучить левшу можно попытаться в возрасте до 1 года, но не позднее. Причем, проще дело будет с двурукими (пишущими одинаково как правой, так и левой рукой), то есть с амбидекстрами, - они как раз поддаются переучиванию.

Вариант идеальный. Жертва экспериментов становится обладателем «двух правых» - «обоерушим». Очень редко. И рискованно. Рекомендуются некоторыми специалистами только в случае, если леворукость не сильно выражена, а ребенок еще мал (не начал писать).

Переучивать на правую руку рекомендуется только в бытовых навыках, но не в письме - речь идет даже не о переучивании, а о разработке правой руки.

Вариант отрицательный. То же самое - с точностью до наоборот. Фраза «обе руки левые» - это про него. Пишет плохо, медлителен, из рук все валится - обычное явление, если переучили «чистого» левшу. Через «не могу», силком... Что сделано, то сделано, забудьте

думать об обратном переучивании, потому что будет хуже: человеческий мозг - не шарик для пинг-понга. Исключение, если ребенок - амбидекстр или если навыки праворукости не сильно закрепились. В любом случае консультация специалиста будет не просто желательной, а необходимой.

Вариант крайне отрицательный. От невроза до невроза. Иногда организм смиряется с насилием - ребенок начинает писать правой рукой. Плохо, но пишет... А если он сопротивляется? Или родители спохватились и начали обратное переучивание, когда делать это поздно? Следствием таких действий могут быть тики, заикание, энурез, непонятные боли (то голова болит, то живот, то «третий глаз»), нарушения сна, аппетита, страх перед ручками-тетрадками... Ребенок физически не может писать: он заторможен, быстро устает или, наоборот, - развинчен, неусидчив, раздражителен, у него развивается «писчий невроз». Список можно продолжать... Здесь нужна срочная помощь!

Строго запрещено:

- *переучивать левшу;*
- *ругать:* за неусидчивость, медлительность, отсутствие старания (это только вам кажется, что он не старается). Это не «вредность», а природа;

- *акцентировать внимание на том, что ребенок «не такой».* Эта информация не должна носить отрицательный характер;

- *предъявлять к письму левши те же требования, что и для праворуких.* Безотрывное письмо, так же, как и наклон почерка (как влево, так и вправо), им не дается.

Необходимо:

- *создать благоприятный психологический климат* (дома, в саду или школе);

- *если есть проблемы:* ребенок мало и плохо говорит, путает буквы, с трудом читает, расторможен или, наоборот, аутичен (весь в себе), *то не пытаться*

справиться своими силами. Зовите на помощь специалистов (педиатра, логопеда, психолога, психоневролога), проводите корректирующие занятия;

- *левши - это не однородная группа, а множество подгрупп:* и подход должен быть строго индивидуальным;

- *помнить о зеркальности восприятия ребенка.* Поэтому те действия, которые правше вы бы показали, находясь рядом, на одной линии (например, завязывание шнурков), левше показывайте, находясь напротив;

- *правильно организовать рабочее место:* свет должен падать справа, расположение предметов на столе - зеркальное;

- *в классе ребенок должен сидеть с левой стороны парты,* чтобы не мешать соседу. То же касается и места за обеденным столом;

- *помощь в учебе:* купить прописи для леворуких, линейку с цифрами «справа налево» и специальные ножницы;

- *в быту:* вряд ли есть особый смысл в левосторонних кружке, ноже или точилке, разве что в качестве средства психологической разгрузки. А вот левосторонняя ложка для малышей, которые учатся есть самостоятельно, лишней не будет;

- *помнить:* у леворукости есть не только минусы, но и явные плюсы;

- *спорт - для всех хорош, и левши здесь - не исключение.* Так, плавание улучшает координацию движений, а теннис и фехтование немало леворуких спортсменов вывели в чемпионы. Эмоциональность левшей помогает им стать успешными художниками, артистами - заниматься разными областями искусства и культуры.

Нестандартное видение мира, жизнь по своему сценарию и своим законам позволяют быть им успешными и в других сферах деятельности. При условии, конечно, поддержки родителей и помощи в непростом взрослении. ☺



«Светя другим, сгораю сам»

(Продолжение. Начало - на стр. 9-10)

Модератором круглого стола выступила **И.В. КОЗЛОВА**, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи», заместитель председателя общественной женской палаты при Губернаторе края. В числе участников круглого стола были члены Общественной палаты Алтайского края, представители общественных организаций, журналисты, представители Главсоцзащиты, Управления ЗАГС и, конечно же, представители здравоохранения: главный специалист акушер-гинеколог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, к.м.н. **И.В. МОЛЧАНОВА**; главный консультант-педиатр Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **М.Л. ФЕДЧЕНКО**; координаторы общественного демографического проекта «Здоровая семья - это здорово! Школа ответственного родительства»: председатель Общественного совета при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 АГМУ **Н.И. ФАДЕЕВА**; доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, заместитель главного врача КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», к.м.н. **О.В. РЕМНЕВА**; ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, к.м.н. **С.Д. ЯВОРСКАЯ**; главный врач КГБУЗ «Завьяловская ЦРБ» **М.В. КОСТРОМИЦКАЯ**; а также: президент Ассоциации средних медицинских работников Алтайского края **Л.А. ПЛИГИНА**; главный врач **Е.Г. ЕРШОВА**, заведующая краевым центром медико-психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации **А.А. ПАУТОВА** и главная акушерка **Г.М. НАЗИМКО** - КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»; главный акушер-гинеколог г.Бийска, член Совета Медицинской палаты Алтайского края **Т.И. РЫКУНОВА**; заведующая краевым центром перинатальной диагностики КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» **О.В. ЧЕКРИЙ**; главный акушер-гинеколог Барнаульского муниципального округа, заместитель главного врача **Е.В. ПОЖЕНКО** и заместитель главного врача **А.В. АРИНИЧЕВА** - КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул»; заведующая акушерским отделением КГБУЗ «Городская больница, г.Заринск», главный внештатный акушер-гинеколог Заринского муниципального округа **Т.А. ШКЛЯЕВА**; старшая акушерка КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул» **Л.И. ШАЛЬНЕВА**; заведующая акушерским отделением КГБУЗ «Павловская ЦРБ» **О.Г. ВЕРБА**; заведующий акушерским отделением КГБУЗ «Советская ЦРБ» **А.В. ПЕТРОВ**; председатель комиссии Общественной палаты Алтайского края по вопросам охраны здоровья и экологии, д.м.н., профессор, председатель Алтайского краевого научного общества кардиологов **Г.А. ЧУМАКОВА**; заведующая отделом дополнительного образования КГБУЗ СПО «ББМК» **Т.Б. ЧЕКРИЙ**; главный специалист отдела по вопросам семьи, материнства и детства Главного управления Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне **Л.С. ЛУКЬЯНОВА**.

Разговор получился откровенным и конструктивным. Говоря о проблемах, путях их решения, подчеркивая важность партнерских отношений врача, медицинского работника и пациентов, **специалисты особое внимание обращали на необходимость создания системы правовой защиты врача и постоянной работы по обучению медицинских работников**, будущих и уже работающих, **навыкам, методам общения**, как в целях исключения конфликтов, но особенно - **для формирования правильных установок на приверженность пациентов лечению, на здоровый образ жизни**, как непереносимые условия, обеспечивающие качество и эффективность лечения.

Особо в выступлениях участников отмечалась роль СМИ в решении обсуждаемых вопросов, как позитивная, так и негативная.

Мнения участников круглого стола

Наталья Ильинична ФАДЕЕВА:

- Мы хотим, чтобы общество другому увидело задачи, условия работы службы родовспоможения, чтобы журналисты при подготовке публикаций правильно расставляли акценты. С позиции врача акушера-гинеколога с более чем 40-летним стажем могу сказать: то, что делается в нашей службе сегодня, не сравнить с тем, что было 40 лет тому назад. Успехи колоссальные! С каждым годом показатели материнской и младенческой смертности, которые входят в характеристику уровня жизни региона и которым придается политическое значение, улучшаются. Показатель материнской смертности у нас такой же, как в самой богатой стране мира - США. Что является огромной заслугой наших врачей, работающих далеко не в американских условиях. Эти успехи были бы лучше, если бы не была негативная динамика в состоянии общего здоровья нашего населения. Люди, даже далекие от медицины, понимают, что каждое новое поколение, вступающее в репродукцию, имеет гораздо большую соматическую отягощенность. Эти поколения уже с детства больны, а ведь репродуктивная функция является отражением здоровья матери и отца. **Здоровье нашего населения стало катастрофически плохим**, тем не менее, наша служба как-то еще «держит» эти показатели.

Многие считают, что беременность и роды - это физиологический акт, и если женщина забеременела, она может родить только здорового ребенка. На самом деле это тяжеленное испытание для материнского организма. Роды - это то, что природой предусмотрено как мощнейший фактор естественного отбора. **Новую здоровую жизнь может дать только женщина с хорошей генетикой**. Роды и беременность для женщины - это как война для мужчины. Вы видели войну без потерь? И у нас эти



Гражданское общество

▶ потери неизбежны: медицина может ровно столько, сколько может. Очень часто преподносятся наши неблагоприятные исходы, которые мы переживаем очень тяжело, как халатность, ошибки, безграмотность со стороны медиков... Но ведь такой вывод можно делать только после определенной экспертизы! Да, в нашей профессии есть, к сожалению, люди, которые не должны работать в медицине, но гораздо больше тех, которые определяют качество нашей помощи.

Но никогда не было такого отношения к нашей службе, как сейчас, вплоть до физического рукоприкладства! Ни в одной службе нет столько судебных исков, как в нашей. Судебные разбирательства, доказательств вины или не вины - это обязанность персонально врача! Нет системы страхования врачебной деятельности от ошибки. И врач в этой ситуации оказывается абсолютно бесправным, незащищенным специалистом.

Отсюда вторая сторона медали: я более 30 лет преподаю в вузе и знаю, кого мы выпускаем. **Качество наших выпускников как специалистов катастрофически падает**, потому что сама профессия врача стала не престижной! Более того, те, кто уже начал работать и показал свой профессионализм, иногда сталкиваются с агрессией, ненавистью со стороны пациентов. И они просто уходят из профессии. **Мы теряем кадры, наша служба в крае оголяется**, закрываются роддома, потому что там некому работать. Подумайте о своих детях, ведь далеко не все смогут позволить себе получить помощь в московских и коммерческих структурах или за границей.

А ведь есть что хорошего рассказать о нашей службе! Не забывайте о том, что лечебный процесс - это всегда взаимодействие медицины и пациента. Наш народ генетически не дисциплинирован, а когда это касается здоровья, - это полная безбашенность. Каких женщин пропагандируют наши масс-медиа? Курящих, пьющих, не заботящихся о своем здоровье. Можно сказать, что **куращая мать - символ нашей эпохи**.

Мы всегда открыты, если к нам будут приходить, расспрашивать, чтобы получить объективную информацию. Потому что всегда, в любом конфликте должны учитываться мнения обеих сторон, все аспекты ситуации.

Татьяна Ивановна РЫКУНОВА:

- В бийский медицинский округ входят 13 районов и город Бийск, укомплектованность акушерами-гинекологами на сегодня 43%. Это в основном пенсионеры, уже два года по акушерству и гинекологии нет интернов.



На Бийский округ **осталось 5 родильных домов**: один - в Бийске, четыре - в районах. Их нет и потому, что в районах физически нет врачей. Статистика родов такова: **2-3% физиологических, нормальных родов проходят в районах, 91% - в Бийске, в перинатальном центре и межрайонном роддоме, и до 7% рожениц отправляем в краевой перинатальный центр.**

Бийский перинатальный центр рассчитан на 40 коек, должны работать 6-8 врачей, а реально - 3 лица. Которые должны оказать акушерскую помощь так, чтобы не было жалоб от женщин, которые практически сейчас все имеют сопутствующие заболевания. Это наша боль, конечно.

За свой город скажу: **в нашей службе остались только энтузиасты, остальные не задерживаются.** На специалистах лежит ответственность за маму и ее малыша.

В городе также стали появляться жалобы, конфликты, разбирательства в суде. Как бьют нас в СМИ - уму непостижимо. Не всё решают зарплаты врачей - молодежь сомневается: стоит ли учиться на врача? **Престиж нашей профессии угасает. Плюс растущая асоциальность населения.** Медики буквально по домам выявляют невставших на учет беременных, своевременно не посещающих специалиста, «вытаскивают» беременных на обследование, госпитализацию. А на нас собак спускают во дворах, не открывают двери, с участковыми через забор лазим, чтобы беременную в роддом привезти! **Население должно отвечать за свое здоровье, в том числе и за здоровье родившегося ребенка.**

Андрей Владимирович ПЕТРОВ:

- Сегодня в крае используются передовые технологии, реализуется программа модернизации службы. И задача врача обладать компетенциями, практическими навыками, чтобы применять эти технологии.



Но отношение к врачу неуважительное! Включаем телевизор и видим, кого награждают государственными наградами - одни артисты, «мадам Галкина», которая, опять же благодаря врачам-акушерам, «получила двойню».

Я работаю на селе. В советское время приоритеты касались развития первичного звена, акушерского патронажа. Роль медработника на селе, работника ФАПа (их осталось очень мало) - объемна и многогранна. И при этом специалистов не хватает. Встречаясь с акушерами на различных семинарах, понимаю: нас осталось мало, передавать наш опыт, знания просто некому. Раньше работала схема: молодой врач стажирруется, получает опыт от коллег и остается, заменяя их. **Сегодня не верится, что кто-то у нас останется:** отработает молодежь свои миллионы (по программе «Земской доктор») и уедет.

Взаимодействовать со СМИ важно: нужно, чтобы в их материалах подчеркивалась особая роль врача в обществе.

Елена Германова ЕРШОВА:

- Педагоги, врачи, СМИ, общественные организации, исполнительная власть - мы вместе должны работать в одном русле и честно говорить о своих проблемах и о том, как мы будем их решать.

Сложилась трехуровневая система оказания помощи: ЦРБ должны заниматься женщинами здоровыми, межрайонные перинатальные центры - с женщинами с несложной патологией, а краевой перинатальный центр - с женщинами, имеющими серьезные проблемы со здоровьем. Так всё и есть. Только давайте посмотрим: **сколько у нас осталось здоровых женщин, которые могут остаться рожать в ЦРБ?** В год может рожать женщин 20, где-то 50, и хорошо, если в некоторых крупных районах - 70. Задумаемся: какое качество помощи может быть



Модернизация здравоохранения

оказано женщине, если врач только раз или два в месяц принимает роды? Эти навыки должны постоянно под- держиваться, совершенствоваться. А если учесть, что нор- мальных, физиологических родов - очень низкий процент, специалистов катастрофически не хватает, то **мы просто вынуждены идти на создание межрайонных перинаталь- ных центров, где будут сконцентрированы технологии для оказания помощи, поддержание квалификации специалистов.** Но мы сталкиваемся с общественным не- пониманием, протестом в связи с плановым закрытием акушерских коек. Если мы честно будем рассказывать о реальной ситуации, может быть, в этом плане отношение к нам существенно изменится? При этом нужно четко по- нимать, что все ЦРБ должны быть готовы (и готовы) при- нять экстренные роды.

Очень важно, начиная с раннего возраста, со шко- лы, дать понять девочке, будущей женщине, что она должна стремиться быть здоровой. Быть здоровой до рождения ребенка, остаться здоровой во время беремен- ности и в родах. Ребенку нужна здоровая мать.

Оксана Геннадьевна ВЕРБА:

- Правильно говорят о врачебном дефиците и проблем- ном населении в сельских районах. В большинстве своем образ жизни изменился: проще выпить, чтобы не думать о своих проблемах. Очень тяжело ра- ботать и в акушерской службе.



Но хотелось бы обратиться к СМИ, которые любят рассказывать страшные истории, если что-то про- изойдет трагичное... И при этом нико- гда не рассказывают о случаях, как доктора по 5-6 часов стоят у опе- рационного стола, как выхажива- ют ребенка, не способного, каза- лось, выжить. Какими руками вра- чи-неонатологи нянчат, глядят ма- лыша, дают ему жизнь! **Почему мы**

не прославляем врачей, которые, не имея американ- ских технологий, творят чудеса?! Почему не прославля- ем красоту здорового материнства? Почему нам показы- вают женщин, которые курят, и мы считаем это нормой?

Лариса Алексеевна ПЛИГИНА:

- Я - представитель сестринской службы края. У нас сейчас такой же кризис в кадрах, как и во врачебном сообществе. Из более чем 1500 акушерок, работающих в крае, в нашей организации состо- ит треть.

Самая большая проблема - обучение. Как сейчас оно прохо- дит? Даже если стажировка полу- чена и оплачена, главные врачи и главные сестры звонят и просят со- кратить ее сроки, отпустить с за- нятий хоть на какое-то время - не- кому работать. Это - порочный круг, который никто не хочет раз- рывать. Профессиональная орга- низация пытается внести струю свежего воздуха. Например, перешли на такую форму обучения, как краевые конференции. В частности, пос- ледняя была посвящена проблеме адаптации молодых спе- циалистов, и в рамках конференции работала секция по акушерскому делу.



Если медицинские работники сами не будут стре- миться к положительным переменам, то вряд ли что- либо изменится. Надо работать с населением: оно на дол- жном уровне нами не информируется. Кроме того, мед- работники сами подвержены пагубным привычкам. И на- селение это видит. **Нет лучше принципа, чем начать с себя.** Мы, например, не первый год поддерживаем ак- цию «Брось сигарету! Начни с себя».

Еще хочу подчеркнуть, что **статус медицинского ра- ботника со средним специальным образованием прин- ципиально не меняется.** Согласно определению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, «*медицин- ские сестры должны стать не помощниками врача, а парт- нерами врача и помощниками пациентов*».

Раиса Петровна ГОЛОВАНЕВА, председатель Со- юза журналистов Алтайского края:

- Имея большой опыт работы в журналистике, могу сказать о том, что у нас в отрасли тоже кризис. И первое, что мы пытаемся сделать, это вернуть доверие населения к журналистам. Журналисты, которые берутся за освеще- ние темы медицины, разные: это может быть человек глубоко заинтересованный в том, чтобы подать тему нега- тивно, а может быть тот, кто хочет расставить все точки над «i», выслушать все стороны конфликта.


С великим удовольствием сейчас слушаю медиков. Мы, журналисты, действительно, далеки от всего этого, мы вос- принимаем медицину так, как нас обслужили в больнице. А это часто говорит не в пользу медиков. К тому же в обществе произошел сдвиг: интересна только «чернуха»... Думаю, что **предложение провести пресс-конференцию для СМИ уместно.** Чтобы получался правильный, гра- мотный материал, надо, чтобы журналисты выслушали ком- петентного медицинского работника. А для этого времени не хватает: как у вас, так и у нас. Но цель у нас должна быть одна - строить нормальное гражданское общество.

Елена Васильевна ПОЖЕНКО:

- Каковы причины нашего кадрового кризиса? Первая - **падение престижа профессии,** в чем немалую роль иг- рают СМИ. Вторая - **эмоциональное выгорание медра- ботника.** Ему приходится работать на две ставки, он физически на-пряжен. Эмоционален сам труд: в акушерстве ты в ответе за две жизни. На прием беременной нужно уделить 15 минут, а что можно успе- ть за это время? Врач - такой же человек, как и его пациент. Но только **врач социально и юриди- чески не защищен.** Участились су- дебные иски, врачи переживают, ходят на заседания суда... А за- чем это им? Вот они и уходят.



Пока эти причины не будут искоренены, ничего в на- шей отрасли не изменится. Не будет понимания между врачом и пациентом, пока неуставший врач не будет с душой относиться к пациенту.

Журналисты формируют негативное мировоззрение, к медроботнику в том числе. Пока не будут приняты опреде- ленные меры для улучшения жизни врача, материального состояния, социальной и юридической защищенности, - кад- ровые проблемы будут. И они будут только нарастать. **Ког- да не хватает врачей, нация вымирает.** Если мы из- живём врача, то кто поможет в болезни? 



Анна Александровна ПАУТОВА:

- В лечебных учреждениях и учреждениях родовспоможения появились психологи, но очень сложно в этом вопросе врачи идут на контакт. Нас даже не всегда коллегами-то считают. Наверное, должно пройти время, чтобы они нас приняли в свою врачебную среду. **Мы готовы помочь врачам в общении с пациентами, решении собственных психологических**



проблем, но ведь насильно мил не будешь... И никакой приказ крайздора не заставит докторов принять эти знания и попробовать использовать на практике.

Гарик Меграбович ГЕВОРГЯН, член Общественной палаты Алтайского края:

- Хочу поблагодарить всех медицинских работников за их труд. Я вырос в те времена, когда нам объясняли, что самые уважаемые люди - это учитель и врач. Я 10 лет работал на ГТРК «Алтай». Раньше выходили тематические передачи. А сегодня что? Журналисты, может быть, и хотят освещать медицинские темы, да не имеют воз-



можности. Новостная передача «Вести-Алтай» выходит 12 раз в день, из них только два - в оригинале, а остальные - повторы. Возможности тематических передач «забрала» Москва. **Может, стоит обратиться к власти края и города, чтобы хотя бы раз в месяц медикам давали эфирное время для тематических местных передач.**

Любовь Сергеевна ЛУКЬЯНОВА:

- Наше Управление занимается профилактикой социального сиротства, формированием позитивного материнства. С 2009 года действовала краевая целевая программа «**Я не могу без тебя**», которая внедряла в крае социальные технологии профилактики отказа от новорожденных детей. Программа завершилась в 2011 году, пролонгирована теперь в долгосрочной целевой программе «Молодежь Алтай» подпрограммой «Счастливое детство в семье».



Считаем очень важным налаживание межведомственного взаимодействия. Сейчас **готовится соглашение о сотрудничестве с Управлением по здравоохранению**. В частности, оно предусматривает формализованную передачу сигналов об отказе от новорожденных детей, в том числе детей-инвалидов в родильных домах, а также меры по достижению эффективности в сопровождении детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями.

Анатолий Александрович АПУХТИН, член Общественной палаты Алтайского края, руководитель Алтайской краевой общественной организации «Российский Союз офицеров запаса»:

- **Есть в мире две специальности, которые дают клятву: врачи - клятву Гипократа, военные - клятву защиты Родины.** Хочу сказать одно: пока экономика России не поднимется, пока будет такое финансирование вашей отрасли, мы так и будем проводить круглые столы и разговаривать. Все зависит от экономики.

Роль СМИ действительно важна, нужно с ними работать.

Что касается юридической защиты, нужно подключить юридическое сообщество, чтобы оно было компетентно в медицинских вопросах и при несчастном случае юридически грамотно могло донести до населения информацию - до того, как появится «чернуха» в СМИ.

Наталья Харитоновна ДОЙНЕКО, заместитель начальника Управления записи актов гражданского состояния Алтайского края:



- Краевые показатели за 9 месяцев 2013 года говорят о росте рождаемости в крае, о некотором сокращении смертности. Но при этом снизилось количество заключенных браков и увеличилось количество расторгнутых браков. Мы проводим различную работу по повышению статуса семьи: организуем celebration новобрачных и новорожденных. При ЗАГСх созданы клубы молодой семьи, проводим регистрацию новорожденных непосредственно в роддомах, используем различные формы работы, которые способствуют укреплению культа семьи.

Анатолий Юрьевич ЛОМАКИН, член Общественной палаты Алтайского края, заместитель председателя Бийской городской общественной организации Физкультурно-оздоровительный спортивный клуб «Арктика»:

- Наша организация работает в основном с подростками, поэтому мы уделяем большое внимание мужскому репродуктивному здоровью. Проблемы со здоровьем у молодежи идут из семей - это употребление алкоголя, курение, наркомания и т.д. При этом парни, ведущие нездоровый образ жизни, очень редко обращаются к врачам. Совместно с УФСИН реализуем проект «Шаг к здоровью», поддержанный грантом Губернатора. Он нацелен на информационную работу с молодежью, проведение медицинского обследования молодых людей, находящихся в воспитательных колониях (Бийск, Рубцовск, Славгород, Ребриха).



Марина Вячеславовна КОСТРОМИЦКАЯ:

- Медицинского работника оставили один на один с проблемами, которые сейчас есть в обществе. Поэтому **необходимо межведомственное взаимодействие во всех вопросах семейной, демографической политики**. В Завьяловском районе медики входят в состав комиссии по де-



Модернизация здравоохранения

лам несовершеннолетних, плотно работаем с прокуратурой и милицией. Однако никто не хочет брать на себя ответственность. А случилась ЧП - начинаются судебные иски, приходится писать объяснения во все инстанции. При этом **граждане сегодня считают, что только медики обязаны думать об их здоровье, а они с себя за свое же здоровье ответственность снимают.**

Сейчас появляются центры здоровья по пропаганде здорового образа жизни, выпускаются брошюры, листовки, которые мы раздаем на приеме, - это хорошо. Но для работы по санпросвещению не хватает видеofilмов по ЗОЖ.

Татьяна Борисовна ЧЕКРИЙ:

- Проблем в образовании очень много, и их не меньше, чем в здравоохранении. Основная проблема - кадровая. Мы хотим идти на прием к грамотным медикам, иметь



грамотных коллег и партнеров, а для этого необходимо непрерывное образование. Вообще обучение может проходить в разных формах: очной, очно-заочной, дистанционной, электронной и т.д. **Но в медицине заочной формы образования в принципе быть не должно.** Сегодня же поступает масса заявлений от главврачей о предоставлении заочного и дистанционного обучения медперсонала, потому что кадров не хватает. Создав возможность

проведения такого образования, начинаем пожинать его плоды: 70% обучившихся не проходят тест-контроль, т.е. обучение - формальное. Выездные курсы тоже неэффективны, потому что за этот период нужно охватить много дисциплин, а обеспечить на выездных циклах участие нескольких специалистов нереально. Есть проблемы и с возможностью оплаты обучения в ЛПУ. Мы идем навстречу: **организуем по некоторым темам постоянно действующие бесплатные семинары** (4 раза в год), но и на них, в силу вышеназванных причин, востребованность, увы, небольшая.

Маргарита Леонидовна ФЕДЧЕНКО:

- Медики поставлены в условия предельной выживаемости, и только благодаря их самоотверженности, мы имеем неплохие показатели по краю. ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **определяет ответственность пациентов за свое здоровье, ответственность родителей, родственников и опекунов за здоровье детей.** Если пациент не выполняет назначения врача, то снижаются выплаты за лечение, страховка может даже обнулиться. **В условиях кадрового дефицита медицинских работников нужно ориентировать население на ответственность за свое здоровье** и подключать к этому весь образовательный комплекс.



Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ:

- Акушерская служба работает на крайнем пределе, какое-то время мы еще продержимся. Обращаясь к СМИ, мы хотели подчеркнуть, что они оказывают большое влияние на подрастающее поколение. Сегодня СМИ могли бы повлиять на возрождение института семьи, пропагандировать, что материнство - самое высшее достижение, которое человек может получить в жизни.

Ольга Васильевна РЕМНЕВА:

- Важна высокая квалификация врачей. Нужно систематически учить врачей оказанию помощи так, так того

требуют приказы и протоколы. И чтобы они могли защищаться. Я много лет занимаюсь судебной экспертизой и хочу заметить, что вопросы общения - наша главная беда. Чаще жалуются не на квалификацию специалиста, а на то, что он оскорбил, унизил и т.д. Считаю, что в кабинете каждого врача должна висеть молитва оптинских старцев... А психологи должны работать с врачами, они реально могут нам помочь.



Галина Александровна ЧУМАКОВА:

- Что мы реально можем сделать? Есть замученные врачи с маленькой зарплатой и отношением к ним как к «убийцам в белых халатах» со стороны пациентов, властей и журналистов. Мы не можем *(на круглом столе. - Прим. ред.)* решить проблемы с зарплатой. (Хотя при одинаковой тарифной сетке она в каждом регионе разная, а значит, у Медицинской палаты есть резервы борьбы за повышение заработной платы медиков). Но есть вопросы, которые мы можем решить. Год назад мы говорили о том, что некому защитить врачей, потому что нет врачебной Ассоциации, имеющей эти право и обязанность.



Но вот создана Национальная медицинская палата, одной из задач которой стало создание команды экспертов, без профессионального заключения которых было бы недопустимо публиковать в СМИ порочащую врачей информацию. Мы просим членов Палаты, присутствующих на круглом столе, срочно поставить перед Палатой этот вопрос.

Что касается СМИ. Меня поразила фраза журналиста, что они пишут о врачах исходя из собственного субъективного опыта. И это есть объективная информация? А если врачи будут плохо лечить всех журналистов, потому что некоторые из них клеветают на медиков? Это даже представить невозможно! Предлагаю обратиться к журналистам с просьбой о серии публикаций о ежедневном, будничном героизме врачей.

Очень жаль, что журналисты и власти не понимают, что снижение репутации врача приводит к не-



Гражданское общество

Доверию пациентов, а значит, снижению приверженности пациентов выполнению врачебных рекомендаций. Если так будет продолжаться и дальше, то здоровье населения будет катастрофически снижаться, а «лечиться» все будут у знахарей и экстрасенсов.

Еще одна глобальная проблема: ответственность пациента. Что значит «у нас менталитет такой»? Нужно объяснять населению степень его собственной ответственности за свое здоровье. К врачам пациенты обычно приходят, за долгие годы разрушив свое здоровье. Получается, что ответственность за не всегда эффективное лечение несет не только врач, но и сам пациент. Во всем мире государство мотивирует население на здоровый образ жизни, в том числе через страховые выплаты. Например, можно премировать людей, не болеющих в течение года, а штрафовать курильщиков, злоупотребляющих алкоголем и т.д. Там, где страховые компании думают о здоровье населения, там они строят на свои средства бассейны, оздоровительные комплексы и т.п. И мы должны убедить страховые компании работать на мировом уровне, а не учитывая наш менталитет.

Наталья Ильинична ФАДЕЕВА:

- Большое спасибо всем, кто пришел, поднимал острые темы, высказываясь откровенно. Вы думали не о себе, а о своем деле. Обсудив волнующие нас проблемы, каждый для себя что-то приобрел, чтобы работать еще лучше. Мы можем ровно столько, сколько можем. Как говорил Лев Толстой: «Делай, как должно, а там будь, что будет». У китайцев есть проклятие: «Чтоб тебе жить во времена перемен!». Мы в такое время живем сейчас. Экономика давит политику, биологию и даже здравый смысл. Инвестиции для нас важнее, чем рождение здоровых детей. Сегодня говорили о росте рождаемости - мы пожинаем не наши посева. Придут те, кто родился в 90-е, и нам будет делать нечего, разве только лечить бесплодие. Мы должны сохранить то, что знаем и умеем, и передать это тем, кто моложе нас. Будут времена, когда профессия медика будет уважаема. И поэтому надо собираться, обсуждать наболевшее, приглашать разные стороны к этому разговору.

ОТ РЕДАКЦИИ

По итогам круглого стола участники выработали Резолюцию и рекомендации, которые направлены Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Медицинской палате Алтайского края, ректору АГМУ, управлениям Алтайского края по печати и массовым коммуникациям, по образованию и делам молодежи.

Принято решение о проведении в январе 2014 года (при участии представителей Общественной палаты Алтайского края, Общественного совета при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, краевого Совета женщин, Союза журналистов Алтайского края) рабочей встречи с представителями СМИ края по вопросам состояния общего и репродуктивного здоровья жителей края, целей и задач модернизации службы родовспоможения для решения демографических проблем.

Также в марте 2014 года предлагается провести, с привлечением других заинтересованных ведомств и структур некоммерческого сектора, круглый стол по оценке сложившейся в крае системы полового и семейного воспитания, по рекомендациям ее развития и повышения эффективности.

Участники круглого стола поддержали инициативу краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» по проведению в этом году месячника активных действий по противодействию курению «Брось сигарету! Начни с себя» по теме «Репродуктивное здоровье и курение» (ноябрь), а также проведение в течение 2014 года совместно с партнерами по проекту «Здоровая семья - это здорово!» целенаправленной просветительской деятельности по данной теме. Целями акции стали: сохранение и укрепление репродуктивного здоровья жителей, в том числе и через систематическую целенаправленную работу по разъяснению последствий курения среди молодых пар, вступающих в брак, беременных женщин, кормящих матерей, а также медицинских работников, особенно сотрудников женских консультаций, перинатальных центров, акушерских стационаров. ☺

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

Лауреат Губернаторской
премии среди СМИ
по итогам 2003 года

№11 (131) ноябрь 2013 г.

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

Подписано в печать: 21.11.2013 г.

Дата выхода: 28.11.2013 г.

Печать офсетная. Тираж - 10000 экз.

Цена свободная.

Главный редактор -

Ирина Валентиновна

Козлова.

Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор -

Мария Юртайкина.

Креативный редактор -

Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн

и верстка -

Ольга Жабина,

Оксана Ибель.

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации.

Ответственность за достоверность рекламной информации несут рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Выпуск издания осуществлен при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.

Учредитель - Издатель

ООО «Издательство

«ВН - Добрый день»:

г. Новоалтайск,

ул. Обская, 3.

тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными
представителями: 656038

г. Барнаул,

пр. Ленина, 56,

тел. 8-902-998-27-84,

E-mail: nebolen@mail.ru

Отпечатано в типографии

ООО «Алфавит»:

г. Барнаул, ул. Чкалова, 228.

Тел. (3852) 38-33-59.

Подписной индекс -

31039

