

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Не оборвется нить жизни...



Мы должны помнить о... Будущем

Вы случайно не попали в разрыв времени и не остались в конце двадцатого века?! Вернитесь в действительность - на дворе третье тысячелетие!

Думать о будущем - это значит планировать завтрашние перемены, шире смотреть на вещи...

Будущее не будет похоже на настоящее. Многие философы считают, что следующее тысячелетие может бросить вызов самому человечеству. Уже в ближайшие пятьдесят лет (а это уже лично коснется многих ныне живущих!) мы столкнемся с достижениями науки и техники, далеко выходящими за пределы нашего воображения, а также серьезным сдвигом в системе ценностей. Предвидение и интуиция - давно являются одним из ключевых факторов рыночного успеха, успеха отдельных политиков, стран. Может быть, именно поэтому сегодня вопросам стратегического моделирования будущего посвящено множество исследований, публикаций.

Но практически все предсказатели довольно единодушны в ожидаемых социальных переменах.

В медицине нового века будут доминировать дилеммы - рационализм, риск, личная и общественная выгода. Внедрение таких современных технологий, как кибермедицина, например, существенно изменит возможности хирурга

"путешествовать" по кровеносному руслу или воздушным путям; телемедицина обеспечит домашний мониторинг больных с достаточно высокой степенью риска. Но тогда, когда сложные манипуляции фактически доверят роботам, именно тогда **личное внимание, прикосновение, сочувствие и понимание со стороны реальных людей, которых специально отобрали за их способность сочувствовать другим, - приобретут еще большее значение.**

Отношение к собственному здоровью у человека всегда было в высшей степени иррациональным. С повышением продолжительности жизни возможно ожидать появление эффекта бумеранга: с одной стороны, озабоченность старением и стремление в любом возрасте оставаться здоровым, а с другой - растущая апатия по отношению к собственному здоровью.

Доступ к услугам здравоохранения - уже сейчас довольно щекотливая тема, "нормирование" медицинской помощи вызывает множество моральных дилемм. Вместе с тем основная масса исследователей склоняется к мнению, что здравоохранение и в развитых, и в развивающихся странах продолжит свое динамичное развитие и, как следствие, будет испытывать растущую потребность в финансовых, и особенно кадровых, ресурсах. **Человек - остается основой медицинской помощи.**

В чем еще совпадают во мнениях предсказатели будущего? Любое правительство - независимо от его идеологии - не в состоянии заботиться об обществе, в котором почти не осталось традиционных семей.

Признак времени - переход политиков к риторике "защиты семьи". Итогом сексуальной революции стали: наркомания, рост преступности, "черная" экономика, формирование лишнего слоя населения, не говоря уже о расходах общества, связанных с разводами, лечением венерических заболеваний, СПИДа...

Семья, как признак стабильности, в разобленном и быстро меняющемся мире будет цениться все выше.

Большинство молодых людей по-прежнему романтики. Их идеал - надежный, верный спутник жизни, дети, семья. В развитых странах возникает целая индустрия подготовки родителей, которые готовы передать молодым те знания и опыт, которые были раньше прерогативой бабушек. Тенденции к изменению социальных установок наметились, но для того, чтобы маятник начал очевидное движение от "холостой жизни", - потребуются время. Семейная политика общества есть и будет все более многообразна - это и меры, принимаемые по изменению демографической ситуации органами власти в стране, ее отдельных регионах, существенное изменение законодательства, в том числе и в сторону уменьшения брачного возраста, заключение брачных договоров, создание клиник репродуктивного здоровья. Боязнь одиночества, даже большие затраты общества на создание жилья для одиноких - тоже будет способствовать формированию ориентира на семью. Следует ожидать, что все большее число мужчин и женщин в новом тысячелетии по-другому будут воспитывать своих детей и все большее их число решат пожертвовать карьерой и примириться с более низким доходом ради счастья и благополучия в семье. **Нас ожидает возвращение к "культу ребенка", как к величайшей драгоценности.** А наряду с правами - обязанности человека станут основой глобальных этических норм, потому что именно они (эти честные нормы) станут императивом не только при совместном проживании отдельных людей, но и для корпораций, политических деятелей и народов.

Мне кажется, что, предвосхищая прогнозы, семья, являющаяся символом надежности в нашем фрагментированном обществе, в долговременном плане уже одержала победу!

А теперь спросите самих себя: счастливая семейная жизнь обеспечивает вам серьезное конкурентное преимущество? Домашние неурядицы выводят вас из строя - как эмоционально, так и физически? Как семейная жизнь укладывается в ваши планы на будущее?

Учредитель -
**ООО "Издательство
 "ВН - Добрый день"**
 г. Новоалтайск,
 ул.Обская, 3. Тел. (232) 2-11-19.

Адрес редакции:
**656037 г.Барнаул,
 ул.Чеглецова, 3а, оф.306**
 Тел. редакции - (3852) 39-87-79
 E-mail: **nebole@mail.ru**

Главный редактор -
Ирина Козлова

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
 Компьютерный дизайн
 и верстка -
Ольга Жабина
Дмитрий Зырянов
 Отдел рекламы -
Татьяна Веснина,
Лариса Юрченко

Подписано в печать 31.08.2006г.
 Печать офсетная. Тираж -
 6500 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ
 № ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-
 ное Сибирским окружным межрегио-
 нальным территориальным управлени-
 ем Министерства РФ по делам печати,
 телерадиовещания и средств массовых
 коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
 зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,
 размещаются на правах рекламы, точка
 зрения авторов может не совпадать с
 мнением редакции.

Отпечатано в типографии
 ООО «Алфавит»:
 г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
 Тел. (3852) 65-91-18

**Подписной индекс -
 73618**

На обложке: семья **Вячеслава и
 Оксаны Ибель**.

Коллектив журнала «Здоровье ал-
 тайской семьи» искренне поздрав-
 ляет нашего дизайнера Оксану Ибель
 с рождением второй дочурки!

Содержание

Сиротство при живых родителях...	2-3
И.П. Селезнева. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	4-5
Мир и медицина	6
Е.В. Васильева. Долгожданное чудо свершилось...	7
Лен и зверобой - друзья, проверенные тысячелетиями	8
«Золотая» пора жизни... ..	9-10
Жилищный кредит Сбербанка России	11
Подарок природы	12
Мир и медицина	13
Медицинский центр «Надежда»	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 12). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина О помощниках – гормонах глюкокортикостероидах Что такое гормоны?	15-16
Крепкие зубы	17
Мир и медицина	18
И.А. Егорова. Что такое информированное согласие?	19-21
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Д.В. Хроменкова. Новые моменты в работе медицинских сестер	22-23
Ю.А. Фролова, Н.Н. Крапивина. Сестринский процесс в рамках экспериментальной площадки в ГУЗ «Краевая клиническая больница»	24
Война полов начинается в генах	25-26
Готовимся к встрече с инфекциями	27
Т.Б. Кожанова, И.М. Антонова. Домашняя физиотерапия	28-30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Как выбрать «правильный» рюкзак для школьника	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. 50 правил здорового питания	35-36
Пудинг для печени	37
Мир и медицина	38
Пульс	39-40
Не заставляйте детей жить бегом!	41
КОРОНАРНЫЙ КЛУБ. Л.А. Старкова, Е.Д. Косоухова, Н.С. Пешкова, А.А. Суворова Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний	42-43
Общественность, семья, ответственность. (материалы круглого стола с участием лидеров женских общественных организаций, представителей муниципалитетов, работников районных учреждений, Первомайский район, июль 2006г.)	44

Сиротство при живых родителях...

Общественная женская палата при главе администрации края 23 августа провела совместное заседание с краевой межведомственной комиссией по вопросам улучшения положения женщин и детей в Алтайском крае.

Дети-сироты, дети, оставленные без попечения родителей, – как и чем государство, общество могут помочь им – стало главной темой заседания.

«Раньше сиротой был тот, кто потерял родителей. Двадцатый век породил новое страшное явление – социальное сиротство, сиротство при живых родителях. Это позор нашей страны. Только порождение одного этого явления – свидетельство глубокого морального кризиса значительной части населения, разрушения российской семьи, – так начал свой отчет заместитель главы администрации г.Рубцовска **Василий Григорьевич Курганский**. – Число детей, оставшихся без попечения родителей и в городе Рубцовске, и в крае неуклонно растет. Главной причиной детской безнадзорности является семейное неблагополучие. Критерии не-

Но дети, казалось бы, из кошмара помещенные в нормальные условия – чистая постель, хорошее питание, учителя и воспитатели, – рвутся в свои «непутевые» семьи, конфликтуют из-за сомнительных «достоинств» бросивших их родителей».

Почему сегодня мы все более активно заговорили о преимуществах семейной формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, перед государственной?

И воспитатели, и сами воспитанники отмечали, что само воспитание в детских домах (интернатах) вырабатывает, если так можно сказать, «иждивенчество». У бывших воспитанников создается иллюзия, что государство и после выхода из такого учреждения обязано обеспечивать их всем необходимым. Нет навыков ухода за домом, семьей, правильного, бережного расходования средств, умения просто даже делать нужные покупки.

«Я не могу сказать, что мне плохо было в детском доме, но когда меня забрала патронатная семья, – все изменилось. Я почувствовала и поверила, что меня выбрали, потому что полюбили. Вы даже не представляете, какой музыкой для меня звучали вечером слова «спокойной ночи», сказанные только мне. Вы знаете, и сок на столе я стала видеть реже, и покупки новых мне вещей



В.Г. Курганский, Н.К. Меркулова

благополучия семей различны: от напряженной конфликтной атмосферы из-за взаимной неприязни взрослых, отсутствия заботы со стороны родителей до создания ими (родителями) просто губительной обстановки для несовершеннолетних, и даже жестокого обращения с детьми в семье: либо родителей, либо людей, сожительствующих с одним из родителей».

Государство долгое время полностью брало на себя заботу о таких детях. Как следствие – рост числа специализированных учреждений: домов ребенка, детских домов, школ-интернатов.

обсуждались долго, а многое (в отличие от детдомовских ребят) мне вообще не купили. Но ощущение, что ты в семье – оно переполняло меня радостью. Думаю, что тот, кто не пережил утраты семьи, может, и не поймет моего состояния. Для многих мама, папа, которые заботятся о своих детях, – это «обычно», – делится с нами одна из бывших воспитанниц государственного учреждения.

В марте 2000 года в крае был принят Закон Алтайского края «О порядке передачи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на патронаж граждан», который формализовал совершенно



Г.В. Чайка

новую для края форму устройства детей в семью. **Принципиальным отличием от опеки (попечительства) является тот факт, что при такой форме дети определяются в семье, не состоящие с ними в родстве, – на определенный срок - от одного месяца до одного года с последующим оформлением опеки или усыновления.** Таким семьям из средств краевого бюджета выделяется финансирование – 3307 рублей в месяц. Очень немного. Кстати, содержание одного ребенка в интернатном учреждении обходится в 8677 рублей в месяц.

Председатель Совета женщин Табунского района **Галина Владимировна Чайка** поделилась опытом работы с семьями социального риска в своем районе. Активность в оказании помощи, учет личного вклада в самообеспечение семей – уменьшили в два раза число семей, обратившихся за помощью в последние три года в этом районе.

Алкоголизация семей – основной бич, а все большее число случаев социального падения женщин-матерей делают семью даже опасной для проживания детей!

Только объединение усилий и власти, и общественных организаций, считают табуны, может предупредить и противостоять разложению семей, социальному сиротству. Работа с семьей, своеобразный поселенческий контроль за социально опасными семьями организованы в каждом селе района.

«Поможем друг другу - решили члены Совета женщин с.Табуны, – не порождать иждивенчество, а научиться сострадать, прийти на помощь». Так видят свою задачу женщины. О том, что район ищет формы работы с семьей, говорят и мероприятия, проводимые в районе. Это и акция «Белая лента», и районная конференция

«Организация социальной работы по предотвращению насилия в семье», и подписанное по ее итогам Соглашение Совета женщин и РОВД в вопросах социально-правовой защиты от насилия в семье.

Это и подготовка юношей и девушек, учащихся школ района, к осознанному родительству. Координатором этой работы выступает заслуженный врач РФ **В.И. Бунева**. Это и учреждение Книги-эстафеты «Из жизни табунских семей», в 2006 году выходит ее вторая глава «Разговор об отце».

Что дало такое объединение усилий? Есть ли результат? «Активное привлечение женских советов, всех служб системы профилактики к работе с семьями, находящимися в социально опасном положении, дало определенные результаты, - говорит Галина Владимировна. - За последние пять лет, пусть и небольшими темпами, снижается количество неблагополучных семей. В 2000 году их было 97, в настоящее время - 76. Если в районном банке социально опасных семей в 2003 году находилось 45 семей, то в настоящее время - 32 семьи, в которых 67 детей, из них 19 дошкольников. За эти годы трое родителей лишены родительских прав, у 21 семьи дети временно изымались из семей. Но 9 семей сняты с учета по причине оздоровления обстановки в семье!»

Если в 2004 году на учет были поставлены 10 семей, то в 2005 году только две, на первое полугодие текущего года - одна семья. На территории Белозерского, Граничного сельсоветов вообще нет семей, включенных в районный банк социально опасных семей. Из 23 сел в девяти не зафиксированы семьи данной категории. И, конечно же, большая заслуга в этом самих жителей сел, которые создают благоприятную обстановку, не позволяющую создавать социально опасную среду, и женского актива - надежного помощника по спасению семей.

Лидеры женских советов - Эльза Андреевна Буркова (Лебединский женсовет), Эмилия Андреевна Воршева (Граничный женсовет), Валентина Ивановна Сарайкина (Большеромановский женсовет), Людмила Марковна Куличкова (Алтайский женсовет) - не только пользуются заслуженным уважением односельчан, но и отмечены грамотами, денежными премиями районной администрации, занесены на районную Доску почета».

Администрация района поддерживает инициативы женского актива и строит свою работу с ним согласно Договору о социальном партнерстве, подписанному в 2001 году.

«Но мы не считаем, что в организации работы с семьями, оказавшимися в социально опасном положении, сделано все, есть и недоработки, - продолжает Г.В. Чайка.

Не всегда принимаемые меры к родителям являются эффективными. Административный кодекс предусматривает предупреждения и штрафы, лишение же родительских прав - вообще освобождает ро-

дителей от ответственности за воспитание детей, перекладывая все на плечи государства. Не всегда оперативно рассматриваются дела в отношении родителей органами внутренних дел и судами.

Отсутствие в районе временного приюта или комнаты для пребывания детей, оказавшихся в жизненной экстремальной ситуации, иногда создает угрозу для их жизни».

Проблемы насилия в семье все более явно выходят из тени, при этом жесткие формы насилия, создающие угрозу здоровью, даже жизни детей, женщин, - становятся распространенными в городах и в сельских семьях. Созданный когда-то по инициативе НКО «Женский Альянс» краевой кризисный центр для женщин уже несколько лет работает как государственное учреждение в системе социальной защиты. Накоплен опыт, методики работы. К сожалению, он востребован! Уже назрел вопрос об открытии при нем социального приюта для женщин-матерей с детьми, терпящими насилие в семье. За последние три года в крае открыто более 75 учреждений социального обслуживания семей и детей. Они нуждаются в организационно-методической помощи, в том числе - по профилактике семейного насилия, оказания помощи семьям, оказавшимся в сложном положении. Эту функцию может и готов (при соответствующей поддержке) выполнять кризисный центр для женщин.

В своих выступлениях женщины - члены Общественной женской палаты - отмечали, что общество, государство вынуждено все активнее «вмешиваться» в защиту детей, проживающих в социально опасных семьях, принимать различные меры, вплоть до временного отобрания или помещения детей в интернатные учреждения.

Но это не выход. Очень важно по крупинкам собирать тот положительный

опыт, который у нас есть, пропагандировать счастливые, трудолюбивые семьи. Важно не упустить, не оставить без внимания хорошие предложения.

«Мы говорим о судьбе малокомплектных школ. Села вымирают, иногда в таких школах учителей больше, чем учеников... У нас асфальт до самого села, железная дорога рядом, от Барнаула недалеко. Места замечательные. Смотрите, какая проблема с безнадзорностью и беспризорностью детей. Почему бы именно в небольшие села не размещать таких детей - мы бы их отогрели, вернули к нормальной жизни. Кто-то бы и к сельской жизни привык, в нашем селе бы остались» - рассуждали педагоги школы из с.Ново-Копылово Первомайского района на одной из встреч с представителем Краевого Совета женщин **И.В. Козловой**.

В крае идет формирование программы «Дети Алтая», «Алтайская семья». Включение в эти программы мер по предупреждению социального сиротства, по устройству детей, оставшихся без попечения родителей, по пропаганде таких форм устройства детей, как приемная и патронатная семья, изменение порядка определения и размера денежных средств, выплачиваемых на содержание ребенка в приемной семье; предусмотреть систему подготовки специалистов, способных реализовывать также опеку и попечительство, создать приют при женском кризисном центре, предусмотреть возможность подготовки семей, учебы, если можно сказать, к такому важному шагу - с такими предложениями обратились Общественная женская палата к администрации края.

Общественная женская палата при главе администрации края рассмотрит и обсудит все предложения от НКО, граждан, связанные с вопросами устройства детей, оставшихся без попечения родителей.

Общественная Женская палата при главе администрации края приглашает к партнерству



Общественная приемная Женской палаты при главе администрации края, Краевого совета женщин начала работу по адресу: **г.Барнаул, ул.Партизанская, 94, офис 104, т/ф 65-78-93.**

Ее официальное открытие состоялось 25 августа 2006 года. Приглашаем к сотрудничеству некоммерческие общественные организации в интересах семьи, материнства, отцовства и детства.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Ирина Петровна Селезнева,
врач-кардиолог первой квалификационной категории,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) справедливо называют эпидемией XX века, которая, к сожалению, продолжается и в нынешнем, XXI веке. В течение нескольких десятилетий подобные заболевания являются ведущей причиной смерти населения в индустриально развитых странах, в том числе и в России, где от ССЗ ежегодно умирают примерно 1 млн 200 тыс. человек, по краю этот показатель достиг 23026 человек (в 2005 году), это 54% в общей смертности.

Показатели смертности от ССЗ в России в 2-4 раза выше, чем в западноевропейских странах, США, Канаде, Австралии. Пока наблюдается тенденция к росту смертности, в то же время в последние 30 лет во многих экономически развитых странах отмечается снижение смертности от ССЗ. В первую очередь, это объясняют изменением образа жизни: отказ от курения, здоровое питание, повышение физической активности.

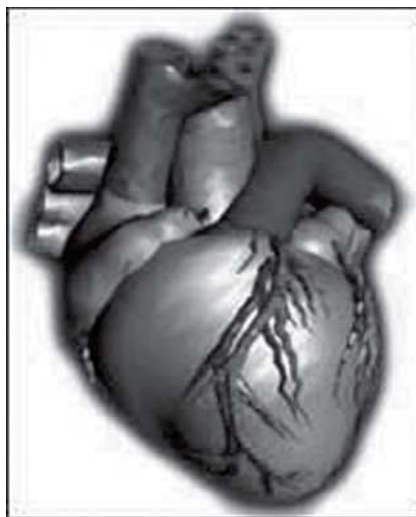
Но в то же время все большую роль начинают играть службы здра-

воохранения, особенно в продлении жизни больных путем проведения мероприятий по вторичной профилактике.

В группу ССЗ обычно включают:

- ◆ ишемическую болезнь сердца (ИБС),
- ◆ инсульт,
- ◆ поражение периферических артерий.

Ведущая роль в патогенезе этих заболеваний принадлежит атеросклерозу, и факторы риска у них, в целом, общие, хотя значимость разных факторов в развитии отдельных



заболеваний может различаться. **В структуре смертности от ССЗ около 85-90% приходится на долю инсульта и ИБС.** Именно им отдается приоритет, когда разрабатываются программы профилактики ССЗ.

Научной концепцией предупреждения ССЗ, связанных с атеросклерозом, стала концепция факторов риска.

Причины возникновения ССЗ пока полностью не ясны, однако благодаря экспериментальным, клиническим и эпидемиологическим исследованиям были выявлены факторы риска, под которыми

понимают характеристики, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний.

Обычно это -

◆ поддающиеся изменению **биологические характеристики** (повышенные уровни в крови отдельных липидов, глюкозы, артериального давления),

◆ **неблагоприятное состояние окружающей среды**,

◆ **особенности образа жизни** (курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем),

◆ **пол, возраст и некоторые генетические характеристики** (но они не поддаются изменениям и используются в основном при прогнозировании возникновения заболевания).

Фактор риска может быть причиной связан с развитием заболевания или вызывать последнее через влияние на другие детерминанты. Но тем не менее подобный фактор важен в плане предсказания заболевания, и его устранение может не привести к снижению риска возникновения заболевания.

Среди многочисленных факторов риска ССЗ основными считаются три - курение, дислипидемию и артериальную гипертензию (АГ), так как они причинно связаны с развитием этих заболеваний и их распространенность среди населения велика.

После появления у человека признаков ССЗ, связанных с атеросклерозом, **факторы риска продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз.** У людей с клиническими проявлениями ИБС при любом уровне факторов риска **прогноз значительно хуже**, чем у людей без симптомов. Поэтому коррекция факторов риска у больных ССЗ должна быть составной частью тактики лечения.

При определении степени риска развития ССЗ необходимо принимать во внимание, что **многие факторы риска взаимосвязаны и**

при одновременном действии усиливают влияние друг друга, тем самым резко повышая риск.

В практической деятельности врачам часто приходится иметь дело с пациентами, у которых одновременно имеется два-три фактора риска и более. При этом, даже если уровень каждого из факторов риска будет повышен умеренно, риск развития ССЗ у данного пациента может быть высоким вследствие усиливающего влияния этих факторов друг на друга. **Поэтому следует учитывать все имеющиеся у данного пациента факторы риска, то есть определять суммарный риск.** Это в настоящее время возможно с помощью калькуляторов, компьютерных программ или таблиц.

Благодаря проспективным исследованиям разработаны **прогностические коэффициенты**, в том числе и для населения России, позволяющие на основании уровня факторов риска определять риск заболеваемости и смертности от ССЗ на 5-10 лет вперед для больших популяций (город, область, страна). Это дает возмож-

ность мониторировать эпидемиологическую ситуацию в отношении ССЗ среди определенных контингентов населения, сравнивать разные группы населения между собой, оценивать эффективность профилактических программ, своевременно вносить необходимые изменения в профилактические мероприятия.



В Диагностическом центре Алтайского края проводится широкий комплекс функциональных исследований кардиологического профиля, позволяющих выявить наиболее ранние признаки заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также оценить функциональные резервы всего организма. Выполняются такие исследования, как – велоэргометрия, ЭКГ, кардиоинтервалография, чрезпищеводная эхокардиография, эходоплеркардиография, стресс-эхокардиография, дуплекс магистральных сосудов сердца.

Врачи-кардиологи Центра ведут ежедневный прием, консультант – доктор медицинских наук, профессор Яков Семенович Гольберг.

**Телефоны регистратуры
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 26-17-44; 26-17-79; 26-15-09.
Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а**



Долгожданное чудо свершилось...

Если ребенка принимают, он учится находить в этом мире любовь.
Хейм Джинотт

Елена Валерьевна Васильева,
заведующая отделением профилактики
насилия в семье, Краевой кризисный центр
для мужчин, г.Барнаул

...и Вы стали родителями. Что же представляет собой родительство? Родительство включает обоих супругов, решивших дать начало новой жизни, и, конечно, самого ребенка.

Основой родительства является родительская любовь. Именно она обеспечивает чувство безопасности у ребенка, поддерживает его эмоциональное состояние, учит любви, нравственному поведению и в целом выступает как источник жизненного опыта.

Родительская любовь бескорытна, любят не за что-то, а скорее вопреки всему. Но, несмотря на безотносительное принятие своего ребенка, родители стремятся развивать и совершенствовать его.

Родительская любовь – это творчество, она сложна, изменчива и противоречива. В ней нет нормы, как нет и идеала любящего родителя. Любящие родители могут совершать ошибки, сомневаться в своих чувствах к ребенку, наказывать его, а не только заботиться, приносить радость, удовлетворять все его потребности.

Материнская и отцовская любовь являются составными частями, проявления целостного феномена родительской любви, они находятся в единстве.

Материнство и отцовство являются различными,

но равноценными гранями в составе родительства. Большинство исследователей сходятся в том, что:

● **любовь матери безусловна, она любит ребенка таким, каков он есть;**

● **любовь отца более условна и более взыскательна, он гордится реальными достоинствами и успехами ребенка.**

Но каждому ребенку необходимы обе стороны родительской любви.

Родительская любовь воспитывает чувство ответственности. Ответственное родительство – это осознание значимости эффективного выполнения своей родительской роли для жизни ребенка, сохранения и развития его физического, душевного и духовного здоровья и принятие на себя обязательств по выполнению своих родительских обязанностей.

Родительство также предполагает умение распределять обязанности между супругами по воспитанию и заботе о детях. Делегирование ответственности родителями друг другу необходимо для того, чтобы они чувствовали себя одной командой в воспитании своих детей, опирались на общие принципы в воспитании ребенка.

Неотъемлемой составляющей родительства является доверие супругов друг другу. Доверие означает,



что в любой ситуации один из супругов может рассчитывать на поддержку и помощь другого.

Идеальный родитель. Какой он?

Конечно, идеальных родителей не существует. Но, как правило, хороший родитель:

- уверен в себе,
- может быть хорошим организатором,
- умеет устанавливать с детьми партнерские отношения,
- расположен к сотрудничеству с ними,
- не агрессивен по отношению к детям,
- гибок при решении проблем и конфликтных ситуаций,
- стремится помогать детям и стать их другом,
- дорожит своими отношениями с детьми
- и самое главное! Он

воспринимает рождение ребенка как новую возможность самореализации, развития своей личности, а не как ограничение своей жизни.

Ответственное родительство: начало пути

● Проанализируйте свое воспитание в родительской семье, вспомните, что нравилось и что не принималось в семейном воспитании. Какие модели родителей Вы готовы перенять, а от каких целесообразно отказаться.

● Подумайте о том, насколько ваше отцовство или материнство соотносится с теми нормами и стереотипами, которые были приняты в вашей родительской семье, в обществе в целом, и насколько - с вашими личными особенностями и потребностями.

● **Для того чтобы понять, какой Вы родитель, предлагаем Вам ответить на следующие вопросы:**

1. Я как отец _____.
2. Что мне нравится в себе как в отце?
3. Что мне не нравится в себе как в отце?
4. Каким отцом я хотел бы стать?

1. Я как мать _____.
2. Что мне нравится в себе как в матери?
3. Что мне не нравится в себе как в матери?
4. Какой матерью я хотела бы стать?



АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2 МУЗ «Городская больница №5»

Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула,
заведующая отделением, врач высшей категории;

Инна Ивановна СОПОВА, врач-пульмонолог;

Ирина Петровна СОКОЛ, врач-пульмонолог;

Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

Занятие 12

О помощниках – гормонах глюкокортикостероидах Что такое гормоны?

Гормоны - это вещества, которые вырабатываются в организме человека разными железами (поджелудочной, щитовидной, надпочечниками и др.), которые регулируют различные функции организма.

При бронхиальной астме важны гормоны, которые вырабатываются надпочечниками, на медицинском языке - **глюкокортикостероиды**. Эти вещества, помимо всего прочего, регулируют состояние бронхов.

Много лет назад эти гормоны были выделены из крови, а затем созданы их синтетические аналоги. Оказалось, что **они очень эффективны при бронхиальной астме** и сегодня составляют основу лечения заболевания.

Почему же гормоны (глюкокортикостероиды) помогают при астме?

Астма - болезнь, при которой в бронхах происходит воспаление. Это воспаление не имеет ничего общего с тем воспалением, которое вызывается микробами, оно возникает в ответ на воздействие аллергена, иногда вируса, иногда некоторых лекарств, в некоторых случаях причину установить не удается. **Именно воспаление в стенке бронха приводит к бронхоспазму,**

отеку слизистой оболочки дыхательных путей и выделению густой слизи. Когда больной бронхиальной астмой получает лечение бронхорасширяющими препаратами, то лечатся симптомы астмы, следствие процессов, происходящих в бронхах, но не затрагивается механизм развития болезни - воспаление. Идеальным способом лечения воспаления было бы прекращение контакта с веществом, провоцирующим бронхиальную астму, однако это далеко не всегда возможно и не всегда эффективно. Поэтому приходится применять вещества, воздействующие на воспаление - основу болезни.

Выяснилось, что самым и эффективными противовоспалительными лекарствами являются гормоны. Каким же образом их применяют для лечения бронхиальной астмы?

Гормоны в таблетках

Гормоны в таблетках давно используются при астме. Увидев их эффективность, врачи стали широко назна-



чать гормоны больным бронхиальной астмой. Однако оказалось, что **при их длительном применении** (то есть на протяжении многих лет) **в больших дозах могут наступать серьезные осложнения** - отечность лица, увеличение веса, ломкость сосудов, истончение кожи, остеопороз (размягчение костей, увеличение их хрупкости, что может привести к переломам), повышение давления, сахарный диабет, катаракта. Бывает, люди, ►

▶ долгое время получающие лечение гормонами в таблетках, страдают не меньше от осложнений лечения, чем от самой болезни.

Поэтому в настоящее время таблетированные гормоны при бронхиальной астме применяют только для борьбы с обострением болезни, назначая их на непродолжительное время, что не приводит к осложнениям, и только нечасто, при тяжелом течении заболевания - для длительного применения. Однако многие больные нуждаются в постоянной гормональной терапии, так как их заболевание достаточно тяжелое, чтобы справиться с ним другими способами. Есть ли выход? Есть!



Гормоны в ингаляторах

Существуют гормоны для вдыхания в бронхи - **дозированные аэрозоли и пудры для ингаляций**. Попадая непосредственно в орган, который болеет (то есть в бронхи), эти гормоны не оказывают действия на весь организм и поэтому могут применяться длительно в качестве поддерживающего лечения. Опыт показывает, что гормоны в ингаляциях могут справиться с самыми тяжелыми формами болезни, не вредя человеку, который их принимает.

Какие имеются побочные эффекты у ингаляционных гормонов? Их два - **молочница** (кандидоз, грибковое заболевание) **полости рта и осиплость голоса**. Они появляются редко и связаны с тем, что **слишком много лекарства остается во рту и горле**. Для профилактики необходимо полоскать рот и горло после каждой ингаляции водой и применять спейсер, если используется дозированный аэрозоль (спейсер - специальная камера, в которую сначала впрыскивается лекарство, а потом его из этой камеры вдыхают). При ингаляции порошков спейсер не применяют!

Надо ли сейчас бояться гормонов?

До сих пор в представлении многих гормоны - это зло. Причем больной человек не видит, как правило, разницы между таблетками и ингаляторами. Главное - страшное слово «гормоны». **Может ли быть вред от ингаляторов?**

При очень высоких дозах такие лекарства могут оказывать влияние на весь организм, однако такие дозы назначают очень редко, при тяжелом обострении болезни, и такое влияние несравнимо с длительными курсами таблетированных гормонов. Поэтому иногда большие дозы гормонов в ингаляциях назначают вместо таблеток, понимая, что при этом проявления побочных эффектов будут во много раз меньше. Для поддерживающего лечения, как правило, применяют обычные дозы, которые вам не повредят.

Таким образом, современное лечение бронхиальной астмы с помощью ингаляционных гормональных препаратов является надежным средством борьбы с бронхиальной астмой, обладая при этом минимальным побочным действием!

Подробнее об ингаляционных глюкокортикостероидах мы расскажем в следующей беседе.

Вахта памяти

В августе прошлого года свою акцию «Школа артериальной гипертонии. Научи учителя» мы начинали в Советском районе. Участниками семинара были не только медицинские работники из Советского и соседних районов, но и педагоги, социальные работники.

Одного из сторонников здорового образа жизни я бы выделила особо - это руководитель местного краеведческого музея **Петр Артемович Пименов**. Человек с активной жизненной позицией, неравнодушный - он участник многих добрых дел. Разговорились, он рассказал, что работать начал в Залесовском районе, в те времена был знаком с моей бабушкой **Верой Васильевной Мельниковой**, учительствовавшей в с.Виданово; рассказал много фактов о судьбе моего репрессированного и расстрелянного деда **Анфиогента Степановича** (группа ветеранов занималась исследованием репрессий в районе).



Петр Артемович с большим интересом отнесся к идее создания «школ профилактики» для жителей района.

Недавно к нам пришло письмо из г.Воронежа, письмо довольно необычное. Зная, что в крае работает Ассоциация средних медицинских работников, их коллеги из Воронежа не смогли остаться равнодушными и направили к нам на Алтай вырезку из местной газеты.

В конце июня, проводя реконструкцию в одном из парков города Воронежа, рабочие наткнулись на останки солдата. По свитку в медальоне установили, что освобождал Воронеж наш земляк - рядовой Николай Бачурин, 1922 года рождения, уроженец с.Сетовка, Грязнухинского (ныне - Советский) района Алтайского края.

И, конечно, на память сразу пришел Петр Артемович - ему мы и направили полученные материалы. Надеемся, что и родственники рядового Бачурина найдутся, и земляки отдадут заслуженные воинские почести солдату.



Что такое информированное согласие?

Ия Андреевна Егорова,
заслуженный врач России, член редакционного Совета

В одной из статей журнала уже шла речь о взаимодействии врача и пациента. Подчеркивалось, что хорошие межличностные отношения создают атмосферу доверия, взаимного уважения. Пациенту очень важно слушать, понимать и реагировать на разъяснение врача относительно его состояния, внимать его советам. Это способствует позитивному настрою пациента по отношению к проводимому лечению. Открытость и сотрудничество врача и пациента в принятии решений по лечению повышают шансы пациентов выжить даже в самых сложных случаях. Практика, как у нас, так и за рубежом, неоднократно это доказывала.

Появление информированного согласия связано с двумя процессами. **Во-первых**, с развитием понятия общих прав человека вырос культурный и образовательный уровень населения. Человек, как личность, осознает свою неповторимость и ценность. **С другой стороны**, рыночные отношения распространились на сферу медицинского обслуживания, когда врач становится лицом, продающим медицинскую услугу, а пациент - лицом, ее покупающим. При этом стороны в правовом отношении равны. В этих условиях врач должен обосновать, что сделанный выбор для пациента лучший. Сделать это надо в такой форме, чтобы пациент понял и поверил, что действия врача направлены на то, чтобы вылечить пациента или помочь не заболеть вообще, а не просто «вытягивать» деньги.

Пациент должен понять, что и он, врач, рискует. Рискует своей репутацией, профессиональной ответственностью.

Поскольку медицинские услуги сложны, качество их трудно контролировать самому пациенту. В связи с этим и был введен посредник между пациентами и медицинскими работниками. Это страховые медицинские организации и территориальные фонды медицинского страхования, которые оплачивают медицинские услуги и контролируют каче-

ство оказанной медицинской помощи. **Вопрос контроля качества оказанной медицинской помощи - сложная и большая тема**, которую лучше рассмотреть отдельно. Здесь же, в этой статье, остановлюсь лишь на следующем: всегда ли экспертиза качества удовлетворяет пациентов, почему количество исков к медицинским учреждениям возрастает?

В идеальном случае качество медицинской помощи могли бы контролировать эксперты потребительских обществ, создавая независимую медицинскую экспертизу. Однако этого пока на территории края нет.

С учетом сказанного, чтобы помочь больному, **задача врача - дать больному тот минимум информации, который бы привел к взаимопониманию, установить дух сотрудничества между врачом и пациентом**, что повышает вероятность получения наилучшего результата, с другой стороны - снимает количество конфликтов, доводимых до суда.

Таким образом, **информированное согласие состоит в том, что прежде всего врач просит пациента дать согласие на проведение курса лечения или отдельной процедуры**, которые связаны с риском, но имеют альтернативные варианты. **Пациенту следует предоставить следующую информацию:**

- ◆ в чем будет состоять предлагаемое лечение;
- ◆ охарактеризовать риски и пользу



рекомендуемых лечебных и диагностических мер;

- ◆ что будет, если отложить лечение;
- ◆ разъяснить трудности и длительность периода реабилитации и возврата пациента к нормальному для него объему деятельности;
- ◆ охарактеризовать вероятность успешного исхода.

Информация должна быть предоставлена в доступной для пациента форме, на понятном для него языке.

С правовой точки зрения, информированное согласие увеличивает степень участия пациента в принятии решения, повышается доверие пациента к врачу. **Врач, беря согласие на операцию или сложную процедуру, не должен выходить за пределы своей компетенции.** Так, риск при сложном наркозе должен объяснить анестезиолог. В России бытует практика давать согласие на операцию или сложную процедуру письменно. Обычно составляется предоперационный эпикриз, где описывается применяемая технология и этапы лечения, с учетом особенностей конкретного пациента, делается прогноз. Пациенту дается полная информация, и **больной добровольно ставит свою подпись.**

Имеются четыре основных случая, когда информированное согласие может не применяться: ▶

1. при оказании неотложной помощи, когда любое промедление угрожает жизни или сохранности здоровья пациента;

2. если риски ничтожно малы и хорошо известны (гражданам). Например, риск при взятии крови;

3. если пациент сознательно отказывается выслушать данные о вероятности гибели или тяжелой инвалидности (желательно такой отказ запротоколировать);

4. если врач считает, что пациент может психологически не вынести информационной травмы от сообщения ему об обнаруженной болезни. В этом случае врач должен спросить пациента, кому он доверяет обсудить с врачом проблемы его здоровья и лечение.

Предвижу скептическое отношение к заявленной теме. В условиях тотального дефицита, когда то того, то другого нет, когда сложно говорить о полных технологиях лечения, «скептик» может сказать: не получится ли так, что пациент дает свое согласие на то, что он будет платить, а не на то, что он согласен, чтобы его лечили. Конечно, может быть, и так, пока мы бедны и беспорядочны как сегодня, в период «многобюджетного многовластия».

Однако информированное согласие возвышает и врача, и пациентов в их собственных глазах. Помогает им увидеть себя со стороны.

Хотя врачей у нас миллион, пациентов в сто раз больше. Представьте себе, сколько договоров о спасении человеческих жизней ежедневно не заключается! А деньги и средства - они придут, если врачи и пациенты, наши рядовые граждане России, будут относиться к здоровью, как к высочайшей ценности, к празднику жизни, на который так немногим, по словам Папы Римского, удастся попасть.

ОТ РЕДАКЦИИ

Вопросы взаимоотношения врача и пациента все больше беспокоят и пациентов, и медиков. Готовых рецептов на все случаи нет. Давайте учиться слушать друг друга.

Считаем, что тема, которую начала обсуждать Ия Андреевна, очень актуальна. Именно по поводу «информированного согласия» недавно состоялся разговор с одним доктором-терапевтом. Ему случилось побывать на приеме у стоматолога. «Мне нужно было сделать выбор: лечить или удалять зуб, менять ли коронки, которые простояли чуть более двух лет?.. Вопрос стоимости лечения был не главным... А мой лечащий доктор, - сетовал врач-пациент, - не дал мне совета:

«У нас информированное согласие, а то еще подумаете, что я хочу оказать вам побольше платных услуг!..». А мне что делать? Я действительно растерялся и не знаю, как поступить...».

Другой побывал на платном приеме у окулиста, где его также попросили поставить подпись «о том, что он согласен с результатом осмотра». «С чем согласен? Я же не окулист...».

А сколько пациентов жалуются на то, что врачи им вообще ничего не объясняют: «Что-то узнаем от сестрички да делаем выводы из отрывистых фраз на обходе...».

Врачи, в свою очередь, жалуются на поток на приеме: «Успеваем только рецепты выписывать, не то, чтобы пояснить больному!..».

Куда мы так спешим?.. Говоря об информированном согласии, прежде всего мы должны услышать конкретного пациента, с ним обсудить и согласовать именно его тактику лечения. Конечно, придется согласовать и вопрос оплаты. Но цель этих действий - качество и эффективность лечения - оправдывает любые усилия.

Вопросы эффективности лечения, его стоимости (мы не говорим о платных услугах!) становятся все более актуальными. «Бесплатность» советского здравоохранения наряду с бесспорными преимуществами для населения породили и целый ряд проблем, сформировали нежелание и даже неумение отвечать за свое здоровье: «Ты - врач, ты и лечи». Частыми были случаи назначения лишних, не нужных данному пациенту исследований, полипрогмазии (назначение большого числа препаратов) - но бесплатно же! Эффективность здравоохранения - это вопрос многоплановый.

Хотим познакомить вас, уважаемые читатели, с попыткой создания эффективной во всех отношениях «Больницей Форда», которую он, успешный промышленник, предприниматель, создал в 1919 году!!! В начале прошлого века!

«Она была образована в 1914 году, в начале прошлого века, как Детройтская общественная больница, и деньги на нее рассчитывали добыть по общественной подписке. Я подписался тоже, - пишет Г.Форд, - и постройка началась. Задолго до того, как было закончено первое строение, средства были исчерпаны и меня попросили о вторичном взносе. Я отказался, придерживаясь того мнения, что строительные расходы должны были быть заранее известны руководителям; подобно началу не внушало мне особого доверия к будущему руководству. Зато я предложил принять всю больницу на себя и выплатить обществен-

ные взносы по подписке...10 ноября того же года уже был принят первый частный пациент.

Мы решили создать учреждение совершенно нового типа как по оборудованию, так и по ведению дела. Больницы для богатых имеются в избытке, для бедных - тоже. Но нет для тех, которые могли бы кое-что платить, чтобы не чувствовать, что они принимают милостыню.

Считается вполне естественным, что больница не может быть таковой и одновременно содержать себя. Она должна содержаться либо на частные взносы, либо будет зачислена в ряд частных. **Наша больница должна быть учреждением, которое само себя содержит; она должна была давать максимум услуг за минимальную плату, но без тени благотворительности.**

В нашем вновь возведенном здании нет больничных палат. Все комнаты отдельные и имеют ванну. Они соединены в группы по 24 комнаты и по величине, обстановке и оборудованию совершенно одинаковы. Во всей больнице нет ни одного исключения, да этого ни в коем случае и не должно быть. **Все пациенты поставлены в совершенно одинаковые условия.**

Из того, как работают в настоящее время больницы, совершенно неясно, **существуют ли они для больных или для врачей.** Я хорошо знаю, как много времени отдаёт профессиональный врач или хирург делам благотворительности; но я совсем не убежден в том, что **гонорар за его деятельность должен соответствовать денежному состоянию пациентов.** Зато я твердо убежден в том, что так называемая «профессиональная этика» является проклятием для человечества и для развития медицинской науки вообще. Диагностика ушла еще не очень далеко вперед. Мне бы не хотелось принадлежать к числу владельцев таких больниц, где не заботятся во всех отношениях о том, чтобы пациенты лечились от всех болезней, которыми они страдают действительно, вместо того, чтобы лечиться от болезни, которую назвал первый попавшийся врач. Профессиональная этика препятствует исправлению ошибочного диагноза. Консультирующий врач никогда не изменит диагноза или режима, поставленного больному, если только коллега, пригласивший его, с ним не вполне согласен. Но даже в этом случае все проходит без ведома пациента. Кажется, господствует мнение, что больной, особенно если он

обращается в больницу, становится собственностью своего врача. Знающий врач не будет эксплуатировать своих больных, немного менее знающий – наоборот, да. Многие врачи, кажется, придают неизменности своего диагноза не меньшее значение, чем

Цель нашей больницы – порвать со всеми этими обычаями и поставить на первый план интерес пациента. Поэтому мы создали так называемую «закрытую больницу».

выздоровлению своих пациентов.

Все врачи и сиделки получают годовое жалование и не имеют права практиковать вне больницы. В больнице заняты 21 врач и хирург, которые выбраны весьма тщательно, и минимум их содержания равняется тому, что они могли бы зарабатывать при самой успешной и широкой частной практике. Ни один из них ничуть не заинтересован в пациенте с финансовой точки зрения. И ни один пациент не имеет права пользоваться лечением постороннего врача. Мы охотно признаем роль и деятельность домашнего врача и отнюдь не желаем его вытеснять. Мы принимаем от него больных в том случае, если он прекращает свою деятельность, и стараемся возможно скорее вернуть ему пациента обратно. **Наша система делает нежелательным удержание в больнице пациента дольше, чем это строго необходимо, - у нас нет для этого условий.** И мы готовы в вышеуказанном случае поделиться нашими знаниями с домашним врачом. Но пока пациент лежит в больнице, мы принимаем на себя полную ответственность за него. Для посторонних врачей больница «закрыта», что, однако, не исключает нашего сотрудничества с теми врачами, которые этого пожелают.

Интересно, как принимают пациента. Доставленного больного сначала осматривает главный врач и затем передает его для осмотра 3-4 врачам (или даже больше, если нужно). Это делается независимо от болезни, из-за которой он попал в больницу, потому что, согласно постепенно накапливающемуся опыту, **недомогание большей частью вызвано общим состоянием пациента, а не данной болезнью.**

Каждый врач проводит полное обследование и посылает свое заключение главному врачу, не имея возможности предварительно проконсультироваться с другими врачами.

Таким образом, заведующему больницей передается по меньшей мере 3, а иной раз 6 или 7 подробных и совершенно независимых друг от друга диагнозов. Все вместе они составляют историю болезни без всяких пробелов. Эти меры предосторожности введены для того, чтобы хотя бы в пределах наших современных знаний обеспечить по возможности правильный диагноз.

В настоящее время в нашем распоряжении имеется приблизительно 600 кроватей. Каждый пациент оплачивает по твердо установленной расценке комнату, продовольствие, врачебные и хирургические услуги до ухода включительно. Специальных издержек не существует. Равным образом нет и отдельных сиделок. Если больной нуждается в большем уходе, чем можно требовать от имеющихся в данном флигеле сиделок, то без всяких доплат добавляется лишняя сиделка, но это случается редко, потому что пациенты сгруппированы соответственно с необходимым для них уходом. Одна сиделка в зависимости от тяжести болезни ухаживает за 2-5 или более больными. Однако ни у одной нет более 7 пациентов, именно за таким количеством больных сиделка в состоянии легко ухаживать без посторонней помощи благодаря имеющемуся оборудованию. В обыкновенной больнице си-

делки вынуждены делать множество лишних движений. Они больше тратят времени на беготню, чем на уход за больными. Эта же больница приспособлена для сбережения шагов. Каждая комната представляет собой нечто целое, и подобно тому, как мы стремились устранить лишние движения на нашем заводе, мы поступили и здесь. Больница точно так же, как и предприятие, имеет свою систему и план, рассчитанные на то, чтобы покрывались все расходы.

По-видимому, нет никаких оснований к тому, чтобы опыт не удался. Его успех – исключительно вопрос организации и расчета. Единственная разница между расчетом средств для завода и больницы в том, что больница, на мой взгляд, не должна работать с прибылью, хотя эксплуатация и погашение износа должны быть приняты в расчет».

Вопрос не в том, что именно такая модель работы больницы оптимальна, но очень многие подходы к организации лечебно-диагностического процесса в ней интересны, а подходы к рациональному использованию ресурсов – весьма поучительны.

Тема нашего следующего материала – «Врачебная ошибка. Взаимоотношения врача и пациента». Приглашаем к участию в разговоре.

С юбилеем!

Поздравляем замечательного человека, Президента Профессиональной ассоциации медицинских сестер Ларису Алексеевну Плигину!

Иногда роль одного человека - энергичного, целеустремленного, благородного и ответственного - трудно переоценить.

Лариса Алексеевна как раз из той замечательной плеяды создателей, благодаря которым жизнь становится осмысленнее, цельнее, насыщеннее. Здоровья, добра и успехов Вам!

С уважением, И.В. Козлова





ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

НОВЫЕ МОМЕНТЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Дина Владимировна Хроменкова,
делегат ПАСМР, участник конференции «Проблемы использования
медсестрами новых технических средств при оказании
анестезиологической и реаниматологической помощи»,
старшая сестра отделения анестезиологии и реанимации,
ГУЗ «Краевая клиническая больница», г.Барнаул

Два дня в этом году - 12-13 мая - на базе Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга проходили Десятая научно-практическая конференция и семинар медицинских сестер отделений анестезиологии и реанимации лечебных учреждений северо-запада России на тему «Проблемы использования медсестрами новых технических средств при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи».

Тематика конференции была выбрана не случайно, ведь от качества технического обеспечения рабочего места и использования медсестрами контрольно-диагностических и лечебных технических средств во многом зависит конечный результат лечения тяжелых пациентов. **С каждым годом в отделениях анестезиологии и реанимации все шире используются новые технологии и технические средства.** Это, конечно, дает стимул для совершенствования сестринской помощи, одним из основных путей которого является проведение медсестрами исследовательской работы.

На конференции было представлено более **14 докладов и исследовательских работ.** Все работы были выполнены под руководством профес-

сора кафедры анестезиологии и реаниматологии Военной медицинской академии Санкт-Петербурга **А.И. Левшанкова.**

Например, были заслушаны доклады и исследовательские работы по таким темам:

◆ «Обеспечение аппаратами ингаляционного наркоза и искусственной вентиляции легких»;

◆ «Развитие мониторинга для оценки состояния пациента, находящегося в критическом состоянии»;

◆ «Объем работы медсестры по использованию технических средств при анестезиологическом обеспечении»;

◆ «Профессионально-техническая подготовка медсестер отделения анестезиологии и реанимации».



Хотелось бы обратить внимание на то, что все названные работы выполнены средним медицинским персоналом. Поэтому уже можно говорить о принципиально новом подходе среднего медицинского персонала к проблемам анестезиологии и реанимации.

Участники конференции определили следующие приоритетные задачи в своей работе:

○ **совершенствование технического оснащения рабочих мест** медсестер при оказании анестезиологической реаниматологической помощи путем минимального мониторинга за состоянием пациента современными средствами респираторной поддержки;

○ **определение функциональных медико-технических обязанностей** и объема работы медсестер-анестезистов с техническими средствами во время анестезии и реанимации;

○ **разработка протокола** по подготовке технических средств к работе и их использованию;

○ **повышение медико-технической подготовки медсестер**, с включением в учебные планы и программы обучения раздела «Технические средства анестезиологической и реаниматологической помощи и их использование медсестрой»;

○ **предусмотреть в программах** обучения медсестер «Юридические аспекты использования технических средств медсестрами при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи»;

○ **активизирование исследовательской деятельности медсестер**, направленной на совершенствование сестринского ухода за тяжелыми пациентами;

○ **включение в штат отделения** анестезиологии и реанимации должности дезинфектора и инженера для обеспечения работы технических средств.

Решение этих задач позволит медсестрам более рационально осуществлять свою профессиональную деятельность и существенно повысить эффективность оказываемой анестезиологической и реаниматологической помощи.

Следует заметить, что Военно-медицинской академией (ВМедА) эти задачи уже активно и положительно решаются. Реализовывается система постоянного совершенствования профессионального образования медсестер. Так, **было издано** «Руководство по анестезиологии и реаниматологии для высших учебных медицинских заведений», где представлены современные технологии и технические средства, используемые при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи.

С 1 сентября 2004 года в медицинском колледже ВМедА началось обучение медсестер **первичной специализации** по анестезиологии и реаниматологии, рассчитанное на 10 месяцев (до этого оно осуществлялось только в течение 3 месяцев). А в этом году здесь же **была разработана учебная программа профессиональной подготовки** по специальности «Анестезиология и реаниматология».

Был подготовлен и издан сборник текстовых заданий для государственной аттестации медсестер по анестезиологии и реаниматологии (под ред. А.И. Левшанкова, 2005), который соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта и программам обучения.

Также подготовлено и издано учебное пособие «Респираторная поддержка при анестезии и реанимации», А.И. Левшанков. //Учебное пособие для студентов медицинских училищ и колледжей», 2005г. В пособии должное внимание уделено аппаратам искусственной вентиляции легких и методике их использования при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи. Это пособие соответствует программе тематического усовершенствования медсестер-анестезистов отделения анестезиологии и реанимации, которая была разработана ВМедА, утверждена в МО РФ и реализована ВМедА. В 2006 году был очередной, третий выпуск медсестер этого цикла обучения. **Актуальность такого обучения не вызывает сомнений, так как с каждым годом совершенствуется респираторная техника, от грамотного использования которой зависит жизнь больных.** Поэтому в ряде стран для медсестер предусмотрен **двухгодичный курс** подготовки по респираторной терапии.

В майской конференции принимали участие представители не только Военно-медицинской академии, но и Федерации анестезиологов и реаниматологов, секции медсестер-анестезистов научно-практического общества анестезиологов Санкт-Петербурга, секции «Технические средства анестезиологической и реаниматологической помощи» Академии медико-технических наук.

Мир и МЕДИЦИНА

Аллергия будет побеждена

Ученые из Университета Святого Георгия (Великобритания) работают над созданием лекарства, которое будет защищать организм от проникновения аллергенов.

Технология основана на открытии, касающемся того, как аллергены проникают в организм сквозь защитные оболочки кожи и легких. Аллергены пыльцы и домашних клещей растворяют вещество, соединяющее клетки защитного слоя, и проникают между ними. Когда аллерген проникает в организм, возникает аллергическая реакция.

Лекарство, над которым работают ученые, будет называться ингибитором доставки аллергенов. Оно не позволит аллергенам проникать сквозь защитный слой клеток и предупредит развитие аллергической реакции.

Убрать из дома ковры и ликвидировать пыль – хорошие способы избавиться от аллергии. Но эти способы не защищают аллергика вне его дома. Принять ингибитор доставки аллергена легче, чем изменить уклад жизни, к тому же таблетки легко взять с собой. Клинические испытания нового лекарства могут начаться уже в 2010 году.

Алкоголь повышает вероятность травмы

Люди, выпившие алкогольный напиток, в четыре раза чаще, чем трезвые, получают травмы. Исследователи из Университета Квинсленда (Австралия) вычислили, что четырехкратное увеличение риска травмы длится шесть часов после приема алкоголя. Следующие 24 часа риск травмы в 2,5 раза выше, чем у тех, кто не пил.

Те, кто выпивает по праздникам, получают травмы чаще, чем те, кто пьет регулярно. Самые серьезные травмы случаются у тех, кто пьет пиво, и у тех, кто выпивает в барах.

Некоторые виды алкоголя, например, крепкие спиртные напитки, сильнее повышают риск травмы. Однако непонятно, в чем дело – в том, что люди выпивают большую дозу алкоголя или в том, что крепкие напитки выбирают люди определенного склада, которые сами по себе склонны к рискованному поведению.

Дети должны «ходить на голове»

Нынешние инструкции для детских учреждений Великобритании, предписывающие минимальную физическую нагрузку, признаны ошибочными. По данным нового исследования, школьники должны двигаться значительно больше.

Ученые рекомендуют, чтобы дети активно двигались, по меньшей мере, 90 минут в день. До сих пор считалось, что часа в день вполне достаточно. Но даже при прежней норме только один из каждых 10 школьников в среднем занимается физическими упражнениями по часу в день. По словам специалистов, следствием недостаточной нагрузки является ожирение и значительный рост сердечных заболеваний.

Авторы исследования отмечают, что все больше детей принимают в качестве нормы «сидячий образ жизни»: они часами сидят за компьютером, не в силах оторваться от видеоигр, или смотрят телевизор, а в школу добираются на транспорте, а не пешком.

Ученые считают, что если нынешняя тенденция сохранится, то к 2020 году половина всех детей в Англии будет страдать от избыточного веса.

Сестринский процесс в рамках экспериментальной площадки в ГУЗ «Краевая клиническая больница»

Юлия Александровна Фролова,
главная медицинская сестра,
Нина Николаевна Крапивина,
старшая медицинская сестра нейрохирургического отделения -
государственное учреждение здравоохранения «Краевая
клиническая больница», г.Барнаул

(Продолжение. Начало - в №7(43) за 2006г.)

В августе прошлого года в ходе анализа заполняемой медицинскими сестрами документации выяснилось, что большинство разработанных листов наблюдения и сестринская история болезни являются малоинформативными и дублируют друг друга. Было принято решение отказаться от ведения сестринской истории болезни, все разработанные листы сестринского наблюдения объединить и разработать листы сестринского наблюдения, более информативные и объективные как для врачебного состава, так и для медицинских сестер. Листы сестринского наблюдения должны быть универсальными, так как максимально возможная эффективность лечения данной категории больных обеспечивается мониторингом их состояния, оперативной коррекцией терапии, полноценным уходом и профилактикой. Это особенно важно в остром периоде, когда наблюдается угнетение сознания, нарушение дыхания, гемодинамики, изменение гемостаза и т.д., приводящие к формированию синдрома полиорганной недостаточности.

В процессе лечения пациент переходит из отделения реанимации в палату интенсивной терапии, а затем в обычную палату отделения. При этом происходит смена двух и более врачей, от восьми до двенадцати медицинских сестер, что затрудняет объективную оценку состояния больного и своевременное предотвращение возможных осложнений. Учитывая, что перечень наиболее

часто встречающихся осложнений известен, были выбраны преобладающие симптомы, которые сведены в таблицу. Они дают возможность врачу и медицинской сестре более точно оценить динамику заболевания и риск возникновения осложнений.

С момента открытия экспериментальной площадки проанализировано 46 историй болезни пациентов с повреждением спинного мозга. При сравнении историй болезни за два года было выявлено сокращение дооперационного койко-дня (5,4 койко-дня в 2004г. и 4 койко-дня в 2005г.), отсутствие в данной группе пациентов послеоперационных осложнений и повышение уровня удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами: 92% полностью удовлетворены, 8% - частично.

Проанализировано 40 историй болезни пациентов с нейрососудистой патологией, которые были разделены на две группы: те, которые наблюдаются по истории болезни и листу сестринского наблюдения, и те, которые только по истории болезни. В обеих группах наблюдались пациенты, равнозначные по возрасту, исходной тяжести заболевания, диагностическим обследованиям, опе-

рации, нахождению в реанимационном отделении, палате интенсивной терапии, общей палате.

В первой группе пациентов, где наблюдение производилось как по истории болезни, так и по листам сестринского наблюдения, летальность составила 15% (3 пациента), в то время как в группе сравнения - 30% (6 пациентов). В обеих группах причиной летальных исходов явились вторичные осложнения.

Полученные результаты пока нельзя рассматривать как качественные показатели внедрения сестринского процесса в связи с малым количеством наблюдений (86) и временным сроком работы экспериментальной площадки (9 месяцев), но с уверенностью можно сказать, что внедрение сестринского процесса и реорганизация работы медицинской сестры имеет положительные тенденции и позволяет:

- ◆ своевременно выявить дефекты по уходу за пациентами и устранить их, тем самым предотвратить возникновение вторичных осложнений;
- ◆ значительно сократить время врача, затраченное на изучение заболевания на предшествующем этапе;
- ◆ своевременно выявить дефекты в работе конкретного медицинского работника, оценить их, уточнить, являются ли ошибки случайностью или пробелом знаний и грамотно подойти к их устранению;
- ◆ повысить ответственность, значимость и уровень знаний медицинской сестры на рабочем месте;
- ◆ более эффективно и рационально использовать кадровый потенциал лечебного учреждения.



Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних медицинских
работников:
(8-3852) 35-70-47

Домашняя физиотерапия



Татьяна Борисовна Кожанова,
врач-физиотерапевт высшей категории, главный физиотерапевт г. Барнаула, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №11»;

Инна Михайловна Антонова,
врач-физиотерапевт первой категории, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №1»



Физическая терапия давно обосновалась в медицине. Применяемые в настоящее время физические факторы стали неотъемлемой частью комплексной терапии большинства заболеваний.

До недавнего времени физиолечение (лечение физическими факторами) применялось только в медицинских учреждениях (поликлиниках, амбулаториях, стационарах, санаториях). В последние годы как врачи, так и больные активно обсуждают вопрос о домашней физиотерапии.

Внимание к этому виду лечебной помощи обусловлено несколькими причинами. **Во-первых**, издревле доступны были людям солнечные ванны, водолечение, целебные свойства грязи, металлов. Физические факторы окружающей среды входят в экосистему Земли и, гармонизируя между собой, благотворно влияют на все живое и на человека в частности.

Во-вторых, лекарства все чаще вызывают аллергические реакции у пациентов. В ряде случаев не обходится и без выраженных побочных эффектов со стороны того или иного препарата. Физиотерапия уменьшает количество применяемых лекарств, в том числе инъекций.

В-третьих, физиотерапия помогает

избежать проявлений лекарственной болезни, возникающей у людей пожилого возраста с целым «букетом болезней».

В-четвертых, нужно учесть дороговизну медикаментов, особенно, если при хроническом заболевании необходим длительный прием лекарств. **К неоспоримым плюсам физиотерапии можно отнести еще другие немаловажные моменты:**

- физиотерапия обладает высокой эффективностью при лечении многих заболеваний,

- позволяет обеспечить избирательное воздействие именно на «больное место»,

- сокращается длительность лечения различных патологий,

- резко уменьшается вероятность появления обострений хронических заболеваний при своевременно проведенном лечении.

Современное развитие науки и техники позволило создать портативные аппараты, вобравшие в себя все самое лучшее от своих громоздких «родителей». При этом удалось не только упростить проведение процедур, но и **свес-**

ти к минимуму количество противопоказаний и побочных эффектов. Это предопределило возможность проведения физиолечения в домашних условиях. **Сейчас домашний физиокабинет – это не мечта, а реальность. Особенно для пациентов, у которых лечение и реабилитация требуют длительного времени и не могу, по ряду других причин, проводиться вне дома.**

Хотелось бы кратко объяснить, что такое физиотерапия и физические факторы в частности. **Физиотерапия – это область медицины, изучающая действие на организм человека природных или искусственно получаемых (преформированных) факторов и использующая эти факторы с целью сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей.**

Кратко остановимся на одной из классификаций физических факторов. Их можно разделить на две большие группы – искусственные (преформированные) и естественные. **К естественным относятся:**

- гидротерапия (с использованием обычной воды),

- бальнеотерапия (с использованием минеральных, радоновых вод, ароматические),

- теплогрязелечение (лечебные грязи, парафин и т.д.).

Преформированные факторы:

- электролечение,

- светолечение,

- магнитолечение,
- ингаляционная терапия,
- баротерапия,
- механолечение.

Общие противопоказания к применению физиотерапии:

- злокачественные заболевания крови,
- выраженное истощение (кахексия),
- кровотечение или подозрения на него,
- активная форма туберкулеза,
- общее тяжелое состояние,
- высокая температура тела (37,5-38, градусов Цельсия),
- острые и инфекционные заболевания,
- выраженная сердечно-сосудистая недостаточность,
- индивидуальная непереносимость фактора и т.д.

Чтобы определить целесообразность и допустимость использования физических факторов, **обязательно посоветуйтесь со специалистом!** Это тем более необходимо, что имеются специфические противопоказания для применения отдельных лечебных методов.

В нашей статье хотелось бы остановиться на магнитотерапии. **Магнитотерапия – это применение в лечебно-профилактических целях магнитных полей (МП) различных параметров.** За всю историю своего существования магнитотерапия знала много подъемов и спадов. В последние годы интерес к ней вновь возрастает, что можно объяснить целым рядом причин.

Классифицировать магнитотерапию можно по следующим показателям:

- *по происхождению:* естественное (геомагнитное поле Земли, Солнца, поле магнитов), искусственное, биообъектов;
- *по изменению во времени:* постоянные (ПМП), переменные (ПеМП), импульсные (ИМП), пульсирующие (ПуМП), шумоподобные;
- *по изменению в пространстве:* однородные, неоднородные;
- *по интенсивности:* слабые, средние, сильные, сверхсильные.

Постоянное магнитное поле не изменяется во времени в данной точке пространства ни по времени, ни по направлению. Его производят индукторы постоянного электрического тока, твердые и эластичные магниты.

Переменное магнитное поле изменяется во времени по



величине и направлению, образуются индукторами, питаемыми переменным электрическим током.

Импульсное магнитное поле изменяется во времени по величине и не изменяется по направлению, его воспроизводят индукторы пульсирующего электрического тока. Импульсное бегущее магнитное поле (ИБМП) представляет собой поле, перемещающееся в пространстве относительно неподвижного пациента и импульсно изменяющееся во времени.

Хотя в организме не найдено специальных рецепторных зон, воспринимающих электромагнитные колебания, но есть достоверные сведения о влиянии естественных магнитных полей на высшие центры нервной и гуморальной регуляции, на биотоки мозга и сердца, на проницаемость биологических мембран, на свойства водных и коллоидных систем организма. Магнитные поля в терапевтических дозах обладают мягким и многообразным воздействием на организм. Реакция организма на применение МП зависит от исходного состояния его внутренних систем. Воздействие магнитом на фоне повышенной функции приводит к ее снижению и наоборот. Таким образом, **воздействие МП является нормализующим. Наиболее чувствительна к действию МП центральная нервная система.**

Под влиянием МП усиливаются тормозные процессы ЦНС, что объясняет седативное (успокаивающее) действие, благотворное влияние на сон, уменьшение эмоционального напряжения. При магнитотерапии снижается тонус сосудов головного мозга и улучшается его кровообращение. **К МП чувствителен вегетативный отдел нервной системы, вызывает обезболивающий эффект и восстановление функций травмированных периферических нервов.**

Сердечно-сосудистая система также весьма чувствительна к действию МП. При воздействии учащается пульс, артериальное давление, особенно повышенное, понижается. Улучшается кровообращение в сосудах конечностей. **Под влиянием МП уменьшается образование тромбов в сосудах, увеличивается количество эритроцитов и содержание гемоглобина в крови, усиление активности лейкоцитов.**

Действие МП на мышцы локально проявляется увеличением мышечной работоспособности. При магнитотерапии нормализуется активность органов желудочно-кишечного тракта: ослабляется болевой синдром, нормализуется секреторная и моторная функции, усиливаются процессы регенерации (заживления) в слизистой оболочке желудка и кишечника.

Воздействие МП нормализует функцию печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, по-

◀ **чек.** МП может активизировать периферические эндокринные железы – надпочечники, щитовидную железу, половые железы.

Необходимо отметить, что непрерывное МП по своей терапевтической эффективности обычно уступает импульсному и переменному МП. Переменные и импульсные МП приводят обычно к более стойким и выраженным изменениям. **Особенностью МП является «последствие»: после одной процедуры эффект может сохраняться до 5 суток, а после курса из 10-15 процедур – до 30-45 дней.**

Как правило, МП не ощущается, если нет сопутствующих физических факторов - тепла или вибрации.

Воздействие МП может быть контактным или бесконтактным (дистанционным). Лечение можно проводить, не снимая одежду, мазевые и гипсовые, или сухие повязки, так как поле проникает через них беспрепятственно. При лечении должна быть проявлена осторожность, если в зоне действия источника МП оказываются центральная нервная система, сердце или крупные сосуды. Воздействуют, как правило, на область патологии или на рефлекторные зоны Захарьина - Геда.

Лечение магнитным полем показано при сосудистых заболеваниях, заболеваниях нервной системы, болезнях суставов и позвоночника, травмах и их последствиях, а также в гинекологии, офтальмологии, дерматологии, урологии.

Противопоказания к магнитотерапии:

- наклонность к кровотечению,
- системные заболевания крови,
- повышенная температура тела,
- тяжелое течение ишемической болезни сердца,
- ранний постинфарктный период,
- выраженный тиреотоксикоз,
- беременность,
- наличие искусственных кардиостимуляторов,
- индивидуальная повышенная чувствительность к фактору,
- острый психоз,
- острое нарушение мозгового кровообращения.

В следующей статье мы более подробно остановимся на аппаратах для домашней физиотерапии и укажем их индивидуальные характеристики.

Налегайте на фрукты и овощи

Насколько полезны рекламируемые витамины? Миллионы людей, свято веря этой рекламе, каждый день принимают поливитамины, надеясь таким образом дожидаться притока сил и энергии.

В США поливитамины принимают почти половина всех взрослых американцев. Теоретически, поливитамины могут принести пользу тем, кто не получает достаточно витаминов вследствие плохого питания. Но неизвестно, так ли это на самом деле. Поливитамины принимают именно те, кто лучше всего заботится о своем здоровье. Люди, которые хорошо питаются и достаточно двигаются, принимают гораздо больше поливитаминов, чем те, кто плохо питается и мало двигается.

По данным некоторых исследований, **если вы регулярно едите фрукты и овощи, то получаете витамины в достаточных количествах.** Тем не менее, было одобрено несколько положений. Так, **после менопаузы женщины должны принимать кальций и витамин D**



для укрепления костей. Людям с начинающейся возрастной макулярной дегенерацией нужно принимать антиоксиданты и цинк (при условии, что они не курят).

Ежедневный прием фолиевой кислоты беременными женщинами предотвращает врожденные дефекты нервной трубки у детей. Также курильщики должны быть осторожны при приеме бета-каротина, который способен повысить вероятность заболевания раком легких.

Боль в спине, мышцах, суставах? Выход есть!

ДЭНС-АППЛИКАТОР легко и надежно фиксируется на определенных участках туловища, конечностей, суставов. Пациент располагается в удобном для него положении и без посторонней помощи осуществляет воздействие на зоны, труднодоступные для обработки встроенными электродами аппаратов ДЭНАС и ДиаДЭНС.



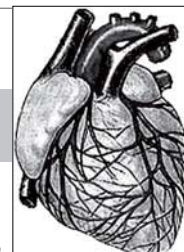
Предъявителя ждет подарок

- ДЭНС-АППЛИКАТОР** эффективен при:
- болях и дискомфорте в области спины и шеи;
 - болях и дискомфортных ощущениях в мышцах нижних и верхних конечностей;
 - суставных болях (артрит, артроз, травма).

г.Барнаул, пр.Ленина, 154, оф. 200, тел.:25-83-73, факс 39-27-62

Производителем прибора Дэнс-аппликатора является Корпорация «ДЭНАС МС» (Екатеринбург). Все приборы сертифицированы. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 4 марта 2005 года выдала Корпорации «ДЭНАС МС» регистрационное удостоверение №ФС - 2005/004 на метод «Динамическая электростимуляция».

Коронарный клуб



Школа для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Занятие 3

Краевой кардиологический диспансер:

Людмила Андреевна Старкова,

заведующая отделением реабилитации, кандидат медицинских наук



Елена Дмитриевна Косоухова,

врач-кардиолог высшей категории

Наталья Сергеевна Пешкова,
врач ЛФК



Анна Анатольевна Суворова,
врач-кардиолог



Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

Почему опасно повышенное артериальное давление? Артериальная гипертония – наиболее существенный фактор развития ишемической болезни сердца. Уровень артериального давления определяет силу, с которой поток крови воздействует на стенку артерии.

Стенокардия выражается появлением боли в груди. При относительно длительном сохранении такого состояния (1,5-2 часа, а иногда «достаточно» и всего 30 минут) в участке сердца, не получающем питательных веществ, могут развиваться изменения, лишаящие его способности сокращаться. Это состояние называют **инфарктом миокарда**. Остальная, значительно большая, часть сердечной мышцы полностью берет на себя функцию пораженного участка, хотя сила сокращения сердечной мышцы в начальном периоде заболевания может быть и снижена, а кровоснабжение органов уменьшено.

Время, назначение соответствующих медикаментов, постепенное расширение режима двигательной активности ведут к заживлению пораженного участка сердечной мышцы и восстановлению деятельности миокарда в целом.

Атеросклерозом, в первую очередь, обычно поражаются **крупные артерии**: аорта, коронарные артерии, артерии, питающие головной мозг (внутренние сонные артерии).

Процесс образования атеросклеротических бляшек начинается достаточно рано. От первых отложений жировых веществ в артерии до появления клинических симптомов проходит много лет, и только при сужении просвета сосуда примерно на 2/3 появляются симптомы недостаточного питания соот-

ветствующего органа: сердца, головного мозга, почек и т.д.

Однако замедление или ускорение этого процесса зависит от образа жизни. **Человек с атеросклерозом имеет шанс на долгую жизнь, если его активность соответствует возможностям сердечной мышцы.**

На развитие ишемической болезни сердца оказывают влияние многие факторы. Условно их можно разделить, с одной стороны, на **персональные (наследственные) и факторы образа жизни, с другой - на неизменяемые (необратимые) и изменяемые (обратимые)**. Каждый из них может привести к развитию болезни. При их сочетании риск существенно повышается.

К неизменяемым факторам риска можно отнести:

◆ **наследственность** – риск заболеваемости повышается в 2-5 раз;

◆ **пол** - у мужчин риск больше, но после менопаузы женщины болеют с такой же частотой, что и мужчины, так как у них уменьшается количество женского полового гормона эстрогена;

◆ **возраст** – в процессе старения организма и накопления жировых отложений на стенках сосудов риск заболеваемости увеличивается.

К изменяемым относятся следующие факторы риска:

◆ **повышенное артериальное давление** – это мощный фактор риска, который повышает возможность развития болезни в 5 раз;

◆ **гиперхолестеринемия** – увеличение холестерина на 1% повышает риск развития инфаркта миокарда на 2%;

◆ **сахарный диабет** – удваивает риск развития ишемической болезни сердца;

◆ **курение** – повышает риск внезапной смерти в 3 раза, у курящих людей в 13 раз чаще развивается ишемическая болезнь сердца, в 12 раз – инфаркт миокарда;

◆ **избыточный вес** – каждый лишний килограмм веса повышает артериальное давление в среднем на 1-2 мм рт.ст.;

◆ **недостаточные физические нагрузки** – регулярные физические тренировки приводят к снижению систолического и диастолического артериального давления на 5-10 мм рт.ст.;

◆ **стрессы** – приводят к депрессии, изменения, происходящие в организме, напоминают те, которые развиваются при старении (подавляется иммунитет, сдвиги в содержании холестерина, повреждаются клеточные мембраны и др.).

Эпизодическое повышение давления при эмоциональных и физических нагрузках – нормальное явление. **Артериальная гипертония диагностируется тогда, когда давление повышено постоянно.** Повышенное артериальное давление приводит к уплотнению и утолщению стенок артерий, то есть усугубляет развитие атеросклероза. В результате сердце вынуждено выполнять дополнительную работу для осуществления кровоснабжения организма.

Гипертония утяжеляет течение стенокардии. Поэтому необходимо снижать давление до нормальных цифр (120/80-140/90 мм рт.ст.) Для этого надо следовать рекомендациям врача и аккуратно принимать прописанные лекарства.

Помимо этого, больной, страдающий гипертонией, особенно строго должен соблюдать режим дня, иметь достаточный и полноценный сон, исключать, по возможности, нервные перегрузки. В диете особенно важно предусмотреть ограничение приема поваренной соли (до 4-6г в сутки). Доказано, что у лиц, которые потребляют большое количество соли, гипертония выявляется значительно чаще. Понятно поэтому, что ограничение соли необходимо в целях и профилактики, и лечения гипертонии.

Нормализации артериального давления способствуют умеренные, но регулярные физические тренировки и борьба с избыточным весом.

Избыточный вес указывает на нарушение жирового обмена в организме, ведущее к атеросклерозу сосудов сердца. Помимо этого, повышенная масса

тела, сама жировая ткань, богато снабженная сосудами, дают дополнительную нагрузку на сердце. Кроме того, **при ожирении развиваются дистрофические изменения в сердечной мышце**, снижающие функциональные возможности сердца и так уменьшенные после инфаркта миокарда. Совершенно очевидно, что человек после инфаркта миокарда должен поддерживать оптимальный для своего возраста вес.

Наиболее чувствительным показателем, позволяющим выявить избыточный вес, является индекс массы тела (ИМТ): ИМТ = вес (кг) / рост (м)². Нормальным вес считается при ИМТ 20-24,9.

Доказано более частое распространение ишемической болезни сердца среди лиц малоподвижного образа жизни. **Регулярная физическая активность способствует сгоранию жиров и холестерина**, поступающих в организм, в то время как при недостаточной физической активности они имеют тенденцию к отложению в стенках сосудов.

Известно, что некоторые пищевые продукты могут повышать или снижать уровень холестерина. А вы помните, что высокий уровень холестерина – фактор риска коронарной болезни сердца. Установлено, что снижение повышенного уровня холестерина на 1% диетическими мерами или в результате приема лекарств, приводит к уменьшению риска развития ишемической болезни сердца на 2%. Пищевые продукты, богатые насыщенными жирами (пища животного происхождения), повышают уровень холестерина. **Введите в свой рацион продукты, которые понижают уровень холестерина:**

- ◆ нежирные сорта мяса и птицы,
- ◆ рыба,
- ◆ морские продукты,
- ◆ обезжиренные молочные продукты,
- ◆ растительные масла (полиненасыщенные жиры),
- ◆ овощи, фрукты,
- ◆ различные крупы.

В составе табака и табачного дыма установлено 300 различных компонентов, большая часть которых оказывает вредное влияние на организм. **Наиболее вредное влияние оказывает никотин**, чрезмерно возбуждающий дыхание, повышающий артериальное давление, оказывающий сосудосуживающее влияние, в том числе и на коронарные сосуды. **Он способствует прогрессированию атеросклероза** путем поражения сосудистой стенки и нарушения жирового обмена. Курение создает дополнительные проблемы для вашего сердца. При курении сердце сокращает-

ся чаще, в результате чего уменьшается количество кислорода, которое оно получает, снижается переносимость физических нагрузок. **Курение ухудшает течение стенокардии и повышает риск развития инфаркта миокарда.** Уже через год после отказа от курения риск развития инфаркта миокарда уменьшается вдвое.

Физические тренировки способствуют снижению массы тела, в первую очередь, за счет возрастания энергетических затрат, и приводят к «сжиганию» отложенного жира или предупреждают образование жировых отложений. Однако польза физических упражнений не ограничивается лишь увеличением расхода калорий. Под влиянием физических нагрузок происходит целый ряд положительных обменных и психологических процессов: снижается артериальное давление и уровень липидов (жиров) в крови, улучшается самочувствие, деятельность сердца и легких. Увеличение физической активности у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, приводит к снижению потребления пищи и сопровождается снижением веса.

Даже легкие упражнения или небольшая физическая нагрузка лучше, чем ничего. Любая физическая активность является полезной.

Все люди в повседневной жизни подвергаются стрессам. Но наличие ИБС делает особенно важным умение справиться со стрессом, так как он неизбежно приводит к ухудшению ее течения. Единственный способ справиться со стрессом – научиться расслабляться.

Подведя итог сказанному, ясно, что качество и продолжительность жизни пациента с ИБС зависят от:

- ◆ раннего выявления болезни,
- ◆ соблюдения режима приема прописанных лекарств,
- ◆ изменения образа жизни и устранения факторов риска.

Итак, если внести определенные изменения в образ жизни и принимать рекомендованные препараты, то можно продолжать полноценную жизнь. Главное условие – понимание сути состояния и готовности пациента к контролю за ним.

Почаще вспоминайте древний кодекс здоровья: «Если ты хочешь здоровье вернуть и не ведать болезней – скромно обедай. О винах забудь. Не сочти бесполезным бодрствовать после еды, полуденного сна избегай. Будьешь за этим следить – проживешь ты долго на свете. Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими веселый характер и умеренность в пище!».

Общественность,

«...Мы же видим, как наш народ опустошился, одичал, и снизошло на него РАВНОДУШИЕ уже не только к судьбам страны, уже не только к судьбе соседа, но даже к собственной судьбе и судьбе детей. РАВНОДУШИЕ, последняя спасительная реакция организма, стала нашей определяющей чертой. Оттого и популярность водки – невиданная даже по русским масштабам. Это – страшное равнодушие, когда человек видит свою жизнь не надколотой, не с отломанным уголком, а так безнадежно раздробленной, так вдоль и поперек изгаженной, что только ради алкогольного забвения еще стоит оставаться жить»
А.Солженицын. В круге первом. 1962 год



заций в решении самых насущных проблем жителей становится еще более значимой», - так начала свое выступление **Н.Г. Санникова**, заместитель главы района по социальным вопросам.

ЧТО СЕГОДНЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО НАМ МЕШАЕТ?

Участники круглого стола были практически единодушны – **ПЬЯНСТВО, В ТОМ ЧИСЛЕ И ЖЕНЩИН.**

Женщина, хранительница домашнего очага, становится опасной для собственного ребенка! Не парадокс ли это?

Как остановить, преодолеть те негативные процессы, которые, разрушая семью, как раковая опухоль разрушают наше общество, делают его озлобленным, бесчувственным, а значит - слабым...

Чтобы понимать, что делать, нужно сначала понять: а что есть то зло, с которым мы намерены бороться?

Что делает, а чего не делает в вопросах семейной политики государство? И что же в решении непростой проблемы зависит от нас – такие вопросы обсуждали участники круглого стола, люди, обладающие профессиональной компетен-

Лидия Васильевна Князева, глава Журовлихинского сельского совета: «Очень важно, чтобы в селе для начала объединились несколько активных, неравнодушных людей. Тогда можно что-то изменить. Кто приезжает на жительство к нам в село? Как ни горько признавать – в основном социально неблагополучные семьи. Самовольно захватывают пустующие дома, гонят самогон, сами пьют, других спаивают.

Наш актив решил – хватит молчать, объявим бой самогонщикам! Написали письмо изготовителям этого зелья, взвешивали каждую фразу, разясняли - какую беду они несут в семье односельчан. Пригласили всех в поссовет, многие не пришли, а те, кто пришел, очень хочется верить – устыдились! Вручили всем свои послания, а неявившимся –

отправили по почте. Нужно формировать общественное мнение. Многих охватили апатия, безысходность – и это нужно преодолеть. Раньше в школе был такой предмет «Этика и психология семейной жизни», очень много давали мы знаний, готовя молодежь к семейной жизни».

Алексей Васильевич Рубцов, глава Жилинского поссовета:

«В селе нашем очень много равнодушных людей.



Н.Г. Санникова

ПРОБЛЕМА, ОДНА ИЗ ГЛАВНЫХ, – РАБОТА!

Село деградирует. Говорить о малом бизнесе в таких селах практически нет смысла – себя не прокормишь. Кто к нам едет? Не молодежь, не организаторы производства – приезжают либо «безнадежные» семьи, либо беженцы, которые сами на

первых порах в поддержке нуждаются. У родителей из здоровых семей – одна забота: вырастить, выучить детей и отправить в город!

С кем же власть и общественность «работают», с кем нянчатся? – задали мы себе вопрос. Да с теми, кто сам когда-то без родительской ласки рос, на тумачах да ругани... Вот и получается: осень на дворе – у нас забота: как ребятишек из таких семей в школу собрать, весна пришла – чем их летом занять, чтобы не бродяжничали да не воровали.

Сходом села решили: создаем свою добровольную дружину. Создали, работаем. Вынужденная мера – но результат есть: после 23 часов в селе несовершеннолетних без присутствия родителей уже не встретить. Решили сместить акцент в своей работе на благополучные семьи. А таких у нас немало».



А.В. Рубцов



цией, жизненным опытом, а главное, не по должности, а по своему внутреннему устройству, по своим жизненным принципам не могущие быть безучастными к тем нелицеприятным процессам, которые происходят в обществе.

«Когда государство, в рамках распределения полномочий, огромную массу проблем (без соответствующего финансирования и управленческого опыта. Прим.ред.) переложило на плечи муниципалитетов, необходимость взаимодействия власти, общества, общественных органи-





СЕМЬЯ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Очень важно, чтобы в добрые дела включалась молодежь. «Мы с молодежью, - начала свое выступление директор клуба пос. Ильича **Татьяна Анатольевна Макарова**, - решили объединиться и начали с благоустройства клуба, очистили территорию, вывезли мусор, разбили клумбы. Самим радостно! Актив сложился - 27 человек, столько идей! Осуществим все! Мне кажется, что у нашего села есть будущее».

Практически все участники отмечали еще одну главную задачу - **преодоление социального иждивенчества.** «Государство обязано, государство должно...». А у жителей то есть обязанности, голос?!



Козлова И.В.

больше, числа проживающих в районе! **И такие пригородные районы, безусловно, нуждаются в государственной поддержке, в особом статусе...**

Но это не снимает ответственности за состояние дел и с самих жителей. «Более 800 преступлений совершено только за первое полугодие на территории района, и мы отмечаем рост преступности, отметил **Владимир Иванович Титов**, прокурор района. Каждое второе из раскрытых 180 преступлений - совершено в состоянии алкогольного опьянения. Около



Сторожевых Н.И.

половины преступлений кражи! Число преступлений, совершенных несовершеннолетними, возросло к уровню прошлого года в два раза».

Владимир Николаевич Игонин, начальник МОБ ОВД района, убежден, что «создание отрядов ДНД на территориях поселений - разумная идея. **Только совместными усилиями всего населения можно снизить уровень криминализации, повысить обществен-**

ную безопасность. А жить по принципу «ничего не вижу, ничего не слышу, ничего никому не скажу», особенно на селе, - негоже. Порой сами себя до беды доводим своим равнодушием».

Первомайский район, как район пригородный, безусловно, имеет свою специфику. Один из крупнейших районов края по своей территории. Трасса федерального значения и железная дорога, близость городов Барнаула и Новоалтайска создают условия

для оттока рабочей силы. Семьи живут в селе, а работники - в городе. Молодежи тоже легче уезжать в город. Содержать такую развитую (к счастью, практически во всех селах сохраняющуюся) социальную сферу - бюджету достаточно накладно. А проблема малых сел и старение материально-технической базы. С ранней весны до поздней осени в районе дополнительный приток населения - дачники. По некоторым оценкам, число отдыхающих равно, а то и



Полова Е.Н.

От редактора.
Козлова И.В.:
Первомайский район не совсем типичен для края, уже говорили о специфике его, как пригородного района, и я убеждена, что краевая программа поддержки таких районов должна быть рассмотрена. Но у нашего района есть еще одна особенность (мне удалось побывать практически в каждом селе и не единожды) - это **хорошо развитый общественный сектор:** женские, ветеранские и кое-где и молодежные организации работают неформально и находят возможность конструктивного диалога с муниципалитетами. Главы поссоветов, в свою очередь, тоже очень эффективно сотрудничают с активом.

Именно такое партнерство позволяет преодолевать нигилизм, апатию, панические настроения, не очерстветь, и благодаря ему появляются в селах района свои социальные проекты.

Их много, таких звездочек, не без участия и инициатив которых села возрождаются. Это и **Марина Викторовна Труфанова**, и **Фаина Дмитриевна Игонькина** из Северного, и **Татьяна Васильевна Городничева**, **Надежда Павловна Чубаева** из Акулово, **Надежда Григорьевна Кайгородова**, **Оксана Алексеевна Гордеева** из Сорочьего Лога, **Татьяна Алексеевна Крейс** из Логовского и многие-многие другие.

В условиях, когда роль общественного сектора в государстве повышается, думаю, что такое его качество в районе - одно из конкурентных преимуществ.

Но работе с обществом, механизм взаимодействия с властью тоже нужно учиться. Очень важен обмен опытом лидеров НКО между собой, проведение совместных мероприятий. Район пошел именно по такому пути: проведены встречи активом ряда сел, запланированы круглые столы. В планах - включить в реализацию общих программ родительские комитеты, инициировать создание и поддержать молодежные организации в районе.

Активизация работы с семьей именно по месту жительства, признание формирования общественного мнения, направленного на укрепление института здоровой семьи, - приоритеты, которые уже реально сформированы в районе.

