

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (142) ОКТЯБРЬ 2014




2014
Диплом
вручается
Клюевой Юлии,
за II место
в номинации «ЛУЧШИЙ РЕАЛИЗОВАННЫЙ ПРОЕКТ»
Международного конкурса молодежных проектов
VI международного молодежного управленческого
форума «Алтай. Точки Роста»
Руководитель VI международного
молодежного управленческого
форума «Алтай. Точки Роста»,
заместитель педагогических наук
Е. А. Лебедева


Диплом
награждается
Клюева Юлия
Победитель Всероссийского конкурса молодежных
авторских проектов VI международного молодежного
управленческого форума «Алтай. Точки Роста»
Председатель VI Международного молодежного
управленческого форума «Алтай. Точки Роста»,
заместитель педагогических наук



Ведомственная целевая программа

"Молодежь Алтая"



Коллаж из фотоотчетов социально значимых проектов, поддержанных грантами Губернатора Алтайского края в сфере молодежной политики и реализованных в 2014 году.

Социальная реклама

Молодые семьи, студенческие отряды и молодежное предпринимательство

- Елена Лебедева отметила основные направления молодежной политики в Алтайском крае



Наш разговор начался с того, что работа с молодежью в крае носит системный и программный характер. Реализация этих программ находится на постоянном контроле, как пример: **30 сентября в Администрации края прошло заседание краевой трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.**

Среди целого ряда значимых мер по закреплению молодежи в крае, созданию возможностей личностного роста (достаточного числа учебных заведений и учреждений культуры, развития инфраструктуры для занятий спортом и т.д.) Елена Александровна выделила приоритеты.

- Первое - жилищная поддержка молодых специалистов.

Управление по молодежной политике реализует две жилищные программы: «Обеспечение жильем молодых семей в Алтайском крае» на 2011-2015 годы и «Льготная ипотека для молодых учителей» на 2012-2015 годы.


Программа для молодых учителей стартовала в 2012 году и позволила в 2013 году 120 молодым учителям из 35 муниципальных образований получить жилищные сертификаты, а в 2014 году уже 193 учителя из 43 муниципальных образований стали их обладателями. **Молодым учителям предоставляется субсидия для уплаты первоначального взноса на приобретение или строительство жилых помещений в размере 20% от их стоимости** (средний размер субсидии составляет 250 тысяч рублей). Причем, особо хочу отметить, что Губернатором края А.Б. Карлиным было поддержано предложение нашего Управления и профсоюзов, упрощающее условия вхождения в Программу. Принятие именно этой Программы - реальный шаг по под-

держке молодых учителей, закреплению кадров в сфере образования, «омоложению» учительских коллективов школ края.

Но еще большую социальную значимость, в силу ее универсальности, имеет самая крупная молодежная жилищная программа «Обеспечение жильем молодых семей в Алтайском крае» на 2011-2015 годы. Алтайский край уже несколько лет входит в ТОП-5 регионов России, а в 2011 и 2012 годах занимал первое место в России по привлечению средств федерального бюджета на эти цели, обеспечивая жильем почти по две тысячи семей ежегодно. В текущем году край сохраняет первенство в Сибирском федеральном округе.

За годы реализации Программы 7000 молодых семей получили жилье, а это - более 21 тысячи человек.

У Программы есть региональная особенность. Только в Алтайском крае решением Губернатора **размер субсидии больше, если средства идут на покупку нового жилья или самостоятельное строительство.** На сегодняшний момент уже 63% семей-участниц Программы покупают жилье на первичном рынке или строят сами. Как результат - за годы реализации Программы не только молодые семьи получили новое жилье, но и в поддержку строительной отрасли края направлено 3 млрд. 300 млн. рублей консолидированного бюджета и средств семей. Только за последний год эта цифра составляет более полумиллиарда рублей (544,6 миллионов рублей).

И еще одна немаловажная особенность. **Политика Администрации Алтайского края** 



Молодежь - за ЗОЖ!

и Губернатора Александра Богдановича Карлина по поддержке многодетных семей получила одобрение на федеральном уровне, и приоритетное право в этой Программе было отдано многодетным семьям. В этом году уже каждая седьмая молодая семья края - участница Программы - это семья, где трое и более детей.

Мы ведем свою некую статистику эффективности этой Программы - не в квадратных метрах и деньгах. За период реализации этой жилищной программы 14 тысяч молодых специалистов остались в Алтайском крае, соответственно, они вкладывают свои трудовые силы в развитие своего региона (в том числе 200 медработников). Программа влияет и на демографическую ситуацию: уже более 7 тысяч детей обеспечено жильем.

Второе направление - студенческие отряды.

В 2014 году краевой студенческий отряд «Алтай» отмечает 50 лет с момента образования.

Начиная с 1999 года, с момента возрождения студенческих отрядов на Алтае, студотрядовцами стали уже более 25 тысяч человек, и практически все лучшие традиции, накопленные в советский период, успешно внедрены в жизнь краевым штабом студотрядов «Алтай» в новых экономических условиях.

Краевой студенческий отряд «Алтай» неоднократно становился победителем Всесоюзного социалистического соревнования среди областных и краевых студенческих отрядов. В 1991 году на вечное хранение ему было вручено последнее Переходящее Знамя Совета Министров СССР, ВЦСПС и ЦК ВЛКСМ. В 2013 году вновь учредили Знамя лучшего регионального штаба студенческих отрядов России, и первым его получил Алтайский край.



В 2014 году в третьем трудовом семестре работало более 4000 человек в составе строительных, педагогических, сервисных, сельскохозяйственных отрядов, отрядов проводников, а также городского экологического отряда, сводного медицинского и специализированного отряда по уничтожению дикорастущей конопли.

На территории края бойцы строительных отрядов приняли участие в строительстве и ремонте автомобильных дорог, ремонте мостов, строительстве откормочного комплекса, туберкулезной больницы, объектов санаторно-курортного комплекса «Белокуриха-2», строительстве многоквартирных домов, базы учебных практик, ремонте учебных



корпусов, благоустройстве и озеленении. Бойцы студенческих отрядов работали на линии разлива безалкогольных напитков и археологических

раскопках в районах края. Около 300 бойцов приняли активное участие в ликвидации последствий паводка в Алтайском крае.

Студенческие отряды Алтайского края достойно представили наш регион на Всероссийских студенческих стройках: «Космодром «Восточный», «Бованенково», «Академический», «Поморье», «Мирный Атом», а также работали на областной студенческой стройке в Москве, строительных объектах в Тюменской области и уборке сельхозпродукции в Воронежской области.

Развитие студенческих отрядов края упирается в одну, на наш взгляд, разрешимую проблему: наши ребята в большинстве своем трудятся за пределами края, где их охотно принимают, обеспечивая необходимые условия для размещения, питания, оплаты труда бойцов. Более того, такое внимание вызывает адекватный ответ: некоторым из



Молодежь - за ЗОЖ!

них предлагают постоянное трудоустройство. Поэтому **я обращаюсь к краевым объединениям работодателей с просьбой рассмотреть возможность создания дополнительных мест дислокации студенческих отрядов в нашем регионе.**

И, пользуясь случаем, приглашаю уважаемых коллег и потенциальных работодателей 14 ноября 2014 года в 18 часов в барнаульский Дворец зрелищ и спорта им.Г.С. Титова, где состоится юбилейный Слет студенческих отрядов Алтайского края.

Третье крупное направление - работа с молодежью, имеющей управленческий (в том числе предпринимательский) потенциал. В Алтайском крае накоплен успешный опыт реализации мероприятий, направленных на вовлечение молодежи в предпринимательскую деятельность.

Наиболее активное развитие молодежное предпринимательство в регионе получило в последние четыре года. По федеральной программе «Ты - предприниматель» **каждый десятый молодой предприниматель России** (субъекты малого и среднего предпринимательства, созданные в рамках программы) - **из Алтайского края.** В рамках Программы создано и развивается **самое крупное в Сибири Сообщество молодых предпринимателей**, а по итогам последнего конкурса «Молодой предприниматель России» - наши девушки одержали победу в номинации «Женское предпринимательство».

Ежегодно предприниматели и начинающие руководители обмениваются опытом и повышают свою квалификацию на **Форуме «Алтай. Точки Роста».** Это крупнейший образовательный форум Сибири и единственный в России молодежный управленческий форум. Он ежегодно собирает не менее 1,5 тысяч человек из различных стран и всех уголков нашей Родины. **В этом году Форум прошел в августе и был объединен со II Молодежным форумом Шанхайской организации сотрудничества (ШОС).** Отметим, что на саммите ШОС в Душанбе Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем выступлении особое внимание уделил этому мероприятию.



Для молодых руководителей разного уровня Форум - это уникальная возможность общения с лучшими экспертами из России и зарубежья. Заметна приятная тенденция, что молодой руководитель, приехав на Форум в первый раз, уже через год приезжает с командой заместителей, сотрудников и даже партнеров.

Активисты профсоюзного движения традиционно участвуют в Форуме с первых его лет, а в 2014 году впервые работали в рамках отдельной площадки «Профсоюзный лидер». Возглавил работу площадки Иван Евгеньевич Панов, заместитель председателя Алтайского краевого объединения организаций профсоюзов. В целом Форум помогает в реализации сотен проектов и реально влияет на повышение местного патриотизма, гордости за свою землю, свой труд.

Завершила Елена Александровна наш разговор на позитивной ноте:

- Очевидно, что внимание краевых властей к проблемам молодежи постоянно усиливается. Действующие программы, направленные на улучшение жизни, труда, образования и досуга молодых жителей региона, исполняются в полной мере. Появляются новые решения в реализации молодежной политики. В Алтайском крае делается все необходимое для обеспечения новым поколениям надежного старта в виде хорошего образования, постоянного комфортного жилья, организации отдыха.

Сегодняшние студенты и начинающие специалисты уже через несколько лет будут напрямую влиять на развитие нашего региона. В том числе и поэтому алтайской молодежи уделяется столь пристальное внимание, и эта тенденция еще получит свое развитие. ☺





**Подготовка кадров
для практического
здравоохранения
края - наши
приоритеты**



**«Алтай.
Точки Роста-2014»**



**Молодежный
туризм**



Попутного ветра!



Ожирение у детей

На фото: Юлия Александровна КЛЮЕВА, победитель Форума «АТР-2014».

Фото: Ларисы Юрченко

Е.А. Лебедева. Молодые семьи, студенческие отряды и молодежное предпринимательство	1-3
И.П. Салдан. Подготовка кадров для практического здравоохранения края - наши приоритеты	5-9
«Алтай. Точки Роста-2014»	10-11
Молодежь - за ЗОЖ!	11
Неживая реальность	12
Добро в каждую книгу!	13
Не болейте, доктора, мы за вас болеем!	14-15
Г.А. Гончаренко. Дети пива. Алкогольный синдром плода	16-17
Молодёжный туризм	18-19
«Новый взгляд»	19
Жизнь на кончике	20
Е.Евгеньева, К.Бочарникова. Попутного ветра!	21-22
Молодые семьи	22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
И.Н. Донских. «Здоровые дети - здоровая нация»	23-24
Е.П. Пиняскина. Запоры: маленькие трагедии и большие проблемы	25-26
«Зеленая волна»	27
И.С. Принькова. Сделаем мир чище!	27
Служба дворовых инструкторов. Здоровье в каждый двор!	28-29
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
О.А. Бельницкая. Беременность при резус-отрицательной крови: риски и пути выхода из тупика	30-31
Т.Н. Гуревич. Ожирение у детей	33-35
За спортом и здоровьем приходите к нам!	35
Добровольцы: позитив и добро	36
На старте малыши!	37
В.Денисюк. «Кольцо Сибири»: ЗОЖ и спорт для всех	38-39
Т.А. Гуж. Агрессия: для чего она и как с ней бороться	40-41
Ипотека для учителей	42
Фестиваль здоровья	42
Все о налоговых вычетах на лечение	43
Студенчество - за здоровье!	44-45
В.Ф. Лопуга. Комплекс ГТО как часть культуры россиян	46
А.Ищук, А.Валос, Е.Безуглова. Еще раз об энергетиках	47-48



Подготовка кадров для практического здравоохранения края - наши приоритеты

Наше интервью с Игорем Петровичем САЛДАНОМ, ректором Алтайского государственного медицинского университета, состоялось первого октября. В 1954 году, 60 лет назад, в этот день в университете начались первые занятия. Безусловно, символичная встреча!

- Игорь Петрович, в своей деятельности вы всегда ориентируетесь на результат. На протяжении ряда лет вы были «федералом» высокого ранга, возглавляли службу Роспотребнадзора Алтайского края. И ваши усилия, и усилия руководимого вами такого большого коллектива, безусловно, результативны. Об этом можно судить и по санитарно-эпидемиологической ситуации в крае. Служба на протяжении последних 10 лет входит в пятерку лучших в России, а последние два года по совокупности всех показателей своей деятельности удерживает первое место. Не секрет, что многих даже удивил такой шаг: перейти из хорошо отлаженной службы на должность ректора вуза, перед которым, после далеко не формальной процедуры выборов, на нынешнем этапе стоит немало весьма непростых задач...

- С Алтайским государственным медицинским университетом меня связывает более 15 лет работы по подготовке кадров для санитарной службы. При моем непосредственном участии в АГМУ в 2001 году открыт медико-профилактический факультет (МПФ). Я, как заведующий кафедрой гигиены и основ экологии человека АГМУ, все эти годы вел научную, преподавательскую и организационную работу.

Очень важным, принципиальным и инновационным не только для края, но и для РФ считаю

решение об открытии в 2006 году для студентов МПФ двух учебных баз, в том числе на базе Центра гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае, где специалисты санитарно-эпидемиологической службы края (на уровне начальников отделов и их заместителей) участвуют в проведении учебного процесса по профильным дисциплинам. С 2010 года выпускники медико-профилактического факультета проходят интернатуру в АГМУ на базе Управления и Центра.

Помимо этого, учреждения службы Роспотребнадзора в Алтайском крае являются базами для прохождения практики студентов медико-профилактического профиля на 5-6-х курсах. Таким образом, студенты имеют возможность закреплять теоретические знания, получать профессиональные навыки, осваивать формы и методы организации деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора. В период практики студенты получают практические навыки не только по разделам гигиены и эпидемиологии, но и по всем направлениям деятельности санитарно-эпидемиологической службы края в современных условиях: защита прав потребителей, юриспруденция, экономика.

За 13 лет на МПФ прошли обучение и учатся в настоящее время 404 студента, состоялись 7 выпусков факультета, подготовлены 222 молодых специалиста, 163 из них, получившие целевые направления из районов и городов края, трудятся в службе Роспотребнадзора Алтайского



края, 54 - в ЛПУ края и других регионов, 5 - на кафедре гигиены и основ экологии человека АГМУ. Это направление деятельности позволило решить вопрос кадрового обеспечения санитарно-эпидемиологической службы края: в настоящее время обеспеченность специалистами составляет 95%, средний их возраст - 37 лет.

По роду своей деятельности служба Роспотребнадзора очень тесно взаимодействует со службой здравоохранения края (и не только с ней) по целому ряду вопросов, касающихся охраны здоровья, питания, санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики, информированности населения и т.д. И, естественно, **вопросы качества подготовки медицинских кадров, специалистов с высшим и средним специальным образованием, обеспеченности кадрами учреждений здравоохранения в этой работе был и остается нетривиальным.**

Безусловно, работая на государственной службе, я не был сосредоточен исключительно на научно-исследовательской деятельности. Но имея сам бо-



Более 350 публикаций, в том числе 299 научных работ (8 монографий, 37 сборников, 2 санитарно-эпидемиологических норматива, 66 статей, 177 тезисов) и 55 учебно-методических разработок, с пониманием отношусь к важности такой деятельности в вузе и считаю, что ее нужно расширять.

- Вами была представлена Программа развития вуза. Каковы ее основные положения?

- Прежде всего хочу подчеркнуть, что *говорить о самостоятельной программе развития вуза без сохранения имеющихся традиций и передовых школ, без четкого последовательного взаимодействия с краевой Администрацией, АКЗС, администрациями городов и районов края, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Управлением Роспотребнадзора по Алтайскому краю и даже бизнес-сообществом в области здравоохранения и науки, - просто бессмысленно.* Вуз - это не самостоятельная единица, живущая только внутренними «образовательными» проблемами. Хотя университет - и федерального подчинения, но мы очень тесно завязаны прежде всего на интересы нашего региона, интересы Алтайского края.

Если мы не будем формировать свои программы исходя из потребностей региона, мы просто перестанем существовать.

Чтобы обеспечить устойчивое развитие университета, особенно в условиях модернизации учебного процесса, реформы образования и науки, **мы должны не только со-**

хранять и преумножать сложившиеся традиции, обеспечивать сохранение костяка профессорско-преподавательского состава, но и качественно изменить подготовку специалистов для стремительно развивающегося современного здравоохранения в Алтайском крае и сибирском регионе. Мы должны повышать имидж АГМУ в обществе и профессиональной среде. Я определил это как стратегические задачи. И в моих ближайших планах - **формирование Стратегии развития университета в современных условиях как комплексной программы совершенствования его деятельности, с конкретным набором мероприятий по реализации такой программы развития вуза.** Как принято сейчас называть - «дорожная карта» должна отражать все направления его развития, сроки, источники финансирования.

Особое значение, повторяю, я придаю в своей работе в этой должности взаимодействию с Администрацией Алтайского края и краевым здравоохранением.

- Игорь Петрович, по за каждым тезисом подразумеваются вполне конкретные решения?..

- Конечно, наша основная цель - это дальнейшее совершенствование и повышение уровня образования с учетом развития современного здравоохранения, сочетание фундаментальных и прикладных аспектов медицины. Мы изучаем возможности внедрения современных форм организации образовательного процесса, ориентированных на подготовку востребованного специалиста с

приоритетом практической подготовки.

Обучение в нашем вузе проходит 6 лет - это только базовое. Наши студенты - это современные молодые люди, которые, помимо освоения новых образовательных программ, заинтересованы в реализации заложенного в них потенциала ученых, творческих способностей. Они должны жить в нормальных условиях, иметь возможность правильно питаться, заниматься спортом и отдыхать. Они имеют право создать семью и должны иметь возможность воспитывать детей. Многие в студенческие годы считают возможным начать трудовую деятельность, и такое стремление нужно поддерживать. **Наша задача - создать условия для самореализации молодежи.** Вроде бы простой вопрос: создание в общежитиях университета комнат дневного пребывания детей - проблема актуальнейшая, особенно в условиях имеющегося дефицита ясельных мест в учреждениях дошкольного образования. Проблема - на поверхности, а никак не решалась. Как и строительство корпуса общежития для студентов, в том числе и семейных пар с низким уровнем дохода. И это посильная задача: такое строительство возможно на имеющихся у вуза земельных участках.

Но прежде всего наша задача - подготовка специалистов для нужд практического здравоохранения. Специфика образовательного процесса в медицинском вузе такова, что подготовка должна идти на современных клинических базах, непосредственно у постели больного, в манипуляционных, операционных. Преподаватель клинических дисциплин не может быть оторван от практической деятельности. Мне представляется, что решение вопроса о создании клиники университета уже созрело.

Существуют два варианта решения проблемы. Первый - *передача вузу существующих отдельных лечебных учреждений края или их подразделений.* Были времена, когда сотрудничество вуза и практического здравоохранения было более эффективным: ведь не зря целый ряд ЛПУ, независимо

Под руководством И.П. Салдана защищены две кандидатские диссертации. В настоящее время он осуществляет научное руководство пятью соискателями и научное консультирование одного соискателя.

И.П. Салдан - действительный член Европейской академии естественных наук (Ганновер, Германия), член Диссертационного совета в Государственном учреждении «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (Новокузнецк); входит в состав Президиума правления Национального научного медицинского общества гигиенистов и санитарных врачей (Москва) и возглавляет региональное отделение Национального научного медицинского общества гигиенистов и санитарных врачей.



от их ведомственного подчинения, среди специалистов и населения именовались по имени - клиника «профессора Баркагана» или «профессора Дедерера», «профессора Неймарка»... Второй вариант - *формирование в краевых ЛПУ нескольких клинических баз для обучения студентов по различным направлениям.*

То есть, существуют два пути решения вопроса, чтобы преподаватель и студент были ближе к больному. Будем решать совместно с Администрацией Алтайского края, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, что более приемлемо и быстрее осуществимо.

Я вышел с предложением в Главное управление по здравоохранению и фармдеятельности о предоставлении возможности преподавателям кафедр осуществлять по совместительству медицинскую деятельность на клинических базах. Этот вопрос имеет ряд организационных тонкостей, связанных с различными аспектами формализации права на врачебную деятельность. Убежден, это только первый шаг по оптимизации взаимодействия «вузовского» и практического здравоохранения.

Актуально решение вопроса совместно с МЗ РФ и Администрацией края о размещении симуляционного центра в вузе. Эта современная технология предусматривает обучение на тренажерах и роботах-симуляторах, манекенах-имитаторах и другом интерактивном оборудовании, а также на реальном оборудовании в отделениях реанимации и интенсивной терапии, что позволяет овладеть сложнейшими методиками, используемыми в здравоохранении: родовспоможении, неонатологии, эндоскопической хирургии, отработке техники лапароскопических операций и т.д. По распоряжению Правительства РФ в России пока созданы несколько симуляционных центров, ближайший - в Новосибирске.

Когда так стремительно развивается система здравоохранения края, строятся с нуля новые высокотехнологичные центры, модернизируются существующие



учреждения, задача вуза - быть в фарватере этих изменений. Никакие технологии не жизнеспособны без квалифицированных кадров.

Или еще вопрос: у нас особая региональная специфика - большая сеть ЛПУ при низкой плотности населения. И выезд на переподготовку специалиста сопряжен с вопросами «выпадения» оказания услуг обслуживаемому населению на период обучения. Поэтому **нами будут использоваться всевозможные формы повышения квалификации врачей** - от дистанционного обучения до проведения выездных образовательных циклов на рабочих местах в ЛПУ края.

- Какие вы видите механизмы решения кадровой проблемы, в том числе и на селе?

- Социальные проблемы (жилье, детские сады и т.д.) для наиболее востребованных специалистов уже сегодня успешно решаются Администрацией Алтайского края.

Но существует другая проблема - подход к распределению целевых направлений. Убежден, что вопрос целевого направления на обучение медицинским специальностям нужно решать краевому здравоохранению совместно с вузом. **Необходимо разрабатывать «карту» на 5-7 лет по востребованным, нужным для края специальностям врачей и руководствоваться ею при распределе-**

нии целевых направлений, а не отдавать на территории региона, как это принято сейчас. Это позволит организовать профориентацию до момента получения абитуриентом такого направления и «прозрачный» отбор претендентов, отследить целевое трудоустройство выпускников в ЛПУ края. Варианты решения этого вопроса могут быть разные, и они уже нарабатываются в вузе.

Должна быть другая система платы за обучение тех, кто не может оплатить учебу. Есть опыт получения банковских кредитов на получение образования, но при этом поручителем по такому кредиту может выступать конкретное лечебное учреждение. Выполнил свои обязательства выпускник - отработал оговоренный в соглашении срок - кредит за него гасит поручитель. Если выпускник уклоняется от исполнения обязательств, тогда выплата кредита - его собственная проблема.

Сегодня нужно вести речь о системе профориентации, качественного обучения и распределения не только врачей, но и специалистов со средним медицинским образованием. Сам лечебно-диагностический процесс предусматривает постоянное взаимодействие врача и специалиста с сестринским образованием, у каждого из них - свои уровни компетенции и ответственности, но



◀ при условии постоянного взаимодействия в интересах пациента в едином лечебно-диагностическом процессе. И, исходя из этого, подходы в обучении, требования также должны быть взаимосвязаны. Сегодня же врачей и сестринский персонал готовят два, мягко говоря, не совсем взаимосвязанных учебных заведения...

- Вуз имеет собственную материально-техническую базу, но вы уже говорили о специфике подготовки медиков, важности их обучения на клинических базах...

- Перед вузом стоит конкретная задача - расширение учебных площадей, особенно в существующих и вновь строящихся объектах здравоохранения. Эта позиция, при всех сложностях с предоставлением и оборудованием помещений для учебного процесса, находит понимание. Как пример, строящийся перинатальный центр уже в проекте содержит учебные площади - и этот тренд мы будем устойчиво сохранять.

У учебного процесса две стороны - преподаватели и студенты. И мы ставим своей задачей сохранить опытные кадры преподавателей, привлечь для преподавания наших выпускников, достигших значительных успехов в научной и преподавательской деятельности в других, в том числе и столичных, вузах.

Мне представляется, что эффективность подготовки специалистов зависит и от того, кто станет нашими абитуриентами. И поэтому различные современные технологии профориентации: встречи с учащимися старших классов, отбор будущих студентов в период обучения в медицинском колледже, дни открытых дверей, в том числе и выездные олимпиады, - будут активно использоваться. Мы готовы для этого мобилизовать весь наш потенциал. И участвовать в этой работе должны, по моему глубокому убеждению, все без исключения сотрудники и студенты старших курсов вуза. И **чем авторитетнее, именитее, заинтересованнее будет представитель вуза при первой встрече, чем убедительнее он будет рассказывать о важности и значимости медицинской деятельности, тем больше мы получим хороших студентов, а далее и хороших врачей.** Я надеюсь, что в первую очередь профессорский коллектив вуза поддержит меня в этой работе.

Серьезной проработки требуют вопросы внедрения новых форм поощрения успешных студентов и аспирантов. И в этом направлении мы будем делать упор на взаимодействие и партнерство со студенческим самоуправлением.

- Развитие научной и научно-инновационной деятель-

ности - тоже одна из ваших стратегических задач...

- Безусловно, мы ставим цель - **сосредоточение усилий на развитии фундаментальной и прикладной науки**, в том числе разработка приоритетных для социальной сферы научных направлений. Какие есть механизмы ее достижения? Активное участие в федеральных и региональных целевых и ведомственных программах, конкурсах, в том числе - на получение грантов.

Мы должны четко спланировать развитие существующих и открытие новых лабораторных баз для учебного процесса, научных исследований и экспериментальных работ.

Сегодня в нашем крае, исходя из основных стратегических направлений развития региона, есть возможность совершенно на иных принципах участвовать в реализации научных разработок, имеющих прикладное значение. В этом направлении мы будем опираться на широкое использование междисциплинарных исследований. **Явно просматривается участие университета в таких программах, как научное обеспечение и участие в подготовке специалистов при реализации региональных программ:** медицинский кластер, «Алтайское Приобье», Алтайский биофармакластер и других. Мы должны найти варианты развития взаимодействия с другими вузами Алтайского края и сибирского региона, академической наукой, в том числе в рамках программы «Большой Алтай».

Изменение структуры системы здравоохранения, появление уже довольно заметного «частного здравоохранения» обуславливает необходимость выработки новых форм взаимодействия с промышленностью и бизнесом в здравоохранении, формирования системы подготовки для них специалистов по востребованным специальностям, обеспечивающих качественную помощь населению.

В условиях глобализации мы не можем не рассматривать **условия для развития международного сотрудничества, расширение академической мобильности студентов, аспирантов, преподавателей**



1 октября - День Алтайского государственного медицинского университета

и научных сотрудников. Уже сегодня они являются участниками крупных международных исследований, форумов.

- Решение любых задач, особенно столь масштабных и разноплановых, невозможно без четкой системы управления. Как бы вы охарактеризовали свой стиль руководства?

- Я - сторонник демократичных форм управления. И поэтому своей задачей вижу, с одной стороны, обновление части руководящих кадров. При этом хотел бы подчеркнуть: так как вуз медицинский, акцент в таких переменах планирую делать на усиление, повышение роли профессорско-преподавательского потенциала вуза. Опыт тех, кто в силу объективных причин не может выполнять формализованные административные функции, может быть использован в таких формах участия в управлении, как, например, Совет старейшин, участие в общественных организациях вуза, в работе консультативного института (статус советников ректората, участие в «ситуационных» рабочих группах и т.д.).

Достаточно широкие полномочия у Ученого совета вуза, и мне представляется, что расширение его состава за счет представителей всех структурных подразделений вуза, а также высококвалифицированных специалистов, работающих в смежных отраслях, скажется на эффективности его работы.

Сегодня механизмы участия в жизни университета - масса. Это и курация, и систематическая работа научно-практических обществ, и участие в работе Медицинской палаты Алтайского края.

Особо хотел бы сказать о **важности разноплановой работы по повышению престижа профессии медицинского работника в обществе**. Это, конечно, воспитание и подготовка врача новой формации, не только лично следующего принципам здорового стиля жизни, своим примером демонстрирующего важность для здоровья исключения вредных факторов, занятий физкультурой и спортом, но и ак-



тивно выполняющего важнейшую для медицинского работника просветительскую миссию. Информирование, мотивирование населения может быть реализовано через участие преподавателей и студентов в различных социальных акциях по вопросам здорового образа жизни среди жителей края, по вопросам профилактики на форумах и выставках, выступления на актуальные темы в СМИ.

Как пример - долгосрочные партнерские отношения, которые сложились с вашим изданием. Проректор АГМУ А.И. Алгазин с момента создания журнала (*январь 2003 года. - прим.редакции*) был делегирован в состав Редакционного совета. Знаю, что целый ряд профессоров при создании журнала по личной инициативе вошли в Редакционный совет и активно работают с журналом: Н.И. Фадеева, А.Ф. Лазарев и другие.

Особо я бы выделил тему бережного отношения к истории вуза, заслуженным ученым, ветеранам университета. Наш выпускник создал музей истории медицины края, собрал уникальную коллекцию. Правда, размещен он в Рубцовске, но мы уже провели переговоры и надеемся, что он станет гордостью и края, и университета. Мы сделаем все возможное, чтобы это хорошее дело не остановилось и было достойно продолжено.

Я лично очень серьезно отношусь к вопросу преемственности поколений, вопросу уважения к своим учителям. **И мой первый приказ по университету посвящен учреждению Дня Алтайского государственного медицинского университета: эта дата - 1 октября.** Ежегодно в этот день мы будем проводить учебные занятия, посвященные истории вуза, с участием именитых и заслуженных его преподавателей-корифеев, а первокурсникам будут проводиться экскурсии в музей медицины, другие мероприятия. Верю, что это станет доброй традицией.

В нашем разговоре с Игорем Петровичем мы коснулись и вопросов мотивации работников университета. Преподаватель престижного вуза должен иметь достойные условия оплаты труда, но при этом Игорь Петрович неоднократно подчеркивал, что он - сторонник перехода на эффективную контрактную систему оплаты труда, обязательного вознаграждения за достижение конкретных научных результатов. Но все это возможно, подчеркивал ректор, с одной стороны - при условии привлечения дополнительных инвестиций, с другой - оптимизируя структуру финансовых расходов, обеспечивая прозрачность системы планирования и исполнения бюджета университета. ☺

Фото с сайта www.agmu.ru



Дети пива. Алкогольный синдром плода



Галина Александровна ГОНЧАРЕНКО,

врач-кардиолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул»

По масштабам потребления пива - этот показатель равен 62л на человека в год - Россия опережает среднеевропейский уровень. Основная причина роста потребления пива - это его высокая доступность. Его употребляют более половины совершеннолетних россиян и подростков.

Характер острого токсического действия пива имеет ряд специфических особенностей.

Алкогольное опьянение на фоне пива развивается и завершается быстрее, причем риск развития алкогольной зависимости у потребителей пива выше, чем у потребителей вина и крепких алкогольных напитков. Но при этом алкоголизм у лиц, злоупотребляющих пивом, характеризуется высокой прогрессивностью (прогрессирование негативных проявлений болезни) и толерантностью (невосприимчивость лекарственных веществ), постоянным и интенсивным характером первичного патологического влечения к алкоголю. **Соматическая патология у них обнаруживается на самых ранних этапах заболевания, нередко опережая появление психопатологических расстройств.** У любителей пива установлен также **риск развития болезней сердечно-сосудистой системы**, доказано развитие гипертонии и злокачественных образований в нижних отделах мочевыделительных путей.

Механизмы токсического действия этилового спирта и других компонентов пива взаимосвязаны. При этом этанол способен модифицировать или усиливать токсическое действие ряда минорных соединений (это минеральные, фенольные и горькие соединения, биогенные амины и эстрогены) и наоборот.

При систематическом употреблении пива **возрастает вероятность реализации токсического действия этилового спирта и манифестации** (развитие проявлений после их скрытого течения) **нежелательных биологических эффектов соединений, входящих в состав этого напитка.**

В последнее время появилась новая разновидность пива - с высоким содержанием алкоголя (до 12%). Его употребление влечет за собой цепь негативных последствий, обусловленных сочетанием токсического действия алкоголя и других биологически активных соединений.

К основным компонентам пива относятся вода (91-93%), углеводы (1,5-4,5%), этиловый спирт (3,5-4,5%, в последнее время - 12% и более), азотсодержащие вещества (0,2-0,65%). Горькие вещества пива (малосмолистые вещества), наряду с экстрактивными веществами хмеля, относятся к категории психоактивных соединений, оказывая снотворное и галлюциногенное действия. В пиве содержатся биогенные амины, которые провоцируют развитие гипертонии и приводят к поражению почек.

Изменения эндокринного статуса (феминизация мужчин и мускулинизация женщин) **у лиц, злоупотребляющих пивом, связаны с эффектом фитоэстрогенов.** Это аналоги женских половых гормонов, попадающие в пиво из хмеля. Содержание их в хмеле достигает значительных величин - от 20 до 300мг на 1кг растительной массы, а в пиве их - от 1 до 36мг на литр. Этого количества достаточно для оказания отчетливого гормонального воздействия на организм человека.

Для консервации пива и увеличения сроков его хранения добавляют вещества, угнетающие рост дрожжей. Без таких добавок пиво быстро мутнеет, часть компонентов выпадает в осадок. Раньше в качестве консерванта использовали **формалин**, однако после обнаружения мутагенного и тератогенного его действия он был запрещен.

В настоящее время широко применяют разнообразные стабилизаторы коллоидной стойкости, которые предупреждают расслоение пива и способствуют длительному сохранению «пивной шапки». Наибольшую печальную известность приобрел **хлорид кобальта**, который явился причиной смерти значительного числа регулярных потребителей пива. Клиническими, морфологическими и физиологическими исследованиями было установлено, что хлорид кобальта вызывает развитие специфического пора-



жения сердечной мышцы - кобальтовую кардиомиопатию.

Таким образом, **при употреблении пива помимо токсического действия этилового спирта присоединяется патологическое влияние других соединений: кадавертина** (аналога трупного яда), **лупулина** (близкого к конопле канабиоида), **фитоэстрогенов хмеля** (издревле известных как вещества, способные вызывать «болезнь сборщиков хмеля»: у женщин часты преждевременные выкидыши, врожденные уродства), **солей тяжелых металлов** (хлорида кобальта, приводящего к развитию кобальтовой (пивной) кардиомиопатии) **и других консервантов.**

В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению числа не только курящих, но и употребляющих алкоголь женщин.

Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер у беременной женщины: его концентрация в крови плода достигает 80-100% от содержания его в крови матери. Это обстоятельство представляет значительную угрозу для плода в связи с незрелостью его почек, а также из-за несовершенства ферментативных систем, окисляющих алкоголь.

Нарушение кровообращения в плаценте приводит к анатомическим и дистрофическим изменениям в ней. Так, в условиях алкогольной интоксикации происходит снижение массы плаценты и плодово-плацентарного кровотока, возникают белые инфаркты плаценты и межворсинчатые тромбы. При гистологическом исследовании плаценты выявляются ангиоматозные (сосудистые) и бессосудистые ворсинки, дистрофические и некротические изменения хориального эндотелия. Этиловый спирт ведет к редукции плацентарного кровообращения, при этом в почти трети случаев развивается задержка развития плода. У детей, чьи матери страдают табачной и алкогольной зависимостью, в шесть раз чаще встречаются стигмы дизэмбриогенеза (отклонения в анатомическом строении органов).

Таким образом, даже «незначительное» воздействие токсических компонентов табачного дыма и этанола может вызвать серьезные нарушения внутриутробного роста и развития плода. Еще не родившийся организм может отреагировать не толь-



ко развитием болезней, но и нарушением физического и психического развития.

Таким образом, токсические факторы риска (употребление беременными алкоголя, пива, курение) могут привести к окислительному стрессу в организме плода и будущего ребенка, что и приведет к сбою в виде микроэлементозов, которые отрицательно влияют на обменные и ферментативные процессы. Далее - патологическое изменение генетического аппарата ребенка в виде денатурации ДНК, что приводит к мутациям и, как следствие, формированию врожденной патологии, в том числе и сердечно-сосудистой системы.

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что **алкогольный синдром плода (АСП) встречается с частотой 1-3 на 1000 новорожденных**, причем указывается на недостаточную диагностику этого синдрома. **АСП - это сочетание симптомов поражения ЦНС, отставания в росте и специфических проявлений лицевого дисморфизма.** АСП считается наиболее частой причиной умственной отсталости у детей. Дети с такой патологией рождаются у матерей, которые употребляли алкоголь во время беременности.

Диагноз АСП ставится при наличии трех компонентов синдрома: отставание в росте, признаки поражения ЦНС и специфические уродства. Под этот диагноз подходит лишь небольшая часть нарушений, которые отмечаются у детей, подвергшихся воздействию алкоголя в пренатальный период развития.

Про алкогольный синдром плода (АСП) читайте в следующем номере журнала. ☺

Для АСП характерна высокая пренатальная смертность, причинами которой являются гипоксия и гипотрофия плода, наличие врожденных уродств, несовместимых с жизнью. Риск спонтанных аборт и преждевременных родов у беременных женщин, злоупотребляющих алкоголем, увеличен в 2-3 раза. В первые дни после рождения у детей с АСП наблюдается синдром отмены алкоголя: тремор, гиперрефлексия, плохой сон, затруднение сосания и глотания, угнетение дыхания.



«Здоровые дети - здоровая нация»

**- под таким названием 7-8 октября
в городе Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский форум**

Он проходил при поддержке Министерства здравоохранения РФ и РАМС. В работе Форума приняли участие Президент Ассоциации медицинских сестер России, председатель Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций Валентина Антоновна САРКИСОВА, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор Сергей Иванович ДВОЙНИКОВ, доктор философии, магистр бизнес-администрирования, зарегистрированная медицинская сестра, член Академии наук США Джудит А.Весси (США, Бостон), зарегистрированная акушерка, Магистр государственного управления, Президент датской Ассоциации акушерок Лиллиан Бондо, директор ГОУ СПО «Медицинский колледж №1» комитета по здравоохранению администрации г. Санкт-Петербурга Ирина Владимировна БУБЛИКОВА, а также более 400 специалистов с разных регионов России.

Форум проходил по трем направлениям:

- роль акушерки в акушерско-гинекологической помощи и обеспечении качества при физиологическом родовспоможении;

- сестринское дело в неонатологии;

- роль медицинской сестры педиатрической службы в обеспечении качественной медицинской помощи.

Участники рассмотрели вопросы, связанные с организацией и управлением в области акушерства и педиатрии, актуальные вопросы по неонатологии с применением доказательной сестринской практики, вопросы образования, охраны труда, безопасности пациентов. В рамках Форума прошла выставка медицинских изделий, оборудования, расходных материалов, детского питания.

Открыла конференцию Президент РАМС В.А. Саркисова с докладом на

тему «Вклад Ассоциации медицинских сестер России в развитие новых технологий в сестринской и акушерской практике». Валентина Антоновна отметила, что медицинская сестра сегодня - это самостоятельная профессия с четко очерченными функциями, обладающая не только огромным запасом практических навыков, но и добивающаяся успехов в области научной деятельности, передовых технологий, принося вклад в развитие сестринского дела. «Для того чтобы профессия вызвала гордость, необходимо ее постоянное развитие, постоянное совершенствование не только технологий, но и самих специалистов, чем активно занимается Ассоциация медицинских сестер России и ее многочисленные региональные отделения. Участвуя в деятельности общественной организации, медицинские сестры и акушерки получают возможность профессионального роста, и самореализации. Мы ценим талант, трудолюбие и с большим уважением относимся к специалистам, которые способствуют развитию практики», - говорила Валентина Антоновна. Для совершенствования знаний специалистов со средним медицинским образованием РАМС регулярно разрабатывает методические рекомендации, в том числе по неонатологии, педиатрии и

**Ирина Николаевна
ДОНСКИХ,**

главный специалист по управлению сестринской деятельностью Главного управления Алтайскому краю по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Президент Датской Ассоциации акушерок отметила, что роль акушерки и детской медицинской сестры за рубежом особо ценна. Также она озвучила слушателей с деятельностью зарубежных Ассоциаций специалистов со средним медицинским образованием.



▲ акушерству, организует семинары, конференции, форумы, проводит исследования в сестринской деятельности.

С приветственным адресом к участникам Форума обратился С.И. Двойников, который представил вниманию слушателей доклад о современном реформировании сестринского дела, о новой модели медицинской сестры - помощника пациента, а не врача. Сергей Иванович подчеркнул, что уже ведется работа по пересмотру номенклатуры должностей и специальностей специалистов сестринского дела, которые будут наделены большей самостоятельностью и выполнять часть врачебных функций. Кроме того на обсуждении в Министерстве здравоохранения РФ подготовка новых образовательных программ дополнительного профессионального образования, совершенствование среднего профессионального образования, в том числе непрерывного профессионального развития.

Большой интерес участников Форума вызвали доклады зарубежных гостей из Дании и США. Джудит Весси продемонстрировала презентацию о трех способах стать медицинской сестрой в Америке и трех способах повышения профессионального уровня уже практикующих специалистов со средним образованием.

Внимание слушателей были представлены девять докладов. Активно обсуждались вопросы организации первичной медико-санитарной помощи детям, роль детских медицинских сестер в уходе за больными и недоношенными детьми, реабилитации детей инвалидов и детей с заболеваниями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, вакцинопрофилактики и роли акушерок во внедрение современных перинатальных технологий, расширение акушерской помощи.

Ярким событием Форума стало участие специалистов в работе секционных заседаний по неонатологии, педиатрии и акушерскому делу, где были заслушаны более двадцати докладов на самые



актуальные темы в охране здоровья матери и ребенка. Специалисты поделились своим опытом, технологиями, разработками, исследованиями. В аудиториях разгорелись жаркие дискуссии, выходящие за рамки отведенного для секций времени.

В рамках второго рабочего дня Форума были проведены мастер-классы на темы: «Реанимация новорожденных в родильном зале», «Роль акушерки в процессе родов, в борьбе с болью», «Технологии проведения диагностических процедур в педиатрии» с демонстрацией видеороликов и презентаций, которые были подготовлены медицинскими сестрами разных регионов нашей страны на достойном и профессиональном уровне. Особый интерес вызвал мастер-класс **«Реанимация новорожденных в родильном зале»**, подготовленный **Л.Н. КОЧЕТОВОЙ**, заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом ГУЗ «Городской родильный дом», г.Чита. Разработанная специалистами данной медицинской организации технология оказания реанимационного пособия новорожденным - это четкий пример слаженной работы большой команды медицинских сестер, акушерок, врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов.

Новая информация и знания поступают и устаревают очень быстро. Сложившаяся практика постдипломного обучения в очно-

заочной форме с периодичностью один раз в пять лет не обеспечивает своевременного и качественного повышения профессионального образования специалистов. Для этого необходимо непрерывное обучение, постоянное получение навыков умений, освоение новых методик и технологий. Для решения этой задачи на базе медицинских организаций необходимо создавать учебно-методические кабинеты - такой опыт слушателям представили специалисты из Кемеровской области, где уже функционируют 45 таких кабинетов.

В заключительном пленарном заседании были освещены не менее актуальные темы нынешнего здравоохранения «Адаптация молодых специалистов в медицинских организациях», «Буллинг и горизонтальное насилие». Всплеск эмоций вызвало выступление **В.В. САМОЙЛЕНКО** с докладом **«Этика и этические аспекты в сестринской и акушерской практике»**. Валерий Валерьевич раскрыл проблему средств и методов, не имеющих доказательной эффективности: *«Многих заболеваний современности таких, например, как дисбактериоз, просто не существует, они лишь являются маркетинговым ходом в борьбе за получением денег, ровно также как и не доказана эффективность некоторых лекарственных препаратов, которые широко применяются в детской практике»*.

Безусловно, одним из запоминающихся моментов Форума явилась церемония награждения победителей конкурсов, проводимых Ассоциацией медицинских сестер России в 2014 году. В преддверии настоящего Форума Ассоциация провела конкурс методических рекомендаций для специалистов соответствующего профиля. Не осталась в стороне и АРОО «Профессиональная Ассоциация средних медицинских работников». По ее инициативе была объявлена благодарность за милосердие и сострадание в оказании помощи медицинским сестрам, пострадавшим в результате наводнения в Алтайском крае четырем российским Ассоциациям медицинских сестер. ☺



Запоры: маленькие трагедии и большие проблемы

Работая в гастроэнтерологическом отделении 32 года, я часто встречаю у пациентов такую проблему, как запор. При этом многие не имеют ни малейшего представления о сути заболевания, режиме питания и физической активности. Обучение начинаем именно с этих позиций.

Запор является одной из наиболее частых жалоб у людей, особенно пожилых. Принято считать нормальной частоту стула от 3 раз в день до 3 раз в неделю. При этом стул должен быть оформленным: его количество составляет 100-300г в сутки, стул имеет цилиндрическую (колбасовидную) форму, он одинаковый по плотности и по диаметру на всем протяжении.



Под запором понимают замедленную, затрудненную или систематически недостаточную дефекацию. Для большинства людей хроническую задержку опорожнения кишечника более чем на 48 часов следует рассматривать как запор. Для него характерны малое количество кала, повышенная его твердость и сухость, отсутствие чувства полного опорожнения кишечника после дефекации. Изменение привычных для данного человека частоты и ритма дефекаций - важный признак запора.

С одной стороны, **значительная часть населения, страдающая запорами, не обращается за медицинской помощью, особенно на ранних этапах.** В это время лечение может состоять из нескольких корректирующих диет и физической нагрузки. С другой сто-

роны, у многих людей укоренилось мнение о необходимости опорожнять кишечник один раз в день, либо выделение стула в количестве 100г ежедневно многими считается недостаточным. Это приводит к тому, что некоторые совершенно здоровые люди при отсутствии ежедневного стула без всяких оснований лечатся от запоров.

Диета при запорах

При выраженном вздутии, болях в животе овощи и фрукты назначаются в вареном, хорошо измельченном и протертом виде - 200-500г в сутки. **При незначительном вздутии или отсутствии его** назначают и сырые овощи, фрукты (200-400г в день) в очищенном от кожуры виде, тщательно измельченные или мелко порубленные, протертые, обработанные кухонным комбайном либо их необходимо тщательно прожевывать (5-10 жевательных движений на каждый кусочек проглоченной пищи). Сырые овощи и фрукты при вздутии лучше употреблять в первой половине дня.



Елена Петровна ПИНЯСКИНА,
старшая
медицинская сестра,
гастроэнтерологическое
отделение,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член АРОО «ПАСМР»
с 2003 года

Полноценная регуляция стула возможна с помощью диет, содержащих достаточное количество пищевых волокон. Они содержатся в плотной части овощей и фруктов: свекле, моркови, яблоках, огурцах, грушах, тыкве и др.



Советы медицинской сестры

Общее количество овощей и фруктов в рационе должно быть не меньше 700г ежедневно. В это количество не входят картофель, бананы, виноград, апельсины - они содержат слишком мало пищевых волокон.

Используют вчерашний хлеб с добавлением отрубей, а также орловский, бородинский, ржаной хлеб - до 350г ежедневно.

Используют борщи, свекольники, супы из сборных овощей с добавлением тщательно разваренной перловой крупы.

Полезны вареные, рубленые, запеченные куском мясо и рыба нежирных сортов, овощные гарниры и запеканки, салаты. Но овощи должны быть очень тщательно измельчены.

Капуста белокочанная, зеленый горошек, фасоль разрешаются только в вареном виде и при хорошей переносимости.

Всегда ограничиваются овощи, богатые эфирными маслами: лук, редис, репа, грибы.

Рассыпчатые каши из гречневой и пшеничной крупы, варенные на воде с добавлением молока, - важная составная часть рациона.

Назначают свежие ягоды и сушеные ягоды, размоченные и в различных блюдах. Особенно рекомендуются чернослив, инжир, курага.

Жиры лучше добавлять в готовые блюда, используются сливочное и растительное масла. Общее количество фруктов и овощей можно увеличивать летом до 1кг, ежедневно выпивать не менее 1,5-2л любой безалкогольной жидкости, включая чай, компот, морс.

Утренний блок

Важно для восстановления утраченных рефлексов на дефекацию выполнить так называемый утренний блок.

Встать необходимо за два часа до выхода из дома. Сразу же после пробуждения, как можно раньше, выпейте 300мл жидкости: простую воду, нектарный сок с мякотью, настой чернослива. (Настой чернослива готовится с вечера: 10-15 плодов заварить крутым кипятком в полулитровой емкости. Утром настой выпить натощак, сам чернослив съесть на завтрак). Завтрак должен быть достаточно плот-



ным: второе блюдо или каша с кусочком серого хлеба, салат, чернослив. Обычно, вскоре после завтрака, появляется позыв к дефекации. Если его не будет, то необходимо в туалете принять позу «орла»: прижать колени к животу и потужиться 3-5 минут.

Если дефекация не произошла, покиньте туалет. Но на следующий день повторите эти же мероприятия утреннего блока.

Для пациентов, страдающих запорами, для восстановления регулярной работы кишечника эти мероприятия необходимо настойчиво выполнять 6-12 месяцев, после чего, как правило, восстанавливается утраченный позыв на дефекацию, возникают новые рефлексы, активизирующие моторику толстой кишки, опорожнение кишечника нормализуется.

Но для восстановления регулярной работы кишечника этих мероприятий может оказаться мало, тогда для устранения запора следует воспользоваться слабительным средством, выбор которого без лечащего врача невозможен. ☹

Большую роль в профилактике запора играет систематическая двигательная активность: ходьба быстрым шагом в течение часа без частых остановок, плавание в бассейне, регулярная гимнастика, ежедневный массаж передней брюшной стенки, которые желательно делать до завтрака в утренние часы.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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





Беременность при резус-отрицательной крови: риски и пути выхода из тупика



Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ,

акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, Алтайский государственный медицинский университет

Среди возможных осложнений беременности особое место занимает резус-конфликт.

В чем суть резус-конфликта? Красные клетки крови - эритроциты - несут на своей поверхности огромное количество белков, которые определяют тип группы крови и резус-фактор. **Резус-фактор есть не у всех людей, поэтому в тех случаях, когда он отсутствует, говорят, что кровь резус-отрицательная.** Соответственно, когда резус-фактор имеется, кровь - резус-положительная. Его наличие наследуется генетически и на здоровье людей отсутствие резус-фактора никак не влияет.

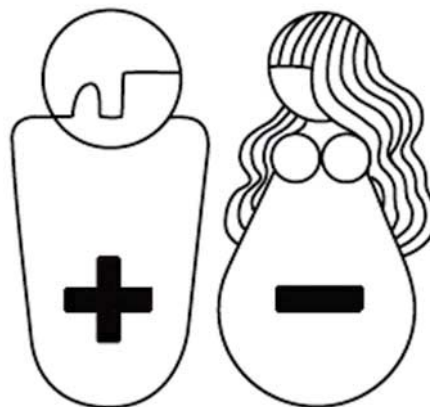
Резус-конфликт может сформироваться лишь в том случае, когда у матери резус-отрицательная, а у отца - резус-положительная кровь. В таком случае вероятность зачатия резус-положительного плода составляет 75%. Резус-конфликта никогда не будет, если женщина резус-положительная либо мужчина резус-отрицательный.

Резус-конфликт - это «проделки» нашего собственного иммунитета. Что же его не «устраивает»? Наш организм не примет проникновения чужеродных белков. Если это происходит, образуются антитела, цель которых - уничтожить и исторгнуть «налетчика» из недр организма. Благодаря этой жизненно важной функции мы способны противостоять различным патогенным возбудителям и их токсинам. Однако в случае с резус-конфликтом такая активность иммунитета способна причинить будущему ребенку серьезный вред. **Антитела матери начинают массовую атаку на эритроциты развивающегося ребенка, на поверхности которых находится «чужой» для материнского организма белок - резус-фактор. В результате эритроциты плода разрушаются и выбрасывают в кровь пигментное вещество - билирубин, окрашивающий кожу и слизистые, ядра головного мозга в желтый цвет.** У ребенка развивается тяжелое осложнение - гемолитическая желтуха, что в последующем может привести к его инвалидизации или даже гибели.

Поскольку эритроциты разрушаются, общее их количество в крови ребенка резко уменьшается (у плода возникает анемия), а способность переносить кислород значительно ухудшается. Как следствие, **различные органы и ткани (включая мозг) могут испытывать сильное кислородное голодание и их развитие может**

быть нарушено еще во внутриутробном периоде, то есть при беременности. В самых тяжелых случаях **из-за сильных повреждений органов и тканей у плода по всему телу и во внутренних органах образуются отеки.** К сожалению, при этом все мероприятия по спасению жизни ребенка зачастую оказываются бесполезными. Вот почему резус-конфликт считается одним из самых опасных осложнений беременности, и его возможное развитие ни в коем случае не должно оставаться без врачебного контроля.

Если супружеская пара оказалась «неблагоприятной» по резус-фактору, не стоит бояться беременности или вообще отказываться от нее. Тем более что при первой беременности риск развития резус-конфликта очень мал. Ведь для возникновения резус-конфликта необходимо, чтобы эритроциты ребенка попали в кровеносные сосуды матери. Однако природа тщательно позаботилась о том, чтобы смешение крови матери с кровью плода было невозможным. С задачей строгого разграничения кровеносных систем матери и развивающегося плода успешно справляется плацентарный барьер. Даже если он и поврежден по причине различных заболеваний, **вероятность резус-конфликта при первой беременности все равно остается низкой. Зато вторая и все последующие беременности требуют максимального внимания и повышенного медицинского контроля,** так как во время первых родов резус-положительные эритроциты новорожденного проникают в резус-отрицательную кровь матери: этого



Школа ответственного родительства

никак не избежать даже при нормальных родах, не говоря уже о кесаревом сечении. И хотя антитела, которые вырабатываются в ответ, уже не способны навредить ребенку (поскольку они появляются уже после родов), сохраняется «иммунная память», из-за которой женщина становится очень восприимчивой к чужеродному для нее резус-фактору.

Как предотвратить резус-конфликт? Конечно, с точки зрения профилактики резус-конфликта идеальным партнером для резус-отрицательной женщины является резус-отрицательный мужчина.

Профилактика начинается вне беременности, и то, что может сделать для рождения здорового ребенка каждая женщина, - это, прежде всего, **избежать прерывания нежеланной беременности**. А это значит, **определить группу крови и резус-фактор необходимо до наступления беременности и решить со гинекологом вопросы, касающиеся контрацепции**.

Какие же профилактические меры предлагает современная медицина? Всем беременным при взятии на учет в обязательном порядке определяют группу крови и резус-фактор. В том случае, если у беременной выявляют резус-отрицательную кровь, проводят определение резус-фактора отца будущего ребенка. Если у мужчины резус-фактор положительный, таким беременным **проводят анализ крови на содержание антител к резус-фактору на протяжении всей беременности**. Если антител нет, значит, все идет хорошо и резус-конфликт ребенку не угрожает. Однако повышение их уровня свидетельствует о том, что активность иммунной системы по отношению к резус-фактору усиливается. В этом случае дополнительно к стандартным УЗИ при беременности применяют **доплеровское исследование средней мозговой артерии плода и измеряют в ней скорость кровотока**. При помощи УЗИ при беременности можно выявить такие нарушения, как отек легких, сердечную недостаточность, увеличение печени и селезенки, подкожные отеки, жидкость в брюшной полости у плода. До 20-й недели признаки гемолитической болезни плода при резус-конфликте на УЗИ не видны.

Начиная с 20-й недели, УЗИ проводят каждые 2-3 недели, а иногда и чаще. В некоторых случаях исследования дополняются **анализом околоплодных вод и пуповинной крови**. Если все анализы подтверждают начало развития резус-конфликта, необходимо лечь в специализированный стационар, где будет проведено соответствующее лечение, а мама и ее будущий малыш будут под непрерывным



врачебным наблюдением. Для лечения развившейся гемолитической болезни новорожденных применяют **внутриутробное заменное переливание донорской крови**, а при угрожающих жизни плода состояниях вызывают **преждевременные роды в 32-34 недели**.

Даже при отсутствии признаков резус-конфликта во время беременности резус-отрицательной женщине необходимо **сразу после родов исследовать кровь на резус-фактор у новорожденного**. **Если кровь окажется резус-положительной, то маме в течение 72 часов после родов вводится специальный антирезусный иммуноглобулин**. Он разрушает те эритроциты ребенка, которые попали в кровь матери при его рождении. Причем разрушает очень быстро, еще до того, как иммунитет материнского организма успеет выработать антитела. Благодаря этому опасность резус-конфликта при следующей беременности минимальна. Также иммуноглобулин необходимо ввести резус-отрицательной женщине не позднее 72 часов после выкидыша, аборта, внематочной беременности и в некоторых других случаях.

Сегодня с профилактической целью иммуноглобулин рекомендуют вводить всем беременным женщинам с резус-отрицательной кровью при отсутствии антител к резус-фактору - на 28-й и 34-й неделях беременности.

В настоящее время при соблюдении мер профилактики и прежде всего самой пациенткой как вне, так и во время беременности, риск развития резус-конфликта у резус-отрицательной женщины не выше, чем риски других осложнений беременности. ☺

При второй «не совместимой» по резусу беременности антитела начинают вырабатываться очень быстро и в больших количествах, достаточных для проникновения к плоду. Это влечет тяжелую патологию у резус-положительных детей, вплоть до их внутриутробной гибели. Вероятность такого развития событий с каждой последующей беременностью возрастает.





Ожирение у детей

Ожирение у детей и подростков - это актуальная и весьма серьезная проблема. Многие родители, особенно бабушки и дедушки, не придают большого значения ожирению и уверены, что он «перерастет». Но это опасное заблуждение, которое способно нанести вред здоровью вашего ребенка.

Эту проблему нужно решать - и чем скорее, тем лучше.

Ожирение - это следствие современного образа жизни. Упрощенно говоря, оно возникает тогда, когда поступление с пищей энергии в организм превышает ее расходование.

Вес ребенка зависит от его пола, возраста, роста, наследственности (то есть какой рост и вес у его родителей), состояния здоровья, характера питания и других факторов.

Различают три критических периода, когда значительно повышается частота развития ожирения: ранний детский возраст - от 0 до 3 лет; дошкольный возраст - от 5 до 7 лет; подростковый возраст - от 12 до 17 лет.

К 6-месячному возрасту ребенок должен весить в два раза больше того веса, с которым он родился, к году его вес должен утроиться. Если же вес вашего чада до года превышает более 15%, то его уже можно считать толстым.

У педиатров имеются центильные таблицы, по которым определяются нормы веса отдельно для мальчиков и девочек, и на основе сравнения определяется степень избытка.

Выделяют четыре степени ожирения:

- первая степень - избыток веса от нормальной массы превышает 10-29%,
- вторая степень - 30-49%,
- третья степень - 50-100%,
- четвертая степень - более 100%.

Для детей старше 15 лет можно считать ИМТ: вес в килограммах, деленный на рост в сантиметрах в квадрате. Результат сравнивают с табличными изменениями соответственно возрасту ребенка.

У детей от года до 7 лет для определения ожирения можно использовать формулу: число полных лет малыша умножить на два и прибавить восемь.

В зависимости от причин различают два вида ожирения:

● **первичное: экзогенно-конституциональное**, обусловленное наследственной предрасположенностью, и **алиментарное**, развившееся из-за избыточного потребления пищи.

При конституциональном ожирении наследуется не само ожирение, а особенность обмена веществ в организме. При таком обмене питательные вещества накапливаются в избытке. Банальное перекармливание ребенка в таком случае провоцирует развитие ожирения.

При алиментарном ожирении именно перекармливание (хлебобулочные изделия, сладкие десерты, газированные напитки и др.), отсутствие режима питания и малоподвижный образ жизни детей (не занимаются спортом, не играют в подвижные игры, не посещают уроки физкультуры), особенно в критические периоды развития, и являются основной его причиной.

Если у ребенка с избыточным весом один или оба родителя также страдают ожирением, в рационе питания семьи преобладают продукты с повышенной калорийностью, высоким содержанием жиров и углеводов (сладости, выпечка), то вероятнее всего у



Татьяна Николаевна ГУРЕВИЧ,

детский эндокринолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»



Ожирение детства является предиктором ожирения в зрелом возрасте: по статистике, примерно 60% тучных взрослых в детстве имели избыточную массу тела. Для подросткового возраста в среднем прибавка составляет по 2кг в год, а уже в периоде полового развития - от 5 до 8кг.



◀ ребенка будет алиментарно-конституциональное ожирение.

Если ожирением страдают оба родителя, то риск развития заболевания у потомства равен 80% и 30% - если один родитель;

● **вторичное ожирение может сопровождать различные болезни.**

Чаще всего оно развивается у детей на фоне поражения центральной нервной системы (менингит, энцефалит, травмы), различных эндокринных заболеваний (щитовидной железы, надпочечников, яичников у девочек и др.), а также у детей с генетическими синдромами (Дауна, Прадера-Вилли, Лоуренса-Муна-Бидля и др.). И прибавка в весе в данном случае может быть не связана с избыточным по калорийности питанием и малоподвижным образом жизни.

По статистике, на долю первичного ожирения (алиментарно-конституционального) приходится до 85% случаев, это чаще ожирение 1-2-й степени. Часто подросток, страдающий легким ожирением, быстро набирает в весе и за несколько лет приобретает тяжелое ожирение. **Поэтому родителям важно вовремя обратить внимание на состояние здоровья ребенка, выяснить причину ожирения и вовремя начать лечение.** Точно установить причину ожирения может только специалист после осмотра ребенка, беседы с его родителями и дополнительных обследований.

Любое ожирение является фактором риска развития многих заболеваний (не всегда характерных для юного возраста): атеросклероза, сахарного диабета второго типа, гипертонической болезни, инфаркта миокарда, хронического холецистита и желчекаменной болезни, панкреатита, жирового гепатоза, деформации суставов и позвоночника, булимии и анорексии. У таких детей чаще встречается нарушение сна (храп, ночные апноэ). Ожирение у подростков может быть причиной депрессии из-за насмешек сверстников или конфликтных ситуаций в семье, поэто-



ЗАДУМАЙСЯ О БУДУЩЕМ!

му, чтобы получить удовольствие и успокоиться, дети «заедают» свои проблемы сладкой едой.

Педиатр дает ребенку клиническую оценку наличия ожирения. Для выяснения причин ожирения дети с избыточной массой тела должны быть проконсультированы у детского эндокринолога, детского невролога, гастроэнтеролога и по имеющимся показаниям - у генетика.

Учитывая факторы среды («культ еды» в семье, фаст-фуд, гиподинамия), корректировать ожирение у подростка трудно, но при определенной настойчивости поправимо. Главное здесь: вовремя прийти на диагностику, после чего врач определит план дальнейших действий.

Если нет медицинских отклонений, то скорее всего, виноваты родители, бабушки, которые просто закармливают свое чадо, считая, что он голодает. А бывает и так, что родители «откупаются» от ребенка вкуснятиной взамен своего внимания в связи, например, со своей занятостью.

При ожирении первой степени часто не требуется значительного ограничения питания, нужно просто составить сбалансированный рацион и увеличить физическую нагрузку; при ожирении второй степени и более - подходы к лечению более жесткие.

Лечение ожирения в детском возрасте - это длительный процесс. И если между врачом и родителем есть взаимопонимание, то цель будет достигнута. Ведь основной целью диеты и физической нагрузки зачастую является не сниже-

ние веса, а профилактика дальнейшей прибавки.

Итак, **сбалансированное низкокалорийное питание.** Необходимо прививать ребенку привычки здорового пищевого поведения, вырабатывать четкий распорядок дня, при котором приемам пищи будет отводиться одно и то же время. **Прием пищи должен быть дробным - 4-5-6 раз в день.** Выбор продуктов питания зависит не от ребенка, а от его родителей. Последний прием лег-

коусваиваемой нежирной пищи (например, стакан кефира) должен быть за два часа до сна. Перерывы между приемами пищи должны составлять 2,5-3,5 часа: таким образом можно добиться ощущения сытости.

Основная часть калорий должна приходиться на завтрак и обед, чтобы не провоцировать обильный ужин. В первую половину дня ребенок больше двигается, поэтому и расход калорий выше: хороши будут рыбные и мясные блюда. Во вторую половину - молочные и овощные с низкой калорийностью.

В питании ограничьте быстроусвояемые углеводы (сладкое, торты, конфеты, белые булочки, чипсы и др.). Эти продукты должны приниматься после еды, богатой клетчаткой, но ни в коем случае между приемами пищи.

Количество сложных углеводов: каша (кроме манки), овощи, фрукты - **должно быть не менее 50% в сутки. Белки должны составлять 15-20% от суточного рациона:** 70% - животного происхождения (постное мясо, рыба, творог), 30% - растительного (бобовые, все орехи, кроме грецких).

В рационе **ограничиваются до минимума сливочное масло и тяжелые животные жиры.** Их можно заменять можно подсолнечным или оливковым маслом в небольшом количестве и свежем виде.

Не рекомендуются копчености и соленья.

Особенно полезны кислые фрукты в свежем виде. Ограничение касается бананов, фиников, винограда, дыни.



Из молочных продуктов в рационе должны быть нежирный творог, кефир, диетический сыр. **Нельзя пить газированные напитки**, особенно сладкие.

Конечно же, можно есть жареную картошку, мороженое и многое другое «запрещенное», но не выходить за рамки правильного питания.

Не позволяйте ребенку есть перед телевизором, пусть тщательно пережевывает пищу и из-за стола выходит с чувством легкого недоедания, ведь центр насыщения начинает работать только через 15-20 минут. Рекомендуется между приемами пищи пить чистую негазированную воду.

Нужно организовать правильную систему физического воспитания. Здесь главный девиз: «сколько калорий съел - столько и израсходовал». Ограничьте время пребывания ребенка за компьютером и телевизором двумя часами. Позвольте менять виды активного отдыха в разные дни недели (басейн, боулинг, футбол, велосипед). **Главное, чтобы больше ребенок двигался.** Если энергия не расходуется, она будет откладываться в запас. Не используйте физические нагрузки в качестве наказания или обязанности, лучше покажите личный пример.

Диета и спорт могут оказаться бессильны, если не **устранить психологическую проблему** (комплекс неполноценности, напряженные отношения в семье и т.д.). В данном случае потребуются консультации психотерапевта.

При прогрессирующем ожирении, присоединении осложнений назначается соответствующее медикаментозное лечение.

Если профилактические меры окажутся неэффективными или не смогут побороть влияние наследственности, приоритетом воспитания должно стать развитие у ребенка самоуважения и уверенности в себе.

Только в тандеме «родитель - ребенок» легче преодолеть болезнь. Пусть здоровый образ жизни станет привычкой в вашей семье, и лишний вес не будет угрожать здоровью ваших детей! ☺

За спортом и здоровьем приходите к нам!

В середине октября у Краевого дворца молодежи в Барнауле появятся уличные тренажеры. Все желающие круглый год совершенно бесплатно смогут укреплять на них свое здоровье.

Приобретение тренажеров стало возможным благодаря гранту Губернатора Алтайского края в сфере молодежной политики в рамках программы «Молодежь Алтая» на 2014-2016 годы, полученному КГАУ «Краевой дворец молодежи» за социальный проект «Уличные тренажеры».

Спортивный комплекс «Я выбираю спорт!» предназначен для всевозрастного использования. Он состоит из пяти тренажеров:

- ◆ тренажер «Гребля» предназначен для укрепления передних, задних и боковых бедренных мышц, а также мышц спины и груди. Тренажер хорошо развивает координацию движений и служит для общефизической подготовки;

- ◆ тренажер «Орбитрек» тренирует мышцы ног, туловища, тазобедренные и коленные суставы, сердечно-сосудистую систему;

- ◆ тренажер «Прогулочный» предназначен для увеличения силы и гибкости ног и стоп, также спо-

собствует улучшению дыхательных путей и развитию легких;

- ◆ тренажер «Параллельные брусья» предназначен для тренировки мышц пресса. Позволяет прорабатывать почти все группы мышц живота, а также мышц поясницы;

- ◆ тренажер «Тяга сверху» развивает круглые мышцы спины, широчайшие мышцы спины, бицепс.

Что немаловажно: конструкции тренажеров антивандальные, то есть их невозможно сломать или украсть. Их поставку осуществило ООО «Рубцовский металлозавод». Торжественное открытие спортивного комплекса планируется в конце октября. На его территории специалистами будут организованы спортивно-массовые акции и консультативные занятия по использованию уличных тренажеров.

Приглашаем всех на занятия по адресу: г.Барнаул, ул.Юрина, 204в, Краевой дворец молодежи. ☺



Агрессия: для чего она и как с ней бороться



Татьяна Александровна ГУЖ,
психолог, председатель правления, Алтайская региональная общественная организация по предотвращению насилия «Право на счастье»

В большинстве случаев люди думают, что агрессия - это нападение одного человека на другого с целью нанести ему ущерб, то есть исключительно разрушительное поведение. Но на самом деле это не так.

Зачем нужна агрессия?

Агрессия - это энергия, которая в зависимости от сознания и воли того, кто ею управляет, может быть направлена либо во благо, либо во вред. При помощи агрессии можно защищаться или нападать. Вы можете таким образом позиционировать себя. Например, есть такой способ защиты, когда человек всем рассказывает, что он страшный и ужасный, чтобы боялись и не нападали. Таким образом получается, что агрессия - это форма жить. И без нее жить нельзя. **Невозможно представить, чтобы в живом существе отсутствовала агрессия.** Потому что у любого живого существа есть какие-то контуры, живое существо таким образом привносит себя в мир, а значит, может задеть контуры другого, даже не желая того. Причем мало осознавать, что именно для каждого человека нужно для выживания: еще есть его принципы, личные ценности, желание получить необходимое. У каждого из нас есть понимание того, что ему делать можно, а что - нельзя. Так и у каждого своя мера - насколько он разрешает себе быть агрессивным.

Где граница между здоровой агрессией и нездоровой?

Если обращаться к теории личности, то ее структура есть невротическая, пограничная и психотическая.

У психотической личности агрессия патологическая. Почему? Потому что у такой личности отсутствует чувство вины и стыда. У нее просто нет этих ограничителей. А ведь они являются мощными регуляторами социального поведения! Психотической личности можно все - и это ее внутреннее ощущение. У нее нет разграничения на то, что «я имею право делать», и на то, «что не имею».

На следующей, образно говоря, ступеньке находятся люди, у кото-

рых уровень агрессии достаточно высок, но при этом они не видят в этом проблемы и, соответственно, не задумываются на тему, что ею надо учиться управлять. Это те личности, которые бьют своих детей, женщин. Может, в тот момент, когда у них и возникает чувство вины, но они говорят себе и окружающим: «Она сама виновата» или «Она меня провоцировала». То есть не «я виноват», а «она виновата».

Следующие на этой «лестнице» - люди, которые любой конфликт решают только с помощью агрессии: без малейших попыток договориться, обсудить. Они буквально продавливают свое мнение. Вроде бы они и не дерутся в открытую, но при этом у них фиксируется высокий уровень проявления агрессии. Они не видят другого варианта своих действий (впрочем и предыдущие). Эти люди получают как бы вторичную выгоду, снижают свое напряжение, выплескивая агрессию. Например, многим из нас наступали на ноги в общественном транспорте, толкали. Для кого-то это мимолетное происшествие, а для кого-то - трагедия. А ведь это тоже проявление агрессии.

Если у меня нет агрессии...

Есть люди, у которых очень низкий уровень агрессивности, - это врожденное. Рассмотрим пример с позиции темпераментов (флегматик, меланхолик, сангвиник, холерик). Допустим, мы видим проявление явной несправедливости. У одного человека (сангвиника) в ответ внутри него возникнет много энергии, у другого - чувство справедливости просто начнет «зашкаливать» (у холерика), а у меланхолика этот уровень наличия агрессии будет совсем низким. Да, именно - наличие агрессии. **С выражением, проявлением агрессии можно работать: можно увеличить ее проявления или уменьшить их.** А с наличием



ем агрессии уже ничего не сделать. Это такой же безусловный механизм, как, например, обмен веществ в организме. И его нельзя изменить настолько и по своему желанию, чтобы враз стать другим человеком.

Но можно осознавать или, наоборот, не осознавать наличие в себе чувства агрессии. **Можно думать, что у меня изначально нет агрессии, тем самым блокируя ее, не давая ей выхода** («я просто добрый человек и, по своему определению, ничего плохого никому не могу сделать»). Это - крайнее проявление неосвоенной агрессии. Интересно, что такой человек не «встретится» с чувством вины после проявления каким-либо образом своей агрессии.

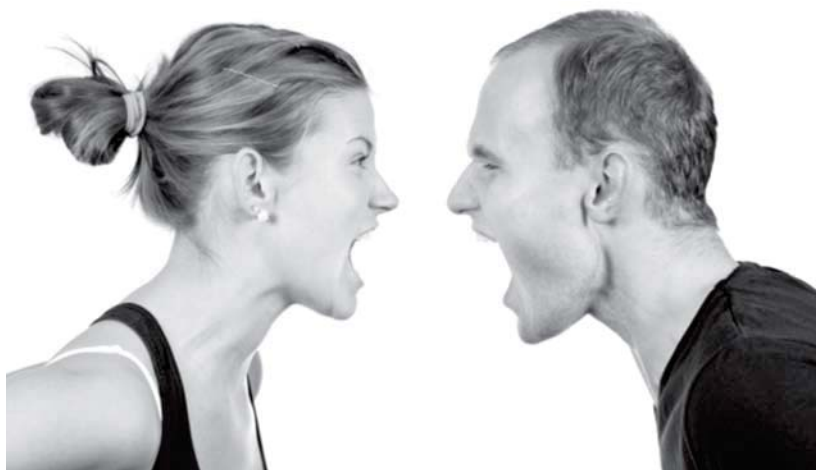
Как правильно выражать агрессию?

Существуют социально приемлемые (сохранные) способы. То есть само это определение включает не только мою сохранность, но и сохранность окружающих.

Правильный способ - это тот, что подходит вам и вашему окружению. В каждом случае он свой. Некоторым свойственно бурно, эмоционально выяснять отношения (в том числе и на людях), как это делают итальянцы: шумно, эксцентрично. Кто-то будет нецензурно ругаться. Кто-то в агрессивном своем порыве будет интеллигентно разговаривать за чашкой чая. Выпускать пар возможно и в одиночку: например, разрывать бумажки с записями всего, что приходит в голову, на мелкие куски или включать громко музыку, кричать, чувствуя, как уходит телесное напряжение.

Как правильно реагировать на агрессивных людей?

Чтобы правильно среагировать на чужую агрессию, вы должны учитывать несколько факторов. **Нужно четко понимать, что в такой ситуации вы можете сделать сами** (то есть каков ваш уровень проявления агрессии). **Далее - на что способен другой человек, ваш оппонент:** какой у него темперамент, его уровень агрессии, его жизненные и личные принципы.



Хорошо бы иметь в своем арсенале несколько разных способов выражения агрессии. Чем больше таких способов, тем проще вам будет справиться с агрессией. Один из них - вербальный, то есть выражение словами своих чувств, их проговаривание.

Очень важный определяющий фактор - это страх. Действительно, если другой человек чего-то сильно требует или ждет от вас, то бывает очень страшно встретиться с тем, чья его сила больше, чем ваша. Поэтому для начала вообще надо признать свое чувство страха, что да, вы боитесь. Иначе ваша последующая реакция может быть неадекватной и неуправляемой.

Существуют две реакции на проявление агрессии. **Первая - «движение вперед, от себя, во внешнюю среду», вторая реакция - «назад, на себя, внутрь».** В первом случае человек пугается и впадает в ступор; испытывая шоковое состояние, он просто ничего не может сделать. Это реакция сдерживания, причем неосознанного: вам кажется, что если вы молчите, то вы со стороны кажетесь выдержанным, терпеливым человеком. Хотя на самом деле внутри вы все делаете для того, чтобы выглядеть внешне воспитанным человеком. Вторая реакция - человек впадает в состояние аффекта. Есть люди, для которых страх настолько невыносим, что они моментально впадают в состояние аффекта и демонстрируют очень высокую агрессию. Но когда они вынужденно ограничивают агрессию, она позже часто прорывается аффектом, вплоть до серьезных физических увечий. Накопленная агрессия, как бомба, разрывает все вокруг. ☹

Важно помнить, что агрессия другого человека - непостоянна, ее возможно ситуативно проверить. Так же, как свою агрессию. Это та информация, которую можно узнать, задав прямой вопрос. Узнав ее, можно найти способы обезопасить себя, подготовиться, чтобы получить новый опыт.



Комплекс ГТО как часть культуры россиян



Василий Федорович ЛОПУГА,

заведующий кафедрой здоровьесберегающих технологий, кандидат педагогических наук, доцент, Алтайский краевой институт повышения квалификации работников образования

В 2014 году Правительство РФ разработало и приняло ряд документов, направленных на воссоздание комплекса ГТО. Что это даст? Комплекс ГТО поможет измерить актуальный уровень здоровья россиян и обеспечит так необходимую россиянам мотивацию для занятий спортом. Например, главными стимулами для сдачи норм ГТО и занятий физкультурой могут стать: учёт результатов при поступлении в вузы; денежные, материальные и другие поощрения; как условие для поступления на государственную или муниципальную службу; возможность стать известным в своем регионе.

В комплекс ГТО 2014 года включены тесты и нормативы для 11 групп девочек и мальчиков, девушек и юношей, женщин и мужчин, от 6 лет до пожилого возраста без ограничений его предела. **Нормативы разделены по степени сложности на три типа, соответствующие золотому, серебряному и бронзовому знакам.**

I ступень включает нормативы ГТО для мальчиков и девочек 6-8 лет трех степеней сложности (бронзовый, серебряный и золотой знак). Из девяти тестов - шесть обязательные и три по выбору, из них три многовариантные. Мальчики и девочки должны выполнить нормативы соответственно четырех, пяти или шести тестов.

II ступень рекомендуется мальчикам и девочкам 9-10 лет. В этой ступени дети для сдачи нормативов знака должны из 9 предлагаемых тестов выполнить соответственно 5, 6 или 7 тестов, которые отличаются большей интенсивностью.

Переходный этап от детского к подростковому возрасту, который наступает у девочек в 11 лет, а у мальчиков в 12 лет, фиксирует **III ступень**, рекомендованная для школьников 5-6 классов.

IV ступень охватывает 13-15-летних. Здесь учитываются два фактора возраста: уменьшаются затраты энергии на процессы роста, но половое созревание возбуждает психическую неустойчивость. Поэтому интенсивность упражнений, продолжительность рекомендованного двигательного режима наращиваются, но исключается давление на психику в период тренировок и сдачи тестов.

V ступень ГТО разработана для возраста юношей и девушек 16-17 лет и характеризуется повышением интенсивности всех видов упражнений.

VI ступень ГТО рекомендована молодежи в возрасте от 18 до 29 лет. В наибольшей степени начинают проявляться физиологические особенности мужчин и женщин, поэтому тесты для каждого пола приводятся в отдельных таблицах.

VII ступень ГТО предназначена для людей зрелого возраста 30-39 лет. Она рекомендует тесты для мужчин и женщин в отдельных таблицах, разбитых на два этапа (30-34 года и 35-39 лет). Уменьшается количество необходимых для получения каждого знака ГТО тестов.

Остальные четыре ступени рекомендуются для мужчин и женщин в возрасте 40 и более лет. Они различают-

ся только по возрастным периодам: 40-44 года и 45-49 лет, 50-54 года и 55-59 лет, 60-69 лет и 70 и более лет. Общая особенность этих ступеней - нарастание преимущества процессов диссимиляции над процессами ассимиляции, которые стремятся к нулевому значению.

Работа с приемом нормативов Комплекса ГТО в школах возможна, ведь урок физической культуры по своей сути и есть подготовка к сдаче норм ГТО. Занятия утренней зарядкой в семье, производственной гимнастикой на предприятиях - также можно считать первым шагом подготовки к сдаче норм ГТО. Приобретают новый смысл занятия в дворовых секциях, кружках, участие в соревнованиях и спортивных праздниках.

В настоящее время план поэтапного введения Комплекса ГТО утвержден распоряжением Правительства России. Согласно ему этот **процесс будет проходить в три этапа**. **Первый** - организационно-экспериментальный этап: с 1 сентября 2014 года по декабрь 2015 года. В это время нормативы, предусмотренные государственными требованиями к уровню физической подготовленности населения, будут апробироваться в 12 субъектах Российской Федерации. Остальные регионы после необходимой подготовки также смогут начать апробацию и внедрение Комплекса ГТО. **Второй этап** будет проходить с 1 января 2016 года. Он предусматривает внедрение комплекса ГТО во всех образовательных организациях России и среди других групп населения в отдельных регионах. **Третий этап** стартует 1 января 2017 года: нормативы ГТО смогут сдавать представители всех возрастных групп на всей территории страны. В Алтайском крае апробация сдачи норм ВФСК ГТО в 2015 году пройдет в нескольких образовательных организациях.

Становясь частью российской общей культуры, комплекс ГТО привносит идею национального здоровья: «хочу, могу и буду здоровым!». По сути, это национальный стандарт по физической готовности человека в разных возрастах. Одно важное дополнение: занятия физической культурой и спортом должны быть доступными и модными.

Более подробную информацию о самом комплексе ГТО, его нормативах читайте в следующем номере нашего журнала. ☺





Ведомственная целевая программа

"Молодежь Алтая"



Коллаж из фотоотчетов социально значимых проектов, поддержанных грантами Губернатора Алтайского края в сфере молодежной политики и реализованных в 2014 году.

Социальная реклама





Ведомственная целевая программа

"Молодежь Алтая"



Коллаж из фотоотчетов социально значимых проектов, поддержанных грантами Губернатора Алтайского края в сфере молодежной политики и реализованных в 2014 году.

Социальная реклама