

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (138) ИЮНЬ 2014





Строительство краевого перинатального центра – реальность!

Одна из стратегических задач социальной политики современной России – повышение рождаемости. В ее решении медицине отведена совершенно конкретная роль – «в пределах своей профессиональной компетенции врач должен помочь семье обрести желаемое количество здоровых детей, сохранив жизнь и здоровье матери». Однако беременность при современном уровне репродуктивного и соматического здоровья – «уже не физиологическое состояние, а тест на прочность». Такова позиция многих ведущих акушеров-гинекологов. Именно поэтому планирование, вынашивание беременности, родоразрешение и послеродовая реабилитация матери и новорожденного в современных условиях требуют серьезного медицинского сопровождения.

Как отмечает руководитель краевого здравоохранения И.В. Долгова, «...в последние годы в системе организации медицинской помощи матери и ребенку в крае произошли значимые положительные преобразования:

- сформирована трехуровневая система помощи, организованы 6 межрайонных перинатальных центров, в которых сейчас проходит более 70% родов. В этих учреждениях открыты отделения реанимации новорожденных. За 2 года количество коек реанимации для новорожденных увеличено с 21 до 70. В ходе реализации программы модернизации здравоохранения проведены капитальные ремонты 34 родильных домов, приобретено 466 единиц оборудования на общую сумму, превышающую миллиард рублей.

Внедрена и является доступной лучшая мировая технология внутриутробной диагностики врожденных пороков развития ребенка.

Работает один из лучших в стране Центр психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации...». Принят целый ряд других мер, как следствие – статистика констатирует тенденцию на снижение неблагоприятных исходов при сложном течении беременности, заболеваниях новорожденных.

Но медики последовательно, целенаправленно, на всех уровнях, продолжали высказывать свою профессиональную озабоченность, в первую очередь – неудовлетворительным состоянием здоровья женщин. Недостаточностью условий для внедрения новых технологических систем, в том числе по выхаживанию новорожденных с экстремально и очень низкой массой тела. Дефицитом коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и коек патологии

новорожденных. И особенно тем, что не решена проблема комплексной медицинской помощи беременным женщинам с соматическими заболеваниями.

В процессе поиска оптимального решения рассматривались различные варианты реконструкции, пристройки к существующему перинатальному центру. Однако единственным оптимальным путем решения выявленных проблем, по мнению специалистов, могло стать только строительство современного перинатального центра. При выборе проекта, прежде всего, учитывались следующие технологические аспекты: это должен быть новый тип учреждения, в котором борьба за жизнь и здоровье матери и ребенка ведется на всех этапах: от сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины до выхаживания и лечения новорожденных. Центр должен оказывать все виды высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии (и в т.ч. хирургии) новорожденных. А также осуществлять амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

И такое комплексное решение о строительстве краевого перинатального центра в г. Барнауле в структуре нагорного медицинского кластера рядом с краевой клинической больницей фактически состоялось.

Завершающим обязательным этапом довольно длительной процедуры по принятию решения о его строительстве стали публичные слушания, прошедшие 19 мая. Днями раньше конференция Медицинской палаты Алтайского края также поддержала его строительство.

Не исключаю, что все, что связано с принятием решения о строительстве, само публичное обсуждение для многих жителей края могло пройти незамеченным. В данном случае мне кажется, что важность решения о возведении очередного суперсовременного, дорогостоящего объекта здравоохранения, строительство которого должно завершиться всего через 2 года, – не только в том, о чем неоднократно подчеркивали его организаторы: обсуждение таких масштабных инвестиционных вложений из федерального и краевого бюджетов впервые организовано столь публично и для населения, и для специалистов. Значимость момента – в том, что фактически рассматривался вопрос о целой программе по принципиальному улучшению оказания помощи беременным, семьям, планирующим иметь детей. Поддерживая эту Программу, понимая важность ее реализации практически для каждой семьи нашего края, в следующих номерах журнала мы подробно расскажем о ней нашим читателям.





4
Репродуктивное здоровье, оказание помощи беременным остается приоритетом в системе здравоохранения края



12
Особенности детской эпилепсии



27
Молоко бывает разное



34
9 причин полюбить каши



41
Как стать пунктуальным?

На фото: Игорь Владимирович АРГУЧИНСКИЙ, заведующий отделением общей хирургии, КГБУЗ «ККБ», «Лучший врач 2013 года»

Фото: Ларисы Юрченко

И.В. Аргучинский. Приходить на помощь людям	2-3
И.В. Молчанова. Репродуктивное здоровье, оказание помощи беременным остается приоритетом в системе здравоохранения края	4-7
В.Г. Колмогоров. Диагностический центр: флагман лучевой диагностики	8-9
Н.Ф. Герасименко: «Сейчас вносить изменения в антитабачный закон не нужно - нужно отработать правоприменение»	10
«Я забываю имена»	11
ЭПИШКОЛА: ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Е.С. Азарова. Особенности детской эпилепсии	12-13
Мир и медицина	13
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
И.П. Салдан. Жизнь - без алкоголя!	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Ю.А. Дударева. Гестационный сахарный диабет. Исходы для матери и плода	16-17
А.В. Федоров. Врач с территории детства	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
И.Е. Госсен. Перспективы развития факультета ВСО	21-22
М.М. Заугольникова. Задержка нервно-психического развития у детей от 4 до 6 лет	23-24
Про комнатные растения	25-26
Молоко бывает разное	27
МИР БЕЗ ГРАНИЦ	
И.Ю. Добрынина. Как помочь ребенку справиться с напряжением?	28-29
Активный отдых: смотрим шире	30
Икота, икота, уйди на Федота!	31
Мужчины и Женщины: 100 отличий	32-33
9 причин полюбить каши	34-35
Три комплекса для укрепления пресса	35-37
Дарим молодость себе	37
Ревность к прошлому партнера	38-39
Прощай, молодость, здравствуй, старость!	39
ПРИРОДА ЛЕЧИТ	
Царская трава	40
Как стать пунктуальным?	41-43
Гороскоп здоровья: Близнецы	44



Приходить на помощь людям

Игорь Владимирович АРГУЧИНСКИЙ работает в Краевой клинической больнице с 2000 года. Ежегодно он оперирует около 200 больных, причем нередко помогает он пациентам с запущенными формами заболеваний.

Заметим, что ряд видов оперативных вмешательств Игорем Владимировичем выполнен впервые в Алтайском крае. В этом году хирургу, заведующему отделением общей хирургии Краевой клинической больницы, кандидату медицинских наук И.В. Аргучинскому вручена премия «Лучший врач 2013 года». Свое право на это звание он доказал успешной практикой хирурга на протяжении более чем тридцати лет и победой в нескольких этапах профессионального конкурса.

- Игорь Владимирович, как получилось, что из всех направлений медицины вы выбрали именно хирургию?

- Мы жили в Горно-Алтайске. Мои родители закончили сельхозинститут - и врачей в роду у нас не было. Но в десятом классе я твердо решил стать хирургом. Честно говоря, на такой мой выбор повлияло чтение книг об этой профессии.

- Принятому решению не смог помешать даже серьезный конкурс при поступлении?

- Да, это именно так. В школе я учился достаточно хорошо, так что в 1977 году поступил, а в 1983 году закончил лечебный факультет алтайского медицинского института. Жена в том же году заканчивала фармакологический факультет. Начинать я врачебную практику в Горно-Алтайске, поскольку там жили родители.

- Что для вас было тогда приоритетным в хирургии?

- Я изначально выбрал общую хирургию. Универсальность хирурга диктовалась временем. Работая в Горно-Алтайской областной больнице, внедрил там операции на сосудах, а затем - и эндоскопическую хирургию.

- Сейчас в медицину пришло новое оснащение, а значит, возможности хирурга стали шире?

- Действительно, за тридцать лет моей практики многое изменилось. Техническая составляющая в работе стала существенней. Раньше о многом даже не мечтали. В диагностике больше полагались на собственные руки и фонендоскоп, - они были главными в арсенале хирурга. Больше говорили с пациентами. Непросто без современных исследований было диагностировать, скажем, опухоль поджелудочной железы. Врач для этого должен являться виртуозным специалистом. Сейчас подобные диагнозы ставят оперативнее. И они, к счастью, перестают быть фатальными для человека.

- Большой процент больных поступает с запущенными формами заболеваний?

- У нас другая ситуация - больные поступают с совсем другими диагнозами, и лишь при углубленном обследовании, - а иногда в ходе операции - выявляется рак. Но в любом случае стараемся помочь человеку, и как правило, это удается. Сейчас налаживается диспансеризация, все чаще люди узнают о заболевании на начальном этапе, когда оно еще почти не дает



о себе знать. И многие сразу же обращаются к специалистам. Единственными аргументами несвоевременного обращения для некоторых являются домашние заботы, сезонные проблемы. Но это уже человеческий фактор, который был и всегда будет.

- Расскажите, пожалуйста, о вашем отделении.

- У нас сложился сильный коллектив. Есть ветераны медицины, работающие более тридцати лет. В отделении трудятся лучшие специалисты в Алтайском крае по грыжам. Пластической хирургией, ожирением занимается **Валерий Михайлович КОЖЕМЯЦКИЙ**. Людмила Андреевна ПАК - специалист по эндокринной хирургии, по зубам. Оказываем и неотложную хирургическую помощь. Стараемся, чтобы рядом с опытными врачами трудилась молодежь. И это удается - сейчас в отделении работают три поколения врачей.

- Расскажите о медицинских сестрах вашего отделения.

- Безусловно, их роль в уходе за больными огромна. При этом серьезной является и физическая нагрузка. Больной в опе-



Модернизация здравоохранения

рационную и из операционной доставляется на каталке. Для этого его надо положить на каталку, привезти, переложить на кровать. Вся эта работа ложится на хрупкие плечи медсестер и санитарок, которых катастрофически не хватает. Чтобы облегчить труд медицинских сестер, при выборе этажа для отделения в новом здании я стремился к тому, чтобы все было рядом - не требовались лифты и спуски по лестницам. Ежедневно в отделении проводятся 10-12 операций, и компактное расположение рабочих кабинетов имеет большое значение.

- В вашем отделении сложились уже свои традиции?

- Как у всех: поздравляем друг друга с праздниками. В летние месяцы стараемся выехать за пределы города, хотелось бы, чтобы подтопление в этом году не помешало. Коллективом мы ездили в Горный Алтай, на Телецкое озеро.

- Случалось, что от вас требовался настоящий героизм?

- Были разные истории. Когда работал в Горно-Алтайске, регулярно выезжали в районы. Уже была санитарная авиация, пришедшая на смену гужевому транспорту. Были дни, когда выезжали в два района. В самолетах замерзали, особенно зимой. Буквально посинеешь, пока долетишь.

Остался в памяти случай, когда в Шебалино во время операции свет погас. В деревнях его отключают без предупреждений, это считается нормальным. Подъехал на горочку УАЗ, включил фары - как раз в окна «операционной», достали фонари «летучая мышь», так и завершали работу.

- Что самое сложное для вас?

- Когда чувствуешь себя бесильным перед болезнью, не можешь помочь человеку. Тогда очень трудно справиться с эмоциями.

- Есть способы самовосстановления после тяжелого дня?

- Полноценный отдых - что еще может быть лучше? Ничего экзотического не придумано.

- Из чего складывается ваш обычный рабочий день?

- Планерка начинается в 8.15. В 9 часов - начало операционного дня. Дальше - по ситуации. Опирую обычно самые сложные случаи.

- Ваши больные быстро встают после операции?

- Это зависит от того, какая операция проведена. Например, при желчнокаменной болезни - в этот же день. Общемировая тенденция однозначная: послеоперационные больные не должны долго находиться в стационаре. Это возможно по медицинским показаниям, но люди не привыкли. Учитываем и психологический фактор. По сути, жителей города мы можем выписывать хоть на второй день после операции.

- Вы занимаетесь спортом?

- Специально спортом никогда не занимался. Бегать по утрам некогда. Два раза в неделю стараюсь ходить в бассейн. Есть еще дом в деревне, физический труд на свежем воздухе помогает поддерживать форму.

- Сын стал врачом?

- Он работает неврологом в Барнаульском санатории. Наверное, каждому отцу хотелось бы, чтобы дети пошли по его стопам, но сын свой выбор сделал сам. Я не настаивал ни на чем. Профессия ему нравится. Считаю, что это главное.

- У вас есть профессиональная мечта?

- Для меня действительно мечтой является пересадка печени. Все условия для проведения та-



ких операций уже созданы. Если в этом году не сможем выполнить, то в следующем наверняка все сделаем. Следующим этапом станет пересадка сердца.

- Сколько людей этим спасёте!

- В крае ежегодно от цирроза печени умирает более 400 человек. Умирает больше, чем от других болезней органов пищеварения - рака поджелудочной железы, панкреатита и т.д. Об этой статистике почему-то не принято говорить вслух.

- Операции будут выполняться людям разного возраста?

- На первом этапе прерогатива будет отдана молодым.

- Можете дать читателям журнала совет, как сохранить свое здоровье?

- Одно из направлений работы нашего отделения - помощь при хроническом панкреатите. В 90% случаев он является результатом регулярного приема крепкого алкоголя. Россияне выбирают именно его. А последствия этого видят хирурги нашего отделения очень хорошо. Поэтому совет может быть только таким: больше двигайтесь, занимайтесь спортом, алкоголь постарайтесь исключить если не полностью, то существенно ограничить дозы. Будьте здоровы! ☺

Лариса Юрченко

Фото автора
и с сайта www.surgery-altay.ru



Репродуктивное здоровье, оказание помощи беременным остается приоритетом в системе здравоохранения края

«Надо создать условия, чтобы миллионы российских семей смогли сделать свою мечту о детях реальностью, убрать препятствия, которые мешают семьям рожать и воспитывать детей»

В.В. ПУТИН, Президент РФ

Благодаря многолетнему сотрудничеству с кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, реализуя совместный общественный демографический проект «Школа ответственного родительства», вопросы репродуктивного здоровья, консультации акушеров-гинекологов, психологов, эндокринологов, урологов-андрологов, кардиологов, врачей других профилей по вопросам его сохранения, подготовки к беременности и родам, послеродовому сопровождению матери и ребенка - не только обсуждаются на страницах нашего журнала, но и стали предметом дискуссий на круглых столах, семинарах, проводимых с широким привлечением общественности и СМИ.



Постоянными участниками этих публичных мероприятий были представители управления здравоохранения края, в частности: заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности В.М. УШАНОВА и главный специалист акушер-гинеколог И.В. МОЛЧАНОВА.

В предыдущем номере журнала мы анонсировали разговор о происходящих и предстоящих изменениях в службе родовспоможения края. Эти изменения связаны с принятием решения о строительстве в г.Барнауле в структуре нагорного медицинского кластера современного краевого перинатального центра, работа которого будет организована в технологическом взаимодействии с краевой клинической больницей и другими медучреждениями, входящими в этот кластер. Решению о его строительстве предшествовала серьезная работа, сейчас завершены все этапы государственной и общественной экспертизы, определены сроки окончания строительства (2016 год), открыто финансирование проекта (общая его стоимость - около 3млрд. рублей).

Наш разговор с главным акушером-гинекологом Алтайского края И.В. Молчановой состоялся в рамках проведения многоэтапных общественных слушаний по данной проблеме.

- Ирина Владимировна, это далеко не первая наша обстоятельная беседа о тех процессах, которые происходят в возглавляемой вами службе. Службе, надо сказать, непросто: не только в профессиональном плане, но и в том аспекте, что находится она в зоне пристального внимания общества. В конце прошлого года вы принимали участие в организованном нами в партнерстве с Общественной женской палатой при Губернаторе края и Общественной палатой края круглом столе «Вопросы репродуктивного здоровья: семья, общество, государство. Реализация приоритетного направления здравоохранения по охране материнства и детства». Ваш анализ ситуации дел в крае вместе с итогами круглого стола были опубликованы в ноябрьском номере журнала. Что изменилось за это время?

- Всегда важно понимать, в каких условиях мы на данном этапе работаем и на какие процессы мы, медики, можем реально повлиять. И есть ли у нас нерешенные задачи и резервы.

Во-первых, несмотря на такое негативное явление, как снижение с 2007 года количества в крае женщин фертильного возраста (число жен-

щин детородного возраста в 2006 году составило 707949, или 27,8% от общего числа женщин, в 2013г. - уже 578430, или 23,6%, - прим.ред.), зарегистрировано устойчивое повышение рождаемости. Так, в 2013 году у нас родилось на 6665 новорожденных больше, чем в 2006 году. Рост рождаемости произошел, в основном, за счет увеличения доли вторых и последующих родов, что способствовало изменению таких важных в аспекте сохранения здоровья матери и ребенка параметров, как возраст рожениц, доля многоплодных беременностей, вес новорожденных.

По сравнению с 2006 годом в крае количество рожениц старше 35 лет возросло в два раза и составило в 2013 году 10,8%, доля детей, рожденных с массой тела 4кг и более, - 11%, доля многоплодных беременностей увеличилась с 0,8% до 1,1%. Только по этим параметрам без учета состояния здоровья данные пациентки относятся к группе высочайшего риска по развитию осложнений как у самой беременной, так и у новорожденного. И их 7000 человек!

Во-вторых, мы обязаны учитывать, что в крае из-за ряда природных и экологических факторов регистрируется высокий уровень соматической и репродуктивной патологии, что обуславливает одну из



Модернизация здравоохранения

самых высоких в РФ заболеваемость беременных, превосходящую российские показатели в 2,5 раза. Так, патология сердечно-сосудистой системы у беременных в крае встречается в 2,7 раза чаще, чем по стране в целом, сахарный диабет - в 3,3 раза, заболевания щитовидной железы и венозные осложнения - в 1,7 раза.

Поэтому для профилактики развития тяжелых осложнений во время беременности и родоразрешения у этих пациенток (а их подавляющее большинство - 95%!) необходимо медицинское сопровождение нескольких специалистов: кардиолога, эндокринолога, невролога, хирурга.

В-третьих, в 2012 году Россия перешла на новые, соответствующие требованиям ВОЗ, **критерии живорождения, когда мы обязаны выводить ребенка, появившегося на свет наполовину раньше положенного срока и весом в 500 граммов.** Это одна из самых сложных в современной медицине технологий. Здесь для достижения успеха имеет значение всё: особые медикаменты, особое оборудование, особые климатические условия пребывания (свет, уровень шума, состав воздуха), особый медицинский персонал (который не только высокого уровня профессионализма, но и обладающий твердой уверенностью в благоприятном исходе).

Создание современной системы выхаживания и реабилитации детей, рожденных глубоко недоношенными, является одной из первоочередных задач всего российского здравоохранения, не только нашего края. Поэтому для обеспечения благополучного исхода беременности от медиков требовалось введение новых структурных, организационных и технологических мероприятий.

Теперь о том, что уже сделано.

Сформирована трехуровневая система помощи, организованы 6 межрайонных перинатальных центров, в которых сейчас проходит более 70% родов, - в них открыты отделения реанимации новорожденных, за два года количество коек там увеличено с 21 до 70 (в три раза!). В ходе реализации программы модернизации здравоохранения **проведены капитальные ремонты 34 родильных домов, приобретено 466 единиц оборудования** на общую сумму, превышающую 1млрд. рублей. **Внедрена и доступна для жителей самых отдаленных населенных пунктов края лучшая мировая технология внутриутробной диагностики**

врожденных пороков развития ребенка. Успешно работает - и является одним из лучших в стране - **центр психологической и социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.**

Проведенные мероприятия позволили снизить уровень материнской смертности с 27,4 на 100 тысяч рожденных живыми в 2012 году до 12,6 в 2013 году, а уровень младенческой смертности - с 10,4 промилле в 2012 году - до 9,0 в 2013 году. Темп снижения составил 13,5%.

- Как бы вы обозначили те задачи, решение которых предстоит?

- Те изменения, которые произошли, нас, безусловно, радуют, но этого недостаточно для построения цивилизованного общества. **В крае сохраняется дефицит коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также коек патологии новорожденных.** В учреждениях родовспоможения обеспеченность койками реанимации и интенсивной терапии для новорожденных составляет 3,0 на 1000 родов (рекомендуемый норматив - 4,0). Обеспеченность койками патологии новорожденных составляет 9,9 на 1000 родов (при нормативе - 12,0).

В условиях существующих учреждений **невозможно внедрить новые технологические системы**, в том числе по выхаживанию новорожденных с экстремально- и очень низкой массой тела, семейно ориентированные роды, неотложную неонатальную хирургию, ряд других передовых технологий. И, что очень важно в плане улучшения помощи беременным, **- из-за территориальной обособленности учреждений родовспоможения от крупных многопрофильных стационаров в существующих условиях не может быть адекватно решена проблема комплексной медицинской помощи беременным женщинам с соматическими заболеваниями.**

Головное учреждение службы - КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». На данном этапе потенциально возросших технологических возможностей и требований к службе он не может реализовать возлагаемых на него задач, даже при условии его реконструкции. Поэтому единственным приемлемым путем решения обозначенных проблем было определено строительство современного перинатального центра.

- Что послужило основным критерием при выборе проекта нового перинатального центра?

- Прежде всего, нами учитывались такие технологические аспекты, как **новый тип ЛПУ, в котором борьба за жизнь и здоровье матери и ребенка ведется на всех этапах:** от проблем сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины до выхаживания и лечения новорожденных. Поэтому **планируемый краевой перинатальный центр должен оказывать все виды высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии и в том числе хирургии новорожденных, а также осуществлять амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.**

Конструктивно в Центре должна быть предусмотрена возможность проведения новых организационных форм работы: перинатальные, семейно ориентированные роды, стационар-замещающие технологии, методы эндоскопической хирургии и диагностики гинекологических заболеваний органов репродуктивной системы женщин, вспомогательные репродуктивные технологии, выхаживание и реабилитация недоношенных детей, особенно с очень низкой и экстремально низкой массой тела, неонатальная хирургия. Центр должен быть обеспечен современными информационными технологиями, позволяющими вести электронный документооборот, телевизионный контроль за ходом родов и операций, позволяющий получать и передавать информацию в режиме реального времени для консультирования внутри лечебного учреждения, между ЛПУ края и по всей России.

Учитывая высокие требования к данному типу объектов, мы проанализировали уже реализованные проекты перинатальных центров в нескольких регионах России. Наиболее подходящим для края: как с технологической стороны, так и по экономическому фонду - признан проект Красноярского Перинатального центра, открытый в 2011 году. Его архитектурно-планировочные и конструктивные решения обеспечивают оптимальные санитарно-гигиенические и противоэпидемические режимы и соответствуют всем современ-



Модернизация здравоохранения

▲ ным технологическим требованиям.

- **Можно подробнее рассказать о том, какими возможностями будет новый Центр?**

- **Перинатальный центр будет состоять из двух крупных блоков: стационар на 190 коек и поликлиническое отделение на 120 посещений в смену.** Расчет такой коечной мощности произведен исходя из потребности в акушерских и неонатологических койках для пациентов высокой группы акушерского и перинатального риска, которых ежегодно в крае регистрируется не менее 6,5 тысяч.

Структура перинатального центра такова:

◆ **блок А - амбулаторно-поликлинический:** консультативно-поликлиническое подразделение (на 120 посещений в смену), консультативная поликлиника, краевой центр сохранения и восстановления репродуктивной функции (с отделением ВРТ), краевой центр пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, дистанционный консультативный центр с выездными бригадами, отделение функциональной диагностики, центр медико-психологической и социальной помощи беременным и кабинет катамнестического наблюдения за детьми;

◆ **блок Б - стационар:** акушерский стационар (120 коек), приемное отделение с тремя родовыми боксами Мельцера, родовое отделение (8 индивидуальных родовых) с оперблоком (3 операционных с палатой пробуждения), отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин

(12 коек), отделение патологии беременности (50 коек), послеродовое отделение (60 коек), койки сестринского ухода (10 коек), педиатрический стационар (50 коек), отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (50 палат «Мать и дитя»), отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (12 кювезов), отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (12 кювезов - для отделения патологии новорожденных), палата интенсивной терапии (10 кювезов), оперблок (2 операционные, гинекологические стационар (20 коек) и отделение (20 коек с оперблоком на 2 операционные);

◆ **блок В - административно-хозяйственный:** административно-хозяйственные и вспомогательные подразделения, централизованный молочный блок, отделение трансфузиологии и экспресс-диагностики, клинико-диагностическая лаборатория, организационно-методический отдел, административные, служебные и бытовые помещения, блок торжественной выписки новорожденных.

- **Ирина Владимировна, безусловно, те возможности, которые сможет предоставить такой Центр, впечатляют. Но в нашем предыдущем разговоре вы акцентировали внимание на проблеме дефицита кадров в целом в службе, называя ее главной. Как она разрешится в Центре?**

- Да, особое внимание при реализации данного направления уделено подготовке медицинских кадров. По предварительному штатно-

му расписанию, составленному согласно штатным нормативам Минздрава РФ на 2013 год, для обеспечения работы акушерского стационара необходимо 278 должностей, из которых 77 - врачебные, а на общепольничный медперсонал требуется еще 253 должности. Учитывая, что подготовка кадров будет осуществляться для учреждения третьей группы, прохождение интернатуры и ординатуры у части сотрудников мы планируем на базе ведущих научно-исследовательских институтов и кафедр акушерства и гинекологии и педиатрии. Так, за период с 2014 по 2016гг. уже запланировано обучение специалистов для Центра в ведущих научных центрах страны: ФГБУ «НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.Кулакова» (Москва) - 10 врачей; факультет повышения квалификации медицинских работников, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины РУДН (Москва) - 10 врачей; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.Мечникова, кафедра педиатрии (Санкт-Петербург) - 10 врачей; Уральский НИИ охраны материнства и младенчества (Екатеринбург) - 10 врачей; АГМУ - 33 врача.

Также для работы учреждения такого уровня очень значимой является работа сестринского персонала: акушеров, медицинских сестер. Обеспечение кадрами среднего медицинского персонала для акушерских отделений, отделений реанимации акушерского и неонатологического профилей, а также отделения патологии новорожденных и недоношенных детей будет осуществлено за счет сотрудников функционирующего перинатального центра на 60% - это 110 специалистов со средним медицинским образованием. Остальные 40% мы планируем докомплектовать за счет выпускников медицинских училищ Алтайского края и ББМК.

- **Появление учреждения такого уровня предполагает и совершенствование работы на предшествующих уровнях: в ЦРБ, межрайонных перинатальных центрах?..**

- Вы совершенно верно делаете акцент на качество, эффективность работы в городах и районах края, в том числе и в женских консультациях, родильных домах краевого центра.

Строительство современного перинатального центра обеспечит:



Модернизация здравоохранения

Об улучшении материально-технической базы этих учреждений, в том числе и технологическом перевооружении, я упомянула выше. Но кадры, их укомплектованность и, что особо важно, их квалификация - определяют результат. *Реализуется целая программа повышения квалификации медицинского персонала, работающего в учреждениях родовспоможения края.* Как пример, на кафедре акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации АГМУ в январе-апреле прошли подготовку 10 врачей-акушеров-гинекологов ЛПУ первого уровня со стажем работы от 5 до 10 лет. До сентября этого года 15 врачей-акушеров-гинекологов ЛПУ первого, второго уровней со стажем работы более 10 лет также пройдут повышение квалификации. Далее, с сентября по декабрь текущего года, мы подготовим еще 15 специалистов ЛПУ второго и третьего уровней со стажем работы от 5 до 10 лет. Это только на базе нашего АГМУ. Заметьте, что в этот период нам нужно будет сохранить весь объем и качество оказываемой медицинской помощи беременным.

В этом году мы направим наших специалистов из действующих учреждений и в центральные институты, например, в Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, в котором по вопросам экстрагенитальной патологии при беременности и гинекологических заболеваниях пройдут обучение 7 врачей-терапевтов межрайонных и краевого перинатальных центров.

Мы используем такую форму обучения, как выездные циклы, то есть приглашаем специалистов центральных институтов в край. Почему я так акцентирую на этом внимание: такая форма повышения квалификации не только позволяет увеличить число слушателей, но и создает условия для активного внедрения практически одновременно во всех ЛПУ новых современных методик. А свои потребности в этом мы определяем сами.

Запланированы выездные циклы повышения квалификации неонатологов и неонатологов-реаниматологов (20 человек). Мы активно используем возможности участия наших специалистов в дистанционных вебинарах, обучения в симуляционном центре Сибирского государственного медицинского университета. И постоянно ищем новые возможности сохранения и преум-



ножения достойного уровня квалификации наших специалистов. Это еще и серьезные финансовые затраты. Только на подготовку и повышение квалификации врачей строящегося краевого перинатального центра уже выделены средства в сумме 9892 тысяч рублей. Мы понимаем ответственность за этот важный раздел работы.

- И еще один вопрос - он был задан и во время проведения общественных слушаний по вопросу строительства Центра: не скажется ли введение такого крупного медицинского учреждения на снижении объема финансирования предыдущих этапов?

- Я, наверное, процитирую ответ руководителя Управления И.В. Долговой на этот вопрос: «...введение краевого перинатального центра ни в какой мере не скажется на объеме оказания медицинской помощи на первом и втором этапах. Она будет оказываться в полном соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...».

- А как после завершения строительства будет использоваться здание существующего перинатального центра?

- Согласно программным мероприятиям (строительство современного перинатального центра - это только одно из мероприятий комплексной программы развития службы родовспоможения в крае, утвержденное Постановлением Администрации Алтайского края от 17.12.2013 №654 «О внесении изменений в постановление Администрации Алтайского края от 30.03.2011 «Об утверждении

Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы»), утверждена подпрограмма «Проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию перинатального центра». Будет сформирован детский медицинский кластер «Мать и дитя», где в комплексе с детской краевой больницей будет работать существующий перинатальный центр, который сохранит свой статус третьей (самой высокой) группы учреждений. Функционально мы предполагаем в нем концентрировать пациенток с перинатальным поражением плода и с врожденными пороками развития ребенка.

Думаю, изменения, которые касаются оказания медицинской помощи в крае детям, станут темой одного из выпусков журнала.

- Как бы вы, Ирина Владимировна, оценили изменения отношении семей, беременных женщин к своему здоровью? Существуют тенденции по формированию осознанного, ответственного родительства? Какова роль государственных программ, общества в этих изменениях?

- Поднятая вами тематика является базисной в нашей работе. В этом направлении мы используем мировой опыт, опыт наших коллег врачей-кардиологов, пытаемся искать и внедрять собственные технологии. Эта очень большая, очень непростая и очень интересная тематика - тренд современного здравоохранения. Надеюсь, что журнал сможет ее в ближайшее время осветить и это будет интересно читателям. А мы готовы к дальнейшему сотрудничеству. ☺





Диагностический центр: флагман лучевой диагностики

Отдел лучевой диагностики в Алтайском диагностическом центре был создан в 1993 году. Сегодня в его составе - четыре отделения: отделение рентгенодиагностики, отделение рентгеновской компьютерной томографии; отделение магнитно-резонансной компьютерной томографии и краевая группа радиационного контроля.

С 2004 года отделение возглавляет **Владимир Геннадьевич КОЛМОГОВ**, главный внештатный рентгенолог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, врач-рентгенолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, автор 101 научной и учебно-методической работы. В 2013 году на Невском радиологическом форуме Владимир Геннадьевич был награжден премией «Лучший преподаватель лучевой диагностики России по лечебному факультету». Такое событие не случайно: отдел является практической и методологической базой по развитию всех основных направлений лучевой диагностики в Алтайском крае, признанным лидером в СФО по многим направлениям практических и научных изысканий в сфере МРТ-диагностики заболеваний костно-суставного аппарата, а также новых компьютерно-томографических методик исследования легких.

Мы благодарны Владимиру Геннадьевичу за предоставленную возможность задать несколько вопросов.

- Какие заболевания чаще выявляются с помощью методов лучевой диагностики?

- За последние два десятилетия лучевая диагностика сделала и делает серьезный технологический прорыв - поэтому сейчас спектр заболеваний, диагностируемых с помощью различного вида излучений, чрезвычайно широк. Исключением можно считать некоторые инфекционные, кожные заболевания.

- Давайте напомним читателям основные этапы развития лучевой диагностики.

- Старшему поколению еще памятно то время, когда в арсенале врача были только методы, основанные на свойствах рентгеновских лучей. Только в конце 80-х годов прошлого века стал применяться ультразвук. В 90-х появилась компьютерная томография. Именно в эти годы в открывшемся Диагностическом центре впервые появились рентгеновский и магнитно-резонансный томографы, исследования на которых стали доступны для пациентов всех больниц края. Именно тогда у населения края появилась возможность получать высокотехнологичную лучевую помощь при диагностике.

Время шло. В середине 2000-х годов мы почувствовали, что нам уже не хватает того потенциала, который у нас есть. В 2005 году был модернизирован наш магнитно-резонансный томограф. **В 2008 году нам удалось при поддержке Губернатора края приобрести два рентгеновских компьютерных томографа, выполняющих 4 и 64 среза за один оборот рентгеновской трубки - появилась возможность исследовать сосуды не только тела, но и сердца.** Такие исследования специалисты Центра стали выполнять первыми в крае. Было налажено сотрудничество с краевым кардиологическим центром, с кардиоотделениями городских больниц. Ежедневно в отделе лучевой диагностики проводятся обследования более чем 400 человек из всех уголков края.

Новый этап обновления оборудования начался в 2013 году. За счет собственных средств **нам удалось провести модернизацию томографа. Теперь мы получаем 128 срезов за один оборот рентгеновской трубки.** Сделан еще один значимый шаг для



улучшения качества диагностического изображения - **достигнута разрешающая способность томографа 0,35мм.** Таким образом, проводится более точная диагностика состояния мелких сосудов, мелких ветвей коронарных сосудов.

За последние восемь лет в медицинских учреждениях края появилось порядка двадцати томографов. Это результат действия программ «Здоровье», модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах, федеральной программы по нейро-сосудистым патологиям. Надо понимать, что «высокие» технологии не идут вслед за техникой автоматически, на ней надо учиться работать, поэтому основная задача, стоящая перед лучевой диагностикой края сейчас, - **подготовка высококвалифицированных врачебных кадров.** Именно эту задачу отдел лучевой диагностики решает сейчас совместно с профильными кафедрами Алтайского медицинского университета. **Диагностический центр, являясь по существу флагманом в развитии лучевой диагностики в крае, играет роль образовательного центра.** Все врачи-рентгенологи регулярно проходят обучение на нашей базе. Наши специалисты выезжают на места в города и районы края, дают практические рекоменда-



КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

ции, мастер-классы специалистам, которые должны в полной мере знать возможности применяемой аппаратуры. Более пяти лет в ДЦАК работает система удаленного консультирования медицинских изображений, полученных в ЦРБ.

Когда в 2008-2009 годах только отработывали методику исследования коронарных сосудов при помощи компьютерной томографии, столкнулись со скептицизмом кардиохирургов. Они говорили: «Зачем ваши картинки? Проще сделать ангиографию». Однако надо учитывать, что ангиография - сложная поднаркозная процедура, не всегда хорошо переносимая пациентами: могут возникнуть осложнения. При ее проведении проводник через бедренную артерию идет к коронарным артериям. При КТ-коронарографии - процедура заметно проще: в локтевую вену пациента вводится контрастное вещество - и проводится исследование. Через полчаса человек спокойно идет домой, а врачи обрабатывают результаты. Прогресс - налицо.

Таким образом, за последние годы полностью обновлен парк лучевой техники Диагностического центра. Благодаря действию целевых федеральных программ приобретен, например, двухэнергетический рентгеновский остеоденситометр, который позволяет проводить исследования при заболевании остеопорозом. Достижимая точность результатов позволяет не только диагностировать заболевание, но и оценивать ход лечения. По программе модернизации приобрели цифровой флюорограф. Это современный рентгеновский аппарат для полного исследования органов грудной клетки. Качество получаемой картинки - цифровой рентгенограммы - такое же, как на цифровом аппарате. Приобретен современный цифровой маммограф, который укомплектован приставкой для пункционной биопсии.

В 2012 году благодаря программе модернизации здравоохранения в отделе установлен один из первых в России магнитно-резонансных томографов, в котором используется оптоволоконная система передачи данных и гентри диаметром 70см. Прежде размер ограничивался 60см - и это порождало проблемы при прохождении обследования тучными людьми, а также теми, кто испытывает страх замкнутых пространств. Даже увеличение расстояния до человека на 5см положительно сказывается на его психоэмоциональном состоянии во время обследования. Сейчас используются новые методики, позволяющие получать более качественные результаты.

Сейчас в Диагностическом центре Алтайского края разрабатывается программа, которая позволит наладить для всех, кто попадает в группу риска, проведение профилактического исследования сердца на компьютерном томографе. Главным врачом Центра В.А. ЛЕЩЕНКО принято решение о смещении главного вектора работы одного из компьютерных томографов именно на профилактику заболеваний сердца. Сотрудники прошли обучение в ведущих центрах страны, и сейчас проводится отладка новой технологии. Следующим этапом станет решение организационных вопросов. В результате житель Алтайского края получит возможность профилактически исследовать коронарные сосуды, если у него установлен риск развития ишемической болезни сердца. Таким образом, превентивный осмотр позволит вовремя провести предупредительное лечение пациента, не дожидаясь возникновения у него острого коронарного



синдрома. Реестр больных составлен сотрудниками краевого кардиологического центра.

В планах Диагностического центра Алтайского края также приобретение еще одного рентгеновского томографа, рассчитанного уже на 160 срезов. Сейчас прорабатываем техническую документацию.

- Можно сказать, что Диагностический центр Алтайского края стал обучающим центром для специалистов не только края, но и других регионов страны?

- Регулярно в нашем Центре обучаются врачи из всех регионов СФО. Напомню о том, что наш Диагностический центр - в пятерке лучших диагностических центров России, которых несколько десятков! И это положение поддерживается на протяжении многих лет, в том числе и благодаря деятельности нашего отдела лучевой диагностики. Стараемся не стоять на месте.

- Ваши сотрудники имеют возможность заниматься наукой?

- С первого года работы Диагностического центра Алтайского края сложился плодотворный симбиоз с кафедрой лучевой диагностики АГМУ. И сегодня сотрудники отдела лучевой диагностики, рентгенологи, являются ассистентами, доцентами этой кафедры. В профессиональном сообществе хорошо известно имя Александра Валерьевича БРЮХАНОВА, профессора, заместителя главного врача Диагностического центра Алтайского края, автора более 200 научных работ по лучевой диагностике. Каждый сотрудник Центра имеет возможность заниматься научной работой. Ежегодно защищаются кандидатские и докторские диссертации. Выбранные темы разрабатываются на материалах Диагностического центра, потому что здесь удачно сочетаются практическая и научная работа. Важным фактором является и поддержка главного врача Центра В.А. Лещенко, который в курсе всех новшеств и своим энтузиазмом не дает нам останавливаться на достигнутом. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,
26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

На правах рекламы



«Сейчас вносить изменения в антитабачный закон не нужно - нужно отработать правоприменение»

Об этом первый заместитель председателя комитета Госдумы РФ по охране здоровья, академик РАН Николай ГЕРАСИМЕНКО заявил на парламентских слушаниях, посвященных первой годовщине действия «антитабачного» закона. Основной целью мероприятия было обсудить реализацию закона и возникшие трудности.

Как известно, нормы закона вступают в силу поэтапно: например, очередной блок запретов, среди которых - запрет на курение в гостиницах и ресторанах, начал действовать с 1 июня 2014 года. Это было сделано специально, чтобы дать время на подготовку к исполнению закона всем ответственным и заинтересованным ведомствам и организациям. А вот штрафы были введены только через несколько месяцев после начала действия первых запретов по другой причине. По словам Николая Федоровича, во многом это было связано с противостоянием сильному лобби табачных компаний.

Одной из главных целей антитабачного закона является **снижение заболеваемости населения, оздоровление нации, увеличение средней продолжительности жизни**. Добиться этого планируется, в том числе, за счет приобщения людей к здоровому образу жизни, отказа их от вредных привычек, среди которых курение уверенно занимает первое место. И хотя, по мнению Николая Герасименко, система мониторинга потребления табака вызывает вопросы и озвученные данные требуют проверки (по данным Минздрава РФ, **за последний год снижение потребления табака составило 16-17%** - это результат, которого другие страны добивались десятилетиями), сам факт снижения объемов производства и потребления табака в стране бесспорен.

«В этом наиболее важную роль играет акциз - несмотря на то, что табачники пугают Минфин, дескать, повышение акцизов дает большой процент контрабанды. На самом деле это не так: контрафакт и контрабанда варьируют от 0,7 до 2%, поэтому акцизы нужно повышать более быстрыми темпами», - настаивает Николай Герасименко.

«Антитабачная» кампания уже дает первые результаты, несмотря на выявленные «слабые места» в правоприменительной практике: «Когда закон вступил в действие, не были утверждены знаки запрета на курение, сейчас до сих пор еще нет табличек со штрафами», - говорит Николай Герасименко. - Нужно отметить, что пока органы государственной власти субъектов РФ, муниципальных образований недостаточно занимаются координацией деятельности по борьбе с табакокурением. **Сейчас самая главная задача, прежде всего, у мэров, глав муниципальных образований - координировать работу по борьбе с курением**, а не надеяться только на ведомства и общественные организации».

По словам Николая Федоровича, проведенные недавно в Москве исследования показали: **больше всего курят в больницах, школах, а также курят полицейские**. «Нельзя, чтобы врачи в халатах курили вместе с больными, нельзя, чтобы учителя вместе с учениками курили во дворе школы, нельзя, чтобы полицейские в форме, когда они кого-то штрафуют, в это время курили, - считает парламентарий. - Это должна быть позиция и ведомств, и чисто человеческая позиция, ведь с этих людей берут пример так же, как с кумиров, с актеров, спортсменов!».

Однако сейчас, по словам депутата, предпринимаются попытки ослабить антитабачный закон. «Появилось и активно начало действовать некое Общероссийское движение за права курильщиков, в котором состоят известные публичные люди. Это движение поддерживает Федерация независимых профсоюзов России, они собрали 100 тысяч подписей, направили их Президенту, в Госдуму, хотят убрать многие положения зако-



нодательства и вернуться к прежнему положению вещей. Почему наши выдающиеся актеры больше выступают на стороне табачных компаний, а не как, например, на Западе: помните - Юл Бриннер, который был лицом «Мальборо», и с чего началась борьба с табакокурением в Америке, когда он открыто выступил по телевидению и попросил прощения: «Я вас обманывал, люди, что курение не вредно, а теперь я умираю от рака и прошу вас: не курите». **У нас, к сожалению, актеры выступают на стороне табачных компаний. Также непонятна позиция профсоюзов**. Вместо того чтобы заниматься здоровьем работников - их физкультурой, питанием, они борются за интересы табачных компаний», - недоумевает депутат.

В профильном комитете Госдумы находятся несколько законопроектов, которые в той или иной степени касаются мер о восстановлении кириллицы, отмены нормы о 15 метрах, также внесен законопроект о монополии на производство табака, несколько законопроектов касаются разных ужесточений (например, предлагается запретить курить в парках).

«Но сейчас, наверное, надо год выждать в отношении внесения в антитабачный закон поправок любого характера, давайте отработаем правоприменительную практику. А через год проведем парламентские слушания на тему: «Анализ правоприменительной практики законодательства в сфере борьбы с потреблением табака», посмотрим на полученные результаты и сделаем соответствующие выводы», - считает Николай Герасименко. ☺



Особенности детской эпилепсии



**Елена Сергеевна
АЗАРОВА,**

врач-невролог, высшая квалификационная категория, эпилептолог, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Эпилепсия у детей отличается большим разнообразием. Встречаются самые разные синдромы: от доброкачественных до злокачественных.



При доброкачественном («самоограниченном», self-limited, англ.) **эпилептическом синдроме приступы легко поддаются лечению и проходят с возрастом без последствий.**

Развитие доброкачественных эпилепсий обусловлено локализованной дисфункцией коры развивающегося головного мозга без сопутствующего структурного ее повреждения. Возраст возникновения дисфункции разный и специфичен для отдельных эпилептических синдромов.

Существует несколько возрастных периодов с высокой склонностью к развитию эпилептических приступов.

Первый такой период - **неонатальный**, когда развиваются неонатальные судороги.

Второй - возраст от 18 до 24 месяцев, когда отмечается пик фебрильных приступов и инфантильных синдромов (приступы при этом выглядят как генерализованные). Это доброкачественные эпилептические приступы младенчества (в научной литературе описано несколько форм с разными проявлениями).

Третий - возраст от 3 до 4 лет, когда развивается синдром Панайотопулоса с его преимущественно ве-



гетативными симптомами. У дошкольников и детей раннего школьного возраста развиваются фокальные приступы роландической эпилепсии, идиопатической затылочной эпилепсии с поздним началом и абсансы, характерные для детской абсансной эпилепсии.

В подростковом возрасте дебютируют идиопатические генерализованные эпилепсии с абсансами, миоклоническими приступами и генерализованными тонико-клоническими судорогами в периоде после пробуждения.

К сожалению, наличие доброкачественного («самоограниченного») синдрома не исключает риска развития познавательных и поведенческих нарушений до его начала или во время течения эпилепсии.

Самыми тяжелыми эпилепсиями в детском возрасте считаются эпилептические энцефалопатии. В основном, они имеют катастрофическое течение из-за наличия эпилептиформной активности (ЭЭГ), оказывающей негативное влияние на развивающийся мозг. Продолженные эпилептические разряды, даже при отсутствии приступов, приводят к регрессу психического развития и различным нарушениям поведения.

Характер межприступной эпилептиформной активности (ЭЭГ) зависит от возраста: у новорожденных - это паттерн «вспышка-подавление» (ему соответствуют синдромы Отахы-





ра и Айкарди), у младенцев - гипсаритмия (ассоциирована с синдромом Веста) - хаотичные волны различной длины на электроэнцефалограмме, исходящие из различных отделов мозга, после двухлетнего возраста - медленная генерализованная спайк-волновая активность (характерна для синдрома Леннокса-Гасто и эпилептической энцефалопатии с продолженной спайк-волновой активностью во сне). Иногда эпилептические энцефалопатии могут эволюционировать, например, из синдрома Веста может развиваться синдром Леннокса-Гасто. **Практически все эпилептические энцефалопатии возрастзависимы** - их клинические и энцефалографические проявления стихают к подростковому возрасту. Но, к сожалению, интеллектуальные и поведенческие нарушения уже необратимы.



Промежуточное положение между возрастзависимыми доброкачественными и злокачественными эпилептическими синдромами занимают симптоматические и криптогенные формы фокальных эпилепсий. Они дебютируют в любом возрасте. Фокальные эпилепсии, в зависимости от характера приступов, морфологических изменений в головном мозге и изменений на ЭЭГ, делятся на лобную, височную, затылочную, теменную и мультифокальную формы. Прогноз их течения зависит от многих факторов: наличия эпилептогенного структурного дефекта в головном мозге (по данным МРТ), эффективности адекватной антиэпилептической терапии, неврологического дефицита, степени выраженности разрядов на ЭЭГ и др.

В детском возрасте чрезвычайно важно правильно установить форму эпилептического синдрома, так как от этого зависят и прогноз течения, и подходы к терапии. ☺

У творческих людей особенный мозг

Ученые установили, что творческая составляющая личности отчасти заложена в некоторых людях с рождения.



Существуют общие черты, свойственные только творческим людям. В частности, это касалось мозговой интеграции - процесса развития мозга, характеризующегося открытостью к обучению и более широким взглядом на жизнь. Также у творческих людей негативные эмоции не блокируют новые направления интересов.

В рамках исследования особенностей мозга принял участие 21 швед, который получил 70-90% по тесту креативного мышления. Добровольцам сделали электроэнцефалографию, проверили скорость принятия решений, обработки информации и чувство согласованности. Собранные данные показали, как протекала мозговая интеграция. И протекала она лучше всего у людей, хорошо справившихся с творческими тестами. Творческие люди быстрее обрабатывали информацию, правильнее принимали решения и ощущали, что они контролируют ситуацию. То есть процесс мозговой интеграции связан с работой всего мозга в целом и психологическим развитием.

Новый шлем может быстро диагностировать инсульт

Шлем, использующий микроволны для изучения мозговых тканей, способен довольно точно диагностировать тип инсульта пациента.



Команда шведских ученых разработала специальный шлем, который использует слабое микроволновое излучение, чтобы построить картинку сосудов в мозгу. Он позволит оперативно устранить причины нарушения кровообращения мозга, а значит, повысить шансы пациентов на выздоровление. Ученые протестировали эффективность разработанного устройства на 45 пациентах в больничных условиях. Система также может усваивать собственный «опыт», то есть чем чаще используется устройство, тем точнее должна становиться диагностика. Его применение позволит избежать обширных повреждений, что поможет сократить пребывание в больнице и уменьшить потребность в реабилитации, что, в свою очередь, и даст положительный эффект как для пациентов, так и для системы здравоохранения.



Жизнь - без алкоголя!

Алкоголизм - заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам и нарушающее социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием.

Отравление алкоголем, содержащимся в спиртных напитках, а также в жидкостях бытового и технического назначения, - **острая алкогольная интоксикация, - характеризуется ослаблением основных нервных процессов и прежде всего торможения, оказывающего решающее влияние на правильность поведения человека, его мышление и речь.** Самые незначительные количества алкоголя заметно понижают способность человека к физической и умственной работе.

Пиво - это тоже алкоголь!

В пиве содержится этиловый спирт, вызывающий зависимость. **Пивной алкоголизм - это такой же алкоголизм, что и водочный, коньячный.** Общее - в том, что в любом случае человек пьет этиловый спирт. Отличия делают пивной алкоголизм опаснее. Первое отличие - психологическое. Пиво воспринимают как газировку: если для вина, водки нужно создавать повод, соблюдать ритуал, то пиво «можно выпить просто так». Вполне нормальным считается выпить пиво по дороге домой, дома на диване, вместе со взрослыми сыном или дочерью. Второе отличие - химическое. **В состав пива входят очень вредные вещества - моноамины** (продукты распада хмеля, которые и дают основной элемент пивного опьянения). **Среди них есть и кадаверин (трупный яд).**

Алкоголизация пивом создает ложное впечатление благополучия. Так, пиво считается «почти не алкоголем». Для пивной алкоголизации долгое время не характерны алкогольные эксцессы с драками и вытрезвителем. Потребность выпить пива не вызывает такую тревогу у человека, как потребность в водке. **Пивной алкоголизм развивается медленнее, чем водочный, но протекает тяжелее.**

Здоровье дороже!

В России житель старше 15 лет выпивает в среднем 15,1л чистого спирта в год! Актуальность этой проблемы очевидна.



Всем известно, что даже умеренное употребление алкоголя отражается на здоровье. Соматическая патология у больных алкоголизмом (алкогольная болезнь печени, ишемическая болезнь сердца, ожирение у мужчин и дефицит массы тела у женщин, отечность кожных покровов лица), а также гормональные расстройства проявляются на самых ранних этапах заболевания.

«Благодаря» алкоголю у человека страдает способность зачать и родить здоровых детей. Возникает мужское и женское бесплодие. Систематическое употребление алкоголя, даже в малых дозах, часто ведет к высоким рискам перинатальной смерти плода и множественным порокам развития.

Негативные последствия употребления алкоголя можно перечислять бесконечно.

Необходима профилактика

Алкоголизм, как и другие болезни, можно предупредить. На это и направлена профилактика алкоголизма в глобальных масштабах, в рамках отдельного государства, в каждой отдельной семье, в учебном заведении, на предприятии. В профилактике алкоголизма важную роль играет распространение информации о вредном влиянии спиртного на человеческий организм и формирования негативного отношения к алкоголю. Кроме того, развитие массового спорта и физической культуры, формирование здорового образа жизни делают неприемлемым употребление любого алкоголя.

Профилактика алкоголизма, особенно среди подрастающего поколения, стала насущной необходимостью. Многие молодые люди ошибочно считают, что употребление алкоголя помогает найти друзей и подруг, стать более уверенным в себе, преодолеть свои комплексы и хорошо провести время. Поэтому необходимо сформировать реалистичный взгляд на алкоголь. Особенно





важна профилактика употребления алкоголя среди младших и средних школьников, так как в этом возрасте закладывается отношение ко многим жизненным вещам.

Не стоит нарушать закон

В соответствии с п.1 ст.8 закона Алтайского края от 06.02.2012 №5-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере розничной продажи алкогольной и спиртосодержащей продукции на территории Алтайского края» **не допускается розничная продажа алкогольной продукции с 21 часа до 9 часов по местному времени**, за исключением розничной продажи алкогольной продукции и розничной продажи пива и напитков, изготавливаемых на основе пива, при оказании организациями и индивидуальными предпринимателями услуг общественного питания, а также розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой магазинами беспопышной торговли.

Кроме того, **запрещена реализация алкоголя, в том числе и пива, в нестационарных торговых объектах.**

Однако ситуация по-прежнему остается сложной. По данным токсикологического мониторинга, в 2013г. было зарегистрировано 983 случая острых отравлений от токсического действия алкоголя, из них со смертельным исходом - 221 случай. В I квартале 2014г. было зарегистрировано 200 случаев острых отравлений от токсического действия алкоголя, из них со смертельным исходом - 25 случаев.

Алкоголизм, как и другие болезни, легче предупредить, чем лечить. Поэтому призываем задуматься: стоит ли выпить стакан-другой пива или другого горячительного или лучше воздержаться?.. ☺

И.П. САЛДАН,
руководитель Управления
Роспотребнадзора по Алтайскому краю,
Главный государственный санитарный врач
по Алтайскому краю, д.м.н., профессор

Уважаемые потребители!

По фактам незаконной продажи алкоголя вы можете обратиться в Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю по адресу: г.Барнаул, ул.М.Горького, 28, тел. 24-99-59, 66-54-27 или отправить сообщение на сайт Управления Роспотребнадзора (<http://22.rosпотребнадзор.ru>), а также в территориальные отделы Управления.

Информация об адресах и телефонах территориальных отделов, графике приема граждан на всех административных территориях размещена на сайте Управления <http://22.rosпотребнадзор.ru> в разделе «Общественная приемная».

Здоровое питание глазами россиян

42% россиян считают, что придерживаются здорового питания, выяснил Фонд «Общественное мнение». 46% признались, что чаще едят вредную пищу, остальные - затруднились с ответом.

Подтвердилось также, что чем старше человек, тем больше внимания он уделяет качеству еды и напитков. Под здоровым питанием россияне чаще имеют в виду овощи и фрукты, которые они вырастили на собственных дачах и садовых участках. 6% людей обращают внимание на состав продуктов в магазинах, выбирая товары, на упаковках которых указано меньше химических добавок и консервантов. За количеством витаминов следят только 2% опрошенных. Причем большинство старается получить их из овощей и фруктов, и лишь единицы верят в БАДы.



Сидят на диете или просто ограничивают себя в еде всего пять человек из ста. Некоторые стараются избегать чипсов, газировки и прочих продуктов, которые традиционно считаются вредными, отказываются от фаст-фуда и полуфабрикатов и отдают предпочтение домашней еде. Каждый сотый заявил, что ест всё, что ему захочется, и даже не пытается контролировать свой рацион.

Россияне, которые не считают свой рацион здоровым, обычно жалуются на то, что не могут найти качественные продукты на прилавках магазинов. Каждый десятый заявил, что здоровое питание слишком затратное и он не может себе этого позволить. Шесть человек из ста перекусывают на бегу чем придется, потому что у них нет времени на полноценные обеды и ужины. Лишь некоторые признались, что им не хватает силы воли, чтобы ограничивать себя во вредных и вкусных продуктах.

В целом, больше половины опрошенных недовольны тем, что их окружающие уделяют слишком мало внимания качеству своего рациона. Некоторые респонденты сообщили, что они и их близкие просто не разбираются в том, что, как и когда стоит есть. ☺





Гестационный сахарный диабет. Исходы для матери и плода

**Юлия Алексеевна
ДУДАРЕВА,**

врач акушер-гинеколог,
кандидат медицинских
наук, ассистент кафедры
акушерства и гинекологии
ФПК и ППС, Алтайский
государственный
медицинский университет

**Гестационный
сахарный диабет -
это заболевание,
характеризующееся
гипергликемией,
впервые
выявленной
во время
беременности.**

В последние годы распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) неуклонно растет во всем мире. В разных странах его частота варьирует от 1 до 14 процентов.

Рост частоты ГСД является достаточно серьезной медико-социальной проблемой в связи с тем, что **нарушение углеводного обмена у беременной женщины ведет к осложненному течению беременности и родов, является основным фактором риска развития эндокринных и сердечно-сосудистых заболеваний у родившихся детей в последующем.**

Одним из основных пусковых факторов возникновения ГСД являются те физиологические изменения углеводного обмена, которые имеются у всех беременных. Прежде всего, это связано с инсулинорезистентностью беременных женщин, выраженность которой, с увеличением срока гестации, постепенно нарастает. **Инсулинорезистентность - это снижение или отсутствие чувствительности ткани к инсулину.** Основную роль в этом процессе играют гормоны плаценты: человеческий плацентарный лактоген - аналог гормона роста, эстрогены и прогестерон. Кроме того, нарастает концентрация свободной и связанной фракций кортизола, пролактина, которые в период гестации могут оказывать диабетогенное действие.

Учитывая рост данной эндокринной патологии в популяции последних десятилетий, негативные последствия ГСД как для матери, так и для плода, и при этом отсутствие единых подходов к диагностике и коррекции данного осложнения беременности эндокринологов и акушеров-гинекологов, в 2011 году после многократных обсуждений эксперты Российской ассоциации эндокринологов и эксперты Российской ассоциации акушеров-гинекологов

приняли единые критерии диагностики ГСД и других нарушений углеводного обмена во время беременности. В основу этих критериев положены результаты анализа крупнейшего многонационального исследования HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes - гипергликемии и неблагоприятных исходов беременности), проведенного в 2000-2006 годах.

На сегодняшний день диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в две фазы: первая фаза - при первом обращении беременной к врачу, вторая - на 24-28-й неделе беременности.

При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель в обязательном порядке проводится одно из следующих исследований:

- **глюкоза венозной плазмы натощак** (определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течение не менее 8 часов, но не более 14 часов);

- **НЬА1с** (гликированный гемоглобин) и **глюкоза венозной плазмы** в любое время дня вне зависимости от приема пищи (нормальный показатель - до 5,1 ммоль/л).

Всем женщинам, у которых на ранних сроках беременности (фаза исследования) не было выявлено нарушение углеводного обмена, но они входят в группу высокого риска по развитию гестационного сахарного диабета, между 24-й и 28-й неделями проводится **пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ) с 75г глюкозы.**

В группу высокого риска по развитию сахарного диабета относятся женщины, имеющие:

● избыточный вес до беременности (ИМТ - более 25,5);



Школа ответственного родительства

- сахарный диабет у ближайших родственников;

- отягощенный акушерский анамнез (предыдущий ребенок родился весом более 4000 граммов, с большой окружностью живота, широким плечевым поясом; мертворождение; пороки развития у предыдущих детей);

- ГСД в предыдущих беременностях;

- наличие сахара в моче (глюкозурия) до 24-28 недель беременности.

ПГТТ с 75г глюкозы является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150г углеводов в день), как минимум, в течение трех дней, предшествующих исследованию. Тест проводится утром натощак после 8-14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30-50г углеводов. Пить воду не запрещается. В процессе проведения теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается. Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови, по возможности, следует принимать после окончания теста.

Диагностическими критериями отсутствия ГСД являются следующие показатели:

- глюкоза венозной плазмы натощак - менее 5,1ммоль/л,

- через 1 час в ходе перорального глюкозо-толерантного теста - менее 10,0ммоль/л,

- через 2 часа - 7,8-8,5ммоль/л.

Если вышеуказанные критерии не соблюдены, тогда выставляется диагноз «гестационный сахарный диабет». При постановке такого диагноза, в первую очередь, требуется **соблюдать диету с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров**. Не следует употреблять в больших количествах мучные и копченые продукты, сахар, жирную пищу. Необходимо равномерное распределение суточного объема пищи - на 4-6 приемов. Стараться больше двигаться, при отсутствии противопоказа-



ний, например, ходьба не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне.

При этом сама **пациентка должна осуществлять самоконтроль**, результаты которого предоставляются врачу в виде дневника. **Самоконтроль включает определение:**

- гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров) натощак, перед и через 1 час после основных приемов пищи;

- кетонурии (ацетон в моче) или кетонемии утром натощак, с помощью специальных тест-полосок в домашних условиях;

- артериального давления;

- шевелений плода;

- массы тела.

При отсутствии эффекта от диетотерапии назначается подкожное введение инсулина. Важную роль при данной патологии имеет информирование педиатров и подростковых врачей о необходимости контроля за состоянием углеводного обмена и профилактики сахарного диабета у ребенка, мать которого перенесла ГСД.

Пациенткам, входящим в группу повышенного риска по развитию гестационного сахарного диабета, очень важно планирование беременности: полное клинико-лабораторное обследование, консультация акушера-гинеколога, эндокринолога и других специалистов, минимум за три месяца до зачатия, а затем ранняя постановка на диспансерный учет по беременности.

В содружестве с врачами - акушерами-гинекологами и эндокринологами женщине решается любая проблема! ☺

На сегодняшний день диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в две фазы: первая фаза - при первом обращении беременной к врачу, вторая - на 24-28-й неделе беременности.



Врач с территории детства

Значимой страницей в истории Алтайского медицинского университета стало открытие педиатрического факультета. Сейчас почти невозможно представить, что проблемы детства почти до 70-х годов прошлого столетия не только в селах, но и в городах решались чаще всего фельдшерами. С открытием педиатрического факультета был сделан важный шаг в обеспечении службы дипломированными специалистами с высшим медицинским образованием не только края, но и других областей Сибири.

В этом году **Анатолий Васильевич ФЕДОРОВ**, возглавлявший факультет с 1970 года, позднее - кафедре педиатрии факультета усовершенствования врачей, отметит и личный юбилей - 75-летие. Рассказ о своей жизни он начинает с самого начала - с воспоминаний о военном детстве в Сталинградской области. Анатолий Васильевич помнит, как дважды в 10 и 16 часов ежедневно немцы бомбили их село. А потом пленных немцев эшелонами везли в Москву... До сих пор в его рабочем кабинете хранится осколок снаряда, найденный у родительского дома. Кусок железа тронут ржавчиной, но он все такой же грозный...

Многолетняя врачебная практика А.В. Федорова отмечена званиями и наградами. Итоги работы и научных изысканий профессора АГМУ отражены в более чем 180 публикациях, ряде изобретений и рационализаторских предложений. При его научном консультировании и руководстве выполнены три докторские и более тридцати кандидатских диссертаций. В процессе научной, педагогической и врачебной деятельности Анатолий Васильевич всегда щедро делится своим опытом, своими знаниями с коллегами и многочисленными учениками, которые уже сами стали профессорами, заведующими кафедрами, доцентами, ассистентами АГМУ и заслуженными врачами Российской Федерации. Это - профессора **О.И. КОЛЕСНИКОВА**, **В.А. БЕЛОУСОВ**, **А.А. ОСИПОВ**, **Ю.В. ТЕН** (зав.кафедрой детской хирургии, Заслуженный врач РФ), **Ю.Ф. ЛОБАНОВ** (зав.-кафедрой педиатрии №2 педиатрического факультета), главные врачи детских больниц (**И.Ф. ЗАЙЦЕВ**, Заслуженный врач РФ, **В.П. ТОКАРЕВ**, кандидат медицинских наук, **А.Н. ДАНИЛОВ**, доцент, кандидат медицинских наук, **И.И. ЛЕЕР** и другие), доценты (**А.М. ВАЙГЕЛЬ**, **В.М. ГОРОБЧЕНКО**, **В.Н. СЕРОКЛИНОВ**, **А.К. СМЕРНОВ**, **В.И. ГОЛОВКО**, **И.В. ИВАНОВ**, **Л.И. ЗИНОВЬЕВА**), **М.В. МЕШКОВ**, зав.отделением реанимации, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, а



также многие другие врачи стационаров, поликлиник городов и районов края.

Многие годы Анатолий Васильевич был председателем «Общества врачей-педиатров Алтайского края» и председателем Алтайского филиала «Дет-ского фонда РФ». Заслуги А.В. Федорова высоко оценены правительством РФ: он награжден знаком «Отличник здравоохранения», медалью «За трудовое отличие», ему присвоено звание «Заслуженный врач РФ».

Но главное - в другом: и спустя годы **Анатолий Васильевич** так же, как в начале врачебной практики, **переживает за каждого пациента, за правильность постановки диагноза и назначение лечения.**

Анатолий Васильевич считает, что **в последние годы система образования претерпела изменения, которые не лучшим образом сказываются на подготовке практикующих детских врачей.** Он - сторонник обязательного распределения и того, чтобы врачи на местах, особенно в сельской местности, имели возможность получить жилье, другие социальные льготы. **Детских врачей, по его мнению, необходимо учить у постели больного ребенка, а не теоретически - у компьютера, хотя и это тоже чрезвычайно важный аспект обучения.**

О себе Анатолий Васильевич рассказывает:

- Я окончил педиатрический факультет 2-го Московского медицинского института в 1963 году, по



распределению приехал на Алтай, работал в детском отделении Алтайской краевой больницы. Следующим этапом в моем профессиональном становлении стало обучение в целевой аспирантуре в Ленинграде на кафедре академика Александра Федоровича ТУРА (*его портрет висит на стене кабинета Анатолия Васильевича. - прим.ред.*). Защитил диссертацию и вернулся на Алтай. К тому времени первый набор педиатрического факультета в медицинском институте как раз дошел до 4-го курса. Тогда клинической базы практически не было, приходилось одновременно решать множество проблем. Постепенно, с каждым годом, удавалось увеличивать набор студентов до 150, потом - до 200 человек. Благодаря этому стало возможным на врачебных участках заменить фельдшеров на педиатров. Качество работы и помощи детям заметно улучшилось.

Сначала я заведовал кафедрой педиатрии, работал помощником декана факультета, потом - деканом. Наши выпускники трудились не только на территории Алтайского края - успешно лечили больных детей в Якутии, Новосибирской, Тюменской, Томской областях, в Горном Алтае и Туве, а также за рубежом (Германия, Франция, Англия). Институт стал кузницей кадров для Сибири и Алтайского края. В этот период времени мы серьезно занимались со студентами, они получали достойную теоретическую и практическую подготовку. Была организована курация студентами больных в детских больницах, начиная уже с третьего курса. Будущие педиатры обязательно проходили санитарскую, медсестринскую, общеврачебную и педиатрическую практику. С 3-го курса работали в поликлинике. На шестом курсе была субординатура. Мы достойно обучали врачей для первичного звена - наши выпускники после получения диплома были готовы к самостоятельной работе.

С 90-х годов в связи с модернизацией здравоохранения произошло сокращение приема на педиатрический факультет - с 200 до 75 человек. Прием в институт в настоящее время осуществляется по итогам ЕГЭ. На педиатрический факультет стали зачислять недостаточно ориентированных в профессии врача абитуриентов, изменилась и вузовская программа подготовки врача - больше уделяется внимания теоретической подготовке, нежели клинической практике.

- Давайте остановимся на научных работах кафедры. Достигнуты ли, по вашему мнению, успехи за эти годы?

- Наука - это особый предмет нашей деятельности. **Основное научное направление кафедры - решение проблем детской гематологии.** На базе краевой клинической детской больницы была открыта и функционирует **научно-исследовательская лаборатория гемостаза**, где проводят исследования не только аспиранты и сотрудники кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей, но и сотрудники смежных кафедр и практические врачи. Разработаны стандартизованные высокочувствительные методы исследования системы гемостаза, приемлемые для

детского возраста. Причем спектр этих методов постоянно расширяется. Внедрение их в клиническую практику позволило выявить большую группу детей, страдающих кровоточивостью, причина которой ранее не была расшифрована. Сейчас мы говорим о приобретенной и наследственной тромбоцитопатии.

Многие годы в исследовании системы гемостаза мы работали совместно с **З.С. БАРКАГАНОВ**, провели огромную работу по решению проблем больных гемофилией, создали регистр больных, внедрили в клиническую практику диагностику различных форм гемофилии, выстроили систему профилактики эпизодов кровоточивости и ранней инвалидизации больных. **Благодаря нашим усилиям гемофилию включили в группу орфанных заболеваний**, что позволило обеспечить этих больных очищенными VIII и IX факторами свертывания крови, которые полностью исключают заражение детей гепатитами, что нередко случалось при использовании препаратов из донорской крови. В результате больные дети получили право на полноценную жизнь, не обременяют семью, не получают инвалидность. Мы заставили говорить об этих людях, о существующей у них проблеме со здоровьем, - до их инвалидизации. **Решаем проблему пренатальной диагностики.** Помогаем планировать рождение здоровых детей в семьях риска. Своевременная диагностика позволяет сделать вывод - здоров малыш или нет, - уже на ранних сроках беременности. В случае наличия различной патологии оказываем помощь сразу после рождения.

Нами разработана оригинальная методика лечения преднизолоном больных тромбоцитопенической пурпурой, которая дает хороший эффект после короткого курса лечения глюкокортикоидами. Немаловажно и то, что больные в ходе лечения теперь не подвергаются оперативному вмешательству (удалению селезенки), как это часто было раньше.

Исследования системы гемостаза у больных геморрагическим васкулитом позволили разработать патогенетически обоснованное лечение, которое предупреждает необратимое поражение почек у таких детей.

- Таким образом, важной задачей педиатрической службы является курирование будущих мамочек с тем, чтобы исключить в том числе и наследственные заболевания?

- Да. Контроль внутриутробного периода развития ребенка обязателен. Обязательна в дальнейшем для врача-педиатра информация о том, как протекала беременность и роды, чтобы понять причины имеющейся патологии у ребенка. Если масса плода более четырех килограммов, кесарево сечение необходимо проводить планомерно, и в дальнейшем ребенок должен наблюдаться специалистами. При экстренных операциях возрастает вероятность вывихов и подвывихов шейных позвонков, что нередко сопровождается неврологической патологией. **Сотрудниками кафедры разработаны диагностические критерии различных форм перинатальных поражений центральной нервной системы**, в том числе и



▶ для дистанционной работы, чтобы врачи имели возможность вовремя диагностировать эти состояния, проводить лечение и реабилитацию таких больных. Надо помнить, что при осложненных родах прежде всего страдают участки головного мозга. Без своевременной помощи есть вероятность того, что ребенок будет позднее ходить, плохо говорить или не заговорит вообще, плохо успевать в школе. Без внимания и помощи врача такая симптоматика может остаться на всю жизнь.

Будущей матери врач обязан своевременно говорить обо всех возможных рисках, делать ее своим союзником. И эта задача вполне решаема, если будет снижена нагрузка на врачей, если их будет достаточно на участках.

Скажу и о другой проблеме - раннем переводе детей на искусственное вскармливание. Представьте, столько детей оставлены без материнского молока! Их перевод на вскармливание смесью, приготовленной из молока другого млекопитающего, - экологическая катастрофа для ребенка с непредсказуемыми последствиями на всю жизнь, особенно для будущей матери. «Иваны, не знающие родства» - вот кто растет в стране в результате отсутствия грудного вскармливания. **Только материнское молоко может отозвать к практике гены, которые заложены родословной, являются реальной связью каждого человека со своим родом, семьей.** Считаю проблему сиротства при живых родителях в нашей стране следствием искусственного вскармливания детей. Как кормили мать, так она будет кормить своего ребенка. Мать оставляет младенца и идет на дискотеку, потому что нет отозванного инстинкта материнства, ответственности за ребенка. Она просто не понимает, в чем она виновата. Не запущенная по вышеназванным причинам функция отмирает как невостребованная - это общеизвестный научный факт. Все дети рождаются талантливыми, а гениями становятся единицы из них, потому что они реализуют свои гены, подаренные им родственниками и природой.

Сегодня расшифрован генетический код человека, но это не значит, что мы сможем победить все болезни. Каждая женщина в течение жизни выраба-

тывает определенные способности противостоять инфекционным заболеваниям (иммунитет). И когда мать вскармливает молоком ребенка, она дает ему защиту (пассивный иммунитет) в виде готовых иммуноглобулинов, которые она выработала в течение всей предыдущей жизни. Если этот этап жизни ребенка исключить, он будет часто болеющим, особенно в первые годы жизни. Создавать условия для естественного вскармливания детей, поощрять его - вот задача общества, важнее которой сейчас нет.

- На что еще можно обратить внимание родителей, заботящихся о младенцах?

- Для нормального развития детей первых лет жизни важны не только квалификация врача, но и знание теми, кто ухаживает за ребенком, элементарных правил. Привычная картина: заболел ребенок, бабушка дает жаропонижающее при минимальном повышении температуры. А ведь часто повышение температуры до 38-38,5°C является ответной защитной реакцией организма ребенка, особенно при вирусных инфекциях. В таких ситуациях надо вызывать врача, а не назначать антибиотики, которые могут усугубить состояние больного.

- Можно оценить состояние здоровья детей сейчас в сравнении с периодом начала вашей врачебной практики?

- Возможности диагностики сейчас несравнимо выше. В том числе и по этой причине отдельные заболевания диагностируются чаще и раньше. Очевидно также, что репродуктивное здоровье женщин становится хуже с каждым годом. Сейчас наши дамы мало занимаются спортом, пьют, курят. Если речь идет о кормящей матери, - какие алкоголь и курение могут быть?! Доказано, что употребление спиртных напитков беременной женщиной приводит к развитию пороков сердца у младенца. Именно эта причина стоит на первом месте в ряду врожденной младенческой патологии. От приема матерью алкоголя страдают прежде всего эмбриональные клетки. Нарушается процесс формирования органов и систем организма. **Поэтому женщины детородного возраста должны позаботиться о своем здоровье и здоровье своего потомства.** Здоровый образ жизни и питание, физкультура и спорт, жизнь без спиртного, нар-

котиков и других средств, неблагоприятно воздействующих на репродуктивную функцию женщины, плода и ее новорожденного, - основные ориентиры для женщин детородного возраста.

Желаю крепкого здоровья вам и вашим детям! Будьте здоровы и счастливы! ☺

Лариса Юрченко

Фото автора и с сайта
www.agmu.ru



Перспективы развития факультета ВСО



Иван Егорович ГОССЕН, декан факультета ВСО АГМУ, кандидат медицинских наук, доцент, Заслуженный работник высшей школы РФ

Реформирование здравоохранения требует кардинальных перемен в подготовке средних медицинских работников, повышения уровня их образования. Сестринское дело - одна из тех редких профессий, на которую есть спрос во все времена.

Однако медицинская сестра, по престижности профессии, стоит скорее ближе к профессиональной группе санитарок, нежели врачей. То есть сестринское дело в том виде, в котором оно существует сейчас в России, не отвечает современным требованиям, оставаясь лишь вспомогательной службой. В этой ситуации становится очевидной необходимость реформирования российского сестринского дела, которое должно заключаться не только в изменении форм, методов и технологий обучения, применяемых в учебных заведениях, но и в развитии нового стиля мышления у медицинских сестер, врачей, руководителей ЛПУ.

Развивая многоуровневую систему подготовки медицинских кадров среднего звена, в России с 1991г. в систему обучения введено высшее сестринское образование (ВСО).

Необходимость поднять престиж деятельности медицинской сестры как представителя самостоятельной и важной для региона профессии, а также организация и проведение научно-исследовательских работ по проблемам улучшения качества сестринского ухода, внедрение новых медицинских технологий - это те предпосылки, которые направлены на реализацию ВСО в регионе.

В сентябре 2004 года на базе АГМУ был открыт факультет ВСО по специальности «Сестринское дело», квалификация - менеджер. С 2012 года вуз

получил лицензию на подготовку бакалавров, что позволило качественно повысить компетенцию и квалификацию сестры-руководителя, улучшить качество оказания медицинской помощи. Новые специалисты по уровню подготовки могут самостоятельно обеспечивать определенные виды деятельности, полностью отвечая за их конечный результат. Замечу, что **в настоящее время АГМУ - это единственный вуз в Сибирском федеральном округе, обладающий правом выпускать специалистов сестринского дела с высшим образованием.** Сегодня на факультете обучается более 250 студентов.

В начале становления нашего факультета, конечно, приходилось решать множество проблем. Прежде всего, это отсутствие твердой юридической базы к требованиям по трудоустройству выпускников факультета, а в большей степени это неготовность многих главных врачей к специалистам такого профиля. Немало усилий на факультете ВСО было направлено на создание учебно-методической базы и переориентацию преподавателей клинической сестринской подготовки с освещения преимущественно клиники заболеваний на организацию работы ЛПУ и их подразделений с целью обеспечения диагностических, лечебных, реабилитационных процессов. Надо сказать, что за эти годы нами было разработано и внедрено в учебный процесс более 60 учебно-методических пособий по всем основным разделам подготовки будущих специалистов, из них 9 являются полновесными учебниками. Третья группа проблем преподавания на факультете ВСО - обеспечение оптимального процесса передачи студентам (будущим менеджерам) комплекса знаний, умений, навыков, необходимых им в последиplomной деятельности.

Для решения этих проблем была разработана целая концепция развития факультета. Большую роль в становлении этой системы играют разработки систем оценивания видов деятельности студентов, что является одним из главных научно-методических направлений на факультете. **С сентября 2009 года в АГМУ и на факультете ВСО введена рейтинговая система оценки знаний студентов.** На факультете ведется активная работа на сервере дистанционного образования «moodle», где в электронном виде выложены все пособия, контрольные работы, расписание занятий, тесты и т.д., а также результаты выполненных работ. 95% контрольных работ сдаются студентами по электронной почте. Ежемесячно студенты и интерны должны сдать определенные тесты. И с каждым студентом мы имеем возможность вести электронную переписку через «moodle».

В 2006 году при факультете ВСО создана клиническая кафедра - сестринское дело. На ней ведутся занятия практически по всем клиническим дисциплинам (кроме хирургии и акушер- ▶



ства). Кроме этого, на кафедре проходят обучение и практику студенты 2-го курса лечебного и педиатрического факультетов по разделу «Уход за больными». Считаем, что это улучшает понимание и преемственность в отношениях «медицинская сестра - врач».

2014 год - знаменательный: АГМУ исполняется 60 лет, а нашему факультету - 10 лет. В этот юбилейный год путевку в жизнь получили еще **72 выпускника: из них пять - дипломы с отличием (О.Болдырева, Л.Круглова, Н.Кузнецова, Г.Сибиркина, И.Смахтина)**. По итогам государственной аттестации 2014 года средний балл равен 4,3; качественный показатель - 84%. Каждый второй студент на междисциплинарном экзамене получил «отлично», каждый третий - «хорошо». Четыре человека защищали дипломы, чей очень высокий уровень отметила комиссия. Около половины выпускников за время учебы получили продвижение по службе.

Перспективы будущего

- Постепенное освоение всех уровней подготовки специалистов сестринского дела. Выпускники факультета ВСО могут продолжить дальнейшее образование по специальности «Сестринское дело», квалификация «Управление сестринской деятельностью» в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и на курсах повышения квалификации АГМУ. С 2014 учебного года начинается переподготовка медицинских сестер со средним специальным образованием.

- Развитие последипломного образования, организация первичной специализации для выпускников ВСО по специальности «Управление сестринской деятельностью» и «Организация сестринского дела», так как **50% выпускников работают на должностях СМР, имея высшее образование.**

- Дальнейшее развитие заочной формы обучения; прием 100% контрольных работ по электронной почте, рассылка работ по кафедрам, а также электронное заполнение рецензий.

- Активное сотрудничество с Профессиональной ассоциацией специалистов сестринского дела и оказание всесторонней поддержки и помощи в развитии сестринского дела в городе и крае.

- Развитие материально-технической базы факультета. Переход на качественно новый уровень подготовки профессиональных кадров всех уровней сестринских служб возможен только при активном взаимодействии медицинского вуза с органами управления здравоохранением, с медицинскими учреждениями и другими структурами и формами образования. Речь идет о создании некоего «университетского холдинга», в котором университет является центром регионального образовательного пространства в области подготовки кадров для сестринской деятельности. **Определены основные задачи развития и совершенствования региональной сестринской службы. К ним относятся:**

- проведение продуктивных кадровых мониторингов;

- четкое определение потребности в специалистах;

- оптимизация системы «медицинский колледж - вуз - последипломное образование»;

- создание специальных медицинских учреждений (домов сестринского ухода, хосписов и т.д.),



используемых в качестве базы для обучения и апробации новых моделей сестринского процесса;

- совершенствование системы непрерывного образования.

В настоящее время с целью интеграции высшей медицинской школы и средних специальных медицинских учреждений в ведущих медицинских университетах России **создаются институты сестринского образования**, которые призваны объединить в одном учебном заведении все уровни подготовки специалистов сестринского дела (довузовский, вузовский и послевузовский). Подобное сотрудничество позволит объединить все уровни подготовки специалистов сестринского дела в одном учебном заведении для разработки и реализации новых форм и программ обучения, а также использовать в работе педагогический коллектив университета, который знает, что и как преподавать на каждом уровне образования. Только в этом случае можно действительно говорить о реальной преемственности знаний, умений и навыков.

Довузовская подготовка предполагает открытие на базе АГМУ медицинского колледжа, что позволит интегрировать учебные программы подготовки среднего и высшего сестринского звена, совершенствовать и координировать проведение производственной практики на базах клиник, подготавливать наиболее перспективных студентов к высшей форме сестринского образования.

Второй уровень - это факультет ВСО, который готовит медицинских сестер-руководителей, менеджеров в здравоохранении. Получая психолого-педагогические и административно-управленческие знания в вузе, специалисты с ВСО находят себе применение в качестве руководителей сестринским персоналом в ЛПУ, менеджеров фармацевтических фирм, преподавателей вузов и колледжей. Выпускники факультетов ВСО должны стать лидерами, инициаторами развития сестринского дела.

Оправдано создание в Институте сестринского образования **отделения последипломного образования**. На основе предыдущих уровней станет возможным дифференцирование целей и задач последипломного обучения для выпускников медколледжа, менеджеров здравоохранения, слушателей повышения квалификации и переподготовки специалистов сестринского дела среднего и высшего образования, а также реализация учебных программ, созданных на основе квалификационных характеристик специалистов разных уровней образования. ☺



Задержка нервно-психического развития у детей от 4 до 6 лет

Дошкольный возраст - это период интенсивного формирования психики ребенка на основании тех предпосылок, которые сложились в раннем детстве.

Четвертый год базируется на успехах и уровне, достигнутых к трем годам. Если трехгодовалый ребенок понимает то, что увидел и пережил, то четырехлетний способен понять то, чего не видел сам и о чем еще не знает, если ему толково рассказать об этом. **В этом возрасте ребенок задает много вопросов в день, и ответ решает многое.** Услышав ничего не значащий ответ, ребенок начнет и сам думать поверхностно. Потом он и вовсе перестанет слушать ответы, а будет лишь задавать вопросы один за другим. По характеру вопросов и их глубине можно судить об уме ребенка, направленности мышления, интересах, культуре.

Четырехлетний ребенок может заниматься одним делом 40-50 минут (40 минут - сангвиник, 50 минут - холерик и флегматик). В четыре года ребенок окончательно готов к сюжетно-ролевой игре со сверстниками. В ней он ставит цель, планирует ее достижение. **Во второй половине четвертого года жизни задает вопрос «Зачем?».** Нормально развивающийся ребенок расскажет, что и как он намерен сделать, в отличие от ребенка, умственное развитие которого задерживается, и идет путем проб и ошибок.

К четырем годам дети хорошо ходят и бегают, движения их рук свободные. **Хорошо развито равновесие, они прыгают**, мягко опускаясь на полусогнутые ноги, а при подскоках на месте отрывают обе ноги от пола. Дети очень любят лазить по лесенкам, отталкивать мяч, ловить и бросать двумя руками. Любят заниматься строительными материалами, играть песком, снегом, водой. **Они овладевают эле-**

ментарными способами рисования, лепки, наклеивания аппликаций. К четырем годам дети умеют сопоставлять предметы по ширине, длине, высоте. Так же **развиваются элементарные математические представления:** много или мало. Учатся считать до пяти и более, различают величину - выше, ниже, толще, отличают круг от квадрата или треугольника. **Пользуются понятием о времени** (утро, вечер, день и ночь), различают времена года. Обобщают предметы.

Пятый год характеризуется новым скачком в умственном развитии. Дети не испытывают никаких затруднений в общении и игре с другими детьми. Они соревнуются, спорят, доказывая свою правоту, командуют, организуют и подчиняются. К пяти годам **ребенок должен знать не только свое имя, но и отчество, фамилию, возраст, домашний адрес, транспорт, идущий к дому.** Хорошо пользуется конструктором, может собрать игрушку по прилагаемой схеме.

К этому возрасту дети умеют ходить и бегать по кругу, взявшись за руки, ходить на носках, подпрыгивать на двух ногах, двигаясь вперед. Могут ходить по доске, прыгать с небольшой высоты. **Выполняют элементарные танцевальные движения.** Внимательно слушают музыку, выразительно поют, узнают песню по мелодии, рассказывают стихи. Все более усвершенствуется умение рисовать, лепить, делать аппликации, работать с природным материалом. **Он может нарисовать человечка:** с головой (и волосами), глазами, носом, ртом, ушами, руками (и пальцами) и



Марина Михайловна ЗАУГОЛЬНИКОВА,

медицинская сестра,
высшая

квалификационная
категория, участковая
медсестра амбулаторного
отделения, КГБУЗ
«Алтайский краевой
психоневрологической
диспансер для детей»,
член ПАСМР с 2002 года

Ребенок с задержкой умственного развития может запаздывать с вопросами. И родители должны сами задавать ему вопросы и сами же на них отвечать.

Придет время, и ребенок сам вам задаст вопрос «Почему?».



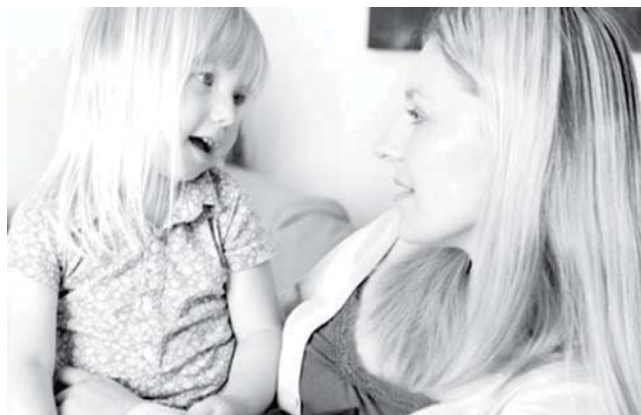
Советы медицинской сестры

ногами (со стопами). В этом возрасте дети умеют считать по порядку, сравнивать и складывать на наглядном уровне. Знают названия всех цветов и оттенков, используют их в процессе рисования и конструирования. Знают названия основных фигур. Составляют предметы и картинки по группам: фрукты, овощи, посуда, мебель, транспорт, одежда, животные и т.д., обобщая их. Составляют рассказ по сюжетным картинкам, улавливают суть главного. Речь фразовая, грамматически оформленная. Умеют правильно пользоваться предметами домашнего обихода, поддерживать установленный порядок (убирать за собой игрушки, посуду со стола и т.п.). Самостоятельно одеваться, застегивать мелкие пуговицы, завязывать шнурки.

Ключевой возраст, в котором ребенок обычно уже готов к школе, - это 5,5 лет. С этого возраста ему становятся доступны все виды обучения (иностранный язык, музыка по нотам, занятия в шахматном кружке и другие). Фундамент интеллекта заложен.

К шести годам движения детей становятся более энергичными и точными, приобретают легкость и изящество. Прыгают с разбега в высоту и длину. Подпрыгивают на месте, чередуя ноги, ловят мяч одной рукой. Свободно рисуют карандашами и красками. Вырезают ножницами различные формы и лепят. Умеют считать и отсчитывать по два-три предмета. Овладевают сложением и вычитанием: как с помощью наглядного материала, так и без него. У них формируется понятие деления предметов на разные части. Дети называют последовательно дни недели, времена года. Обобщают предметы методом исключения (из четырех-пяти картинок). Составляют последовательность по сюжетным картинкам (2-3-4 картинки). Пересказывают текст рассказа, сказки. Словарный запас - высокий (около 4 тысяч слов), речь фразовая, без косноязычия. Ребенок может выразить практически все свои мысли и понимает в речи взрослого все интонации. Уверенно ориентируется в пространстве, во времени - в настоящем, прошедшем и будущем, ориентируется в отношениях между людьми (хороший и плохой, сильный и слабый, понимает - не понимает, умеет - не умеет), в сложных отношениях между членами семьи.

В этом возрасте умственно развитому ребенку доступен смысл простых пословиц и поговорок. Проявляются устойчивые интересы в игре. Есть любимые роли, игры. Сюжет игр приобретает наибольшую полноту, яркость и выразительность, в них наиболее отражается жизнь взрослых. Предпочитает групповые игры, согласовывая свои действия и оказывая друг другу помощь. Выполняет правила поведения. Практически все умеет делать самостоятельно.




Если у малыша задержка психического развития

В этом возрасте достаточно четко проявляется задержка психического развития. Однако у таких детей наблюдаются выраженные эмоционально-волевые нарушения, сниженная познавательная активность и недоразвитие в игровой деятельности. Родители и педагоги часто обращают внимание на поведенческие особенности ребенка, в то время как уровень развития познавательных процессов его часто остается вне поля их зрения.

Очень важно позаботиться о том, чтобы у такого малыша было достаточно времени и возможностей знакомиться с людьми и с окружающим миром, совершать разнообразные действия. Ходите с ним в магазины, зоопарк, парки и скверы. Выберите несколько прочных и интересных игрушек, с которыми он мог бы делать все что угодно, устройте ему несколько удобных мест для игры. Помогите научиться делиться своими игрушками с другими детьми.

Чаще рассказывайте малышу о том, что вы делаете. Слушайте его и отвечайте ему, когда он пытается говорить. Даже если его речь невнятна, постарайтесь угадать, что хочет сказать малыш, и отвечайте ему так, как если бы вы его поняли. Рассматривайте с ним книжки с картинками. Сочиняйте истории, используя фотографии его самого и других членов семьи. Старайтесь поощрять даже минимальную активность ребенка словом, жестом. Ни в коем случае нельзя принуждать ребенка. Помните, что ребенок в этом возрасте любит заниматься тем, что доступно. Очень важно, чтобы в каждый момент малыш учился тому, к чему он уже готов. Разделяйте с малышом радость от его успехов. Нередко то, что осваивается медленно и с трудом, приносит малышу большую радость, чем то, что осваивается легко. ☺

	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 ребенку справиться с напряжением?



Ирина Юрьевна ДОБРЫНИНА,
педагог-психолог, первая квалификационная категория, КГБУСО «Краевой социальный реабилитационный центр для несовершеннолетних «Надежда», г.Бийск

Большинство родителей заинтересованы в развитии способностей своего ребенка: интеллектуальных, хореографических, художественных. Поэтому маленькие гении нередко загружены не меньше взрослых - детский сад, различные спортивные секции, занятия творчеством, подготовка к школе...

Все ли родители задумываются о том, что в процессе развития, воспитания, обучения ребенок получает огромное количество информации, затрачивает физические и эмоциональные ресурсы?

Значительные нагрузки отрицательно сказываются на здоровье и самочувствии детей. Так, **часто родители сталкиваются с проблемами детской гиперактивности.** Она проявляется в том, что *ребенок подвержен перепадам настроения, не может успокоиться и заснуть после активных игр и общения, проявляет раздражительность и агрессивность.*

Такие проблемы обусловлены тем, что нервная система ребенка-дошкольника еще незрела, ему сложно контролировать процессы возбуждения и торможения. **Как помочь малышу избавиться от перенапряжения?** Под силу ли это родителям или все-таки необходима помощь специалиста? **Предлагаем вашему вниманию несложные релаксационные приемы, которые помогут успокоить «разгудавшегося» ребенка.**

Принято считать, что релаксация показана только взрослым, так как она предполагает осознанное управление своим состоянием. Однако существуют многочисленные игры и упражнения, созданные или адаптированные специально для детей. Прежде всего, это игры и упражнения на основе нервно-мышечной релаксации.

Активная умственная деятельность и сопутствующие ей эмоциональные переживания создают излишнее возбуждение в нервной системе, которое, накапливаясь, ведет к напряжению мышц тела. **С целью устранения мышечных зажимов используются игры, помогающие достичь состояния релаксации путем чередования сильного напряжения и быстрого расслабления основных мышц тела.**

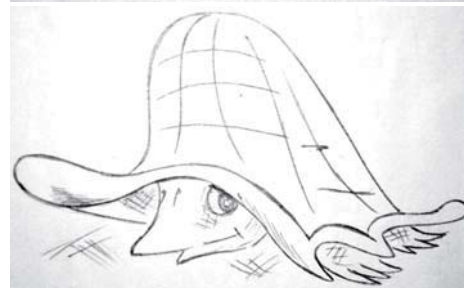
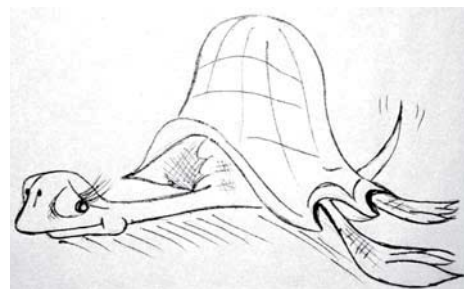
С дошкольниками, еще не способными к уверенному владению своим телом, различению состояний напряжения и расслабления, **можно исполь-**

зовать технику черепахи, превратив релаксацию в увлекательную игру.

Для начала нужно задать вопрос: *«Что делает черепаха, когда она испугана или когда ей грустно?»*. Большинство детей знает, что в такой ситуации она втягивает голову и ножки в панцирь. Затем предложите ребенку самому превратиться в черепашку: *«Что-то испугало или расстроило черепашку - втягиваем голову в плечи и сжимаемся, группируемся. Для этого сядем, наклонимся вперед, опустим голову на грудь, поднимем руки со сжатыми кулачками и прижмем их к голове. Держимся крепко-крепко, как только можем... Опасность миновала, можно расслабиться - медленно поднимаем голову, опускаем плечи, вытягиваем ручки»*. Упражнение повторяется несколько раз.

Чтобы ребенку было интереснее и веселее, каждый раз можно придумывать различные поводы для беспокойства и радости черепашки, а также использовать специальные карточки, на которых нарисована черепашка - спрятавшаяся в свой домик и свободно вытянувшаяся на песке (см.рис.).

На том же принципе поочередного напряжения и расслабления мышц основаны **упражнения «Зайчик испугал-**



ся - зайчик рассмеялся», «Точим когти - мягкие подушечки», «Медвежата» (они мерзнут в берлоге - согреваются и расслабляются) и другие.

Дыхательные упражнения помогают добиться состояния релаксации путем чередования ритмичного дыхания и дыхания с задержкой.

«Ветер». Попросите ребенка встать рядом с вами. Когда вы произносите слово «ветер», малыш делает максимально глубокий вдох животом и медленный выдох. Для собственного контроля можно держать руку на животе, чтобы дыхание было брюшным.

«Свеча». Ребенок представляет себя свечой: «Сделай глубокий вдох через нос, вытяни руки над головой, ладони сомкни, потянись всем телом вверх, «задувай свечу» - выдохни с силой через рот, наклонившись вперед, резко опусти руки перед собой, ладонями коснись пола». Упражнение выполняется 1-3 раза.

Можно также предложить ребенку **надуть воображаемый воздушный шарик**, а затем медленно выпустить из него воздух (долгий выдох).

В основе следующего вида техник лежит использование визуально-кинестетических образов.

Одно из таких упражнений - **«Лимон».** Взрослый просит ребенка представить, что в руке у него находится лимон. Малыш должен постараться выжать сок, почувствовав напряжение, а затем бросить лимон. Упражнение повторяется для другой руки. Для разнообразия можно «выжимать сок» из любых фруктов.

В играх-визуализациях используются специально составленные тексты (рифмованные или нет), прослушивая которые, ребенок представляет те или иные образы, являющиеся ресурсными: лес, ручей, солнечная поляна, морской берег и т.п. Параллельно происходит мышечное расслабление, усиливающее релаксационный эффект.

В качестве примера можно привести игру **«Чудесный сон котенка».** После активных игр

предложите ребенку лечь на спину - руки и ноги свободно вытянуть, слегка развести, глаза закрыть. На фоне тихой, спокойной музыки взрослый медленно произносит: «Маленький котенок очень устал, набегался, наигрался и прилег отдохнуть, свернувшись в клубочек. Ему снится волшебный сон: голубое небо - яркое солнце - прозрачная вода - серебристые рыбки - родные лица - друзья - знакомые животные - мама говорит ласковые слова - совершается чудо... (пауза). Чудесный сон, но пора просыпаться. Котенок открывает глаза, потягивается, улыбается». Обязательно спросите ребенка о том, что он видел, слышал, чувствовал «во сне». Произизошло ли чудо?

Существуют также игры и упражнения, которые реализуют двигательную и вербальную активность детей.

«Хлопай - топай». Когда малышка переполняют негативные эмоции, предложите ему, если место, где вы в данный момент находитесь, это позволяет, выполнить простые движения: потопать ногами, похлопать в ладоши так сильно, как ему нравится.

«Мыльные пузыри». Вы никогда не пробовали представить себя разноцветным мыльным пузырем? Поиграйте в эту игру со своим малышом, чтобы снять напряжение после занятий за столом, требующих длительного сохранения статичной позы. Под слова взрослого, имитирующего выдувание мыльных пузырей, ребенок выполняет различные движения.

«Осторожно - пузыри!

Ой, какие!

Ой, смотри!

Раздуваются! Блестят!

Отрываются! Летят!

И лопаются!»

(Хлопок в ладоши).

Мыльные пузыри лопаются - ребенок падает на ковер, расслабляется, некоторое время отдыхает. Упражнение повторяется.

«Мишки». Эта игра помогает выплеснуть отрицательные эмоции, снизить уровень внутреннего напряжения. Ребенок со взрослым изображают медведей, выполняют различные движения.

«Раз, два, три, четыре, пять!

Вышли мишки погулять.

Раз, два, три!

Ну-ка, порычи!».

*Медведи дружно рычат,
как им этого хочется.*

«Салют». Разрываем ненужную бумагу, старые газеты на мелкие кусочки - получаем материал для фейерверка. Теперь его можно подбрасывать вверх, сыпать друг на друга и непременно радоваться. Только предварительно нужно договориться с членами семьи, что после салюта все будут принимать участие в уборке - соберут кусочки бумаги и помогут руки.

Другая группа игр и упражнений способствует снижению напряжения благодаря сенсорным ощущениям.

«Пушистые рисунки». Искусственный мех (не очень короткий и густой) наклейте на плотную основу - картон или фанеру. Предложите ребенку пальцем нарисовать что-либо на меху. Это занятие снимает напряжение, успокаивает ребенка.

«Перематывание клубочков». Два клубочка разного цвета диаметром около 5см закрепите так, чтобы нитки не разматывались, соедините между собой толстой ниткой пряжи длиной 1-1,5м. Предложите ребенку перематывать нитку с одного клубочка на другой.

Все существующие релаксационные игры и упражнения просто невозможно перечислить. К тому же вы и ваш ребенок можете вместе придумывать все новые и новые способы борьбы с излишним напряжением. Рисование (в том числе пальчиками, ладошками, ступнями), игры с водой, песком, манипуляции с тестом - все это не только отлично успокаивает, но и развивает мелкую моторику ребенка.

Фантазируйте, будьте чуткими и открытыми - и тогда вместе с малышом вам не составит труда устранить беспокойство и возбуждение, восстановить силы, увеличить запас энергии и обеспечить хорошее настроение на весь день. ☺



ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Уважаемые подписчики и читатели
журнала «Здоровье алтайской семьи»!

С 1 июня началась редакционная подписка на 2015 год!

Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к самым различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения.

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей компании.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!



<p>ИЗВЕЩЕНИЕ</p> <p>Кассир</p>	<p>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</p> <p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2015 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12</td> <td>834-00</td> <td>834-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p>Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00					
<p>КВИТАНЦИЯ</p> <p>Кассир</p>	<p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2015 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12</td> <td>834-00</td> <td>834-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p>Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2015 год, №1-12	834-00	834-00					

Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс журнала - 31039

Реклама