

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№5 (65)
МАЙ
2008



Общественные организации и общество...

В деятельности общественных организаций участвуют примерно 10 млн. россиян, из которых 8 млн. составляют волонтеры. По оценкам Высшей школы экономики, бюджет некоммерческого сектора в 2006 году составил 46 млрд. руб. По результатам исследований, проведенных по заказу Общественной палаты РФ, основной деятельностью НКО является образовательная и научно-исследовательская работа - 46%, 30% организаций ориентированы на работу с детьми и молодежью, 20% - содействуют развитию гражданского общества, демократии и местного самоуправления. Более 70 тыс. человек объединены в творческих союзах писателей, композиторов, театральных деятелей...

Государство поощряет создание и развитие институтов гражданского общества. Создана Общественная палата России. Третий год выделяются серьезные суммы на поддержку социальных проектов НКО и на развитие их материально-технической базы.

Развивается меценатство. Лишь 17% НКО России в качестве источников финансирования указывают зарубежные организации, и только у 8% зарубежных поступления являются основным источником доходов.

Партнерство государства и некоммерческих организаций стремительно развивалось в Европе с начала 60-х годов прошлого века. Так, в Бельгии НКО начинают работу с квартального комитета, где обсуждают строительство спортплощадки, вырубку старых деревьев и выбор новой породы саженцев, установку знака «кирпич» на въезде в улицу, протестуют против постройки уродливого здания. Почти все активные граждане входят в ту или иную организацию «без цели получения прибыли». Они защищают права профессионалов: врачей, архитекторов, журналистов; групп населения: женщин, детей, потребителей, автомобилистов, пассажиров; слабых матерей-одиночек, инвалидов, мигрантов. Они организуют ясли и присматривают за стариками, ведут просветительскую работу среди молодежи, опекают достопримечательности... Некоммерческие больничные кассы взаимопомощи распределяют бюджетные средства здравоохранения.

В Декларации прав человека ООН записано, что каждый человек имеет право участвовать в любой мирной общественной ассоциации и не обязан быть членом никакой. В Бельгии достаточно, чтобы три человека зарегистрировали внятный устав и открыли бухгалтерскую отчетность. Если проект организации будет признан социально значимым, то госдотация на его реализацию может составить до 85%. Общественники будут выполнять работу за чиновников, и в Европе принято считать, что энтузиасты справятся лучше.

В Германии в задачу власти входит выявление той или иной проблемы и рассылка предложений некоммерческим организациям, имеющих наибольшие возможности для решения этой задачи. К примеру, НКО «Мэйк Ап» специализируется на возвращении к нормальной жизни девушек и женщин, по разным причинам превратившихся в уличных бродяг. Органы местного самоуправления и Минздрав Германии обеспечивают филиалы «МА» всем необходимым: там можно принять душ, пройти профилактический осмотр, переночевать, побеседовать с психологом. **Всю работу осуществляют волонтеры.** Аналогичное взаимовыгодное сотрудничество происходит и в сфере борьбы с наркоманией, молодежной преступностью, жестокостью по отношению к малолетним...

Главный критерий эффективности работы таких институтов - способность сокращать и облегчать те социальные проблемы, которые в Германии одинаково волнуют как население, так и нанятое им Правительство.

Общественные организации оказывают довольно существенное влияние на жизнь в нашем крае. Оказывает государственная поддержка отдельным социальным проектам НКО, из средств как федерального, так и краевого бюджетов. Однако волонтерское движение в крае развито довольно слабо, чаще оно носит форму не системной работы, а неких «политических» акций...

Как одно из направлений взаимодействия с властью некоммерческого сектора я бы отметила определение совместно слабых мест, социальных проблем и участие НКО в их решении с поддержкой власти, в том числе и финансовой.

В мае приступила к работе вновь избранная Общественная палата второго созыва. Создание такого коллегиального органа, по-моему, было необходимо не по тому, что власть не готова или не хочет общаться с общественным сектором.

Нет, по сути такого препятствия я не вижу.

Одной из основных задач Общественной палаты я бы назвала **совместное** определение представителями общественных организаций проблем, которые необходимо решать в первую очередь, **выбор общих приоритетов.** Ориентация общественного сектора именно на участие в решении этих обозначенных наиболее важных проблем, оказание им помощи в выборе форм и методов работы, привлечение к решению этих же задач бизнес-сообщества и обязательно, как важный и необходимый элемент гражданского общества, развитие волонтерского движения в крае.

Концентрация усилий, ресурсов, как правило, обеспечивает синергетический эффект. Безусловно, важно уважать интересы любой группы населения, объединения людей по интересам, готовность их защищать свои интересы... Но при этом нужно понимать и то, что есть проблемы, которые касаются всего общества, имеют колоссальные неблагоприятные последствия для жителей края, даже России...

Уверена, мы готовы учиться и учимся такой важной бескорыстной и совместной общественной работе!..

В частности, наш проект «Здоровая семья - это здорово!», направленный на решение актуальнейшей, на мой взгляд, проблемы - демографической, предполагающий создание «общественных школ здоровья», ищет партнеров для работы в городах и районах края.

Приглашаем к сотрудничеству!



№05 (65) май 2008г.

Учредитель -
**ООО "Издательство
 "ВН - Добрый день"**
 г. Новоалтайск,
 ул. Обская, 3.
 Тел. 8(38-532) 2-11-19.

Адрес редакции:
**656049 г. Барнаул,
 ул. Пролетарская, 113, оф. 200**
 Тел. редакции -
(3852) 35-46-42, 63-84-90,
 E-mail: **nebolen@mail.ru**

Главный редактор -
Ирина Валентиновна Козлова
 Тел. 8-960-939-6899

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
 и верстка -
**Ольга Жабина
 Оксана Ибель**

Менеджер по работе
 с общественными
 представителями -
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -
Лариса Юрченко

Подписано в печать
 19.05.2008г.

Печать офсетная. Тираж -
 10000 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №
 ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-
 бирским окружным межрегиональным тер-
 риториальным управлением 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**

Содержание

Год семьи на Алтае	2-3
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА. Н.С. Бобровская, Н.О. Кучеренкова. Планируем беременность	4-5
Мир и медицина	6
Г.А. Чумакова. Жизнь после операции	7-8
Л.А. Титова. Перинатальные аспекты йоддефицитных состояний	9-10
О.С. Ганова. Что такое туберкулез?	10
Мир и медицина	11
Сбербанк пенсионерам	12
Человек в цифрах: занимательная анатомия	13
Как выбрать правильное мыло	14
Йога для лица	15-16
Лимон от мозолей	16
Дирофиляриоз	17
Цистит в цифрах	18
Ловушки антиобщения	19
Профилактика должна быть отнесена к высокоэффективным технологиям ...	20
Дезинфицирующие средства	21
Универсальное средство	22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. С праздником!	23
В.В. Кызлакова. Что следует знать об артериальной гипертензии	24-25
Т.А. Старцева, Т.Б. Чекрый. Студенческая семья - это здорово?	26
Мир и медицина	27
«Здоровая семья - это здорово! Школы здоровья - школы профилактики» ...	28
«Затяжная» эпидемия	29
Ставим диагноз по коже	30
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 18). Т.А. Корнилова, И.И. Белякова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина Мифы о бронхиальной астме	31-32
Я поведу тебя в музей	33
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	34-35
Мир и медицина	36
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Питание для каждого сезона	37-38
А.И. Неймарк, Я.В. Яковец. Эректильная дисфункция	39-41
«Студеная» против фтордефицита	42
10 способов укрепить своды	42
ШКОЛА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ. С.А. Калмыкова. Адаптация приемного ребенка в замещающей семье	43-44
Мир и медицина	45
Тест: Готовы ли вы стать счастливее?	46-47
Сколько пищи необходимо ребенку	48



Редакционный Совет

краевого медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи»



Алгазин Анатолий Иванович - проректор Алтайского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Отличник здравоохранения

Беккер Иван Генрихович - главный врач МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск, Заслуженный врач РФ



Вольф Владимир Адольфович - главный врач КГУЗ «Краевая клиническая больница», Отличник здравоохранения

Егорова Ия Андреевна - заслуженный работник здравоохранения РФ



Козлова Ирина Валентиновна - главный редактор журнала, кандидат медицинских наук

Лазарев Александр Федорович - главный врач Алтайского краевого онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ



Лещенко Владимир Алексеевич - главный врач КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Плигина Лариса Алексеевна - президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», Заслуженный работник здравоохранения РФ



Ремнева Надежда Степановна - председатель краевого Совета женщин, краевого отделения Союза женщин России, кандидат социологических наук, Отличник народного образования

Салдан Игорь Петрович - руководитель Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю, доктор медицинских наук, профессор



Фадеева Наталья Ильинична - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой АГМУ

Чумакова Галина Александровна - доктор медицинских наук, профессор, руководитель Алтайского краевого научного общества кардиологов



Официально

Год семьи на Алтае

29 апреля т.г. Совет администрации Алтайского края рассмотрел целевую программу «Демографическое развитие Алтайского края на 2008-20015 годы».

Губернатор края **А.Б. КАРЛИН** охарактеризовал эту программу по степени важности как самую значимую для края и сравнил ее по приоритетности лишь со Стратегией развития края. По его мнению, ее принятие должно отразить принципиальные стратегические решения в данном направлении деятельности. Она должна быть по сути своей понятна и поддержана жителями края, а не содержать перечень оборудования, который нужно установить в тех или иных учреждениях (тем более при современных темпах развития новых технологий - это весьма непродуктивная задача). Власть принимает принципиальные решения в области здравоохранения - они должны быть инновационны, направлены на решение принципиальных вопросов, влияющих на улучшение качества и продолжительности жизни, и обеспечивать доступность качественной медицинской помощи жителям края, независимо от места их проживания.

Особое место в программе занимают мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья как мужчин, так и женщин, так как именно от состояния их здоровья в преобладающей роли зависит, если так можно выразиться, «качество» рождаемых детей. Акцент авторами проекта был сделан на сохранение здоровья девочек-подростков.

Обсуждалась и проблема доступности для бесплодных пар такой манипуляции, как экстракорпоральное оплодотворение - так называемые «дети из пробирки». Число пар, нуждающихся в такой процедуре и состоящих на учете в крае, составляет более 700. Эти дети - точно будут «не случайные», а желанные, и таким семьям государство должно оказать содействие... Существенный объем средств в рамках Программы предполагается направить на материальную поддержку семей, в систему образования, особенно дошкольного.

В обсуждении Программы наряду с руководителями и специалистами комитетов и управлений Администрации края приняли участие представители медицинской науки (д.м.н. профессоры **Я.Н. ШОЙХЕТ, Н.И. ФАДЕЕВА**), представители общественности. Поддержку Программы по итогам ее общественной экспертизы, проведенной Общественной палатой Алтайского края первого созыва, высказала член Общественной палаты **И.В. КОЗЛОВА**.

Губернатором края А.Б. Карлиным поручено, с учетом замечаний и предложений, высказанных в ходе обсуждения программы, вынести ее на рассмотрение Краевого Законодательного собрания в сентябре т.г. Документ такой степени важности должен обрести статус краевого закона.

14 мая состоялось совместное заседание Межведомственной комиссии по вопросам

улучшения положения семьи, женщин и детей и организационного комитета по проведению Года семьи в крае.

О работе администрации Калманского района по проведению Года семьи в районе был заслушан глава администрации района **Сергей Анатольевич ТАХТАРОВ**.

В районе сложная ситуация, особенно в вопросах занятости населения. Как следствие - низкий уровень достатка. Отсутствие ра-



● **Приоритетными целями и задачами проведения Года семьи в Калманском районе выделены:** поддержка молодых семей; укрепление авторитета семьи; поддержка семей, имеющих детей; поднятие статуса отца в семье; оказание помощи малоимущим семьям; поддержка семей, взявших детей на воспитание; укрепление здоровья семей; помощь семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

● Благодаря целевой программе 6 молодых семей получили свидетельства на получение субсидий, 4 семьи получили деньги, 2 продолжают оформление документов.

● В 2007 году в районе было выделено 25 детей, оставшихся без попечения родителей, из них над 12 детьми была установлена опека (попечительство), 5 возвращены родителям, 8 определены в учреждения здравоохранения.

По состоянию на 01.01.2008г. зарегистрировано четверо кандидатов - жителей района - в замещающие родители.

● В районе достаточно активно работает районный Совет женщин. Совместно с администрацией Калманского района ими проведены встречи в «Гостиной по проблемам семьи и брака»: «Начнем с самих себя»; «Счастье - это когда тебя понимают»; для матерей, которые одни воспитывают своих детей - «Мы не одиноки - у нас есть дети»; круглый стол по проблемам воспитания детей, повышению роли отца в этом.

боты в районе порождает высокую маятниковую миграцию, которая с одной стороны имеет социальные последствия - «отрывает» отцов и матерей от семей, от активной жизни в районе, но это сопряжено еще и с потерями для и без того «скромного» бюджета района за счет уплаты налогов по месту работы, а не по месту жительства. Особенно страдают семьи, имеющие детей. Так, согласно информации заместителя председателя комитета по труду и занятости населения **Н.И. ТОЛОКОВИЧОВОЙ**, 500 женщин, имеющих несовершеннолетних детей, состоят на учете как безработные. А дополнительно в т.г. создано всего 10 рабочих мест! Привлечение таких лиц на так называемые общественные работы маловероятно. На эти цели в прошлом году в районном бюджете предусмотрено было 15 тыс. рублей, а в текущем - чуть больше 16 тысяч! В районе нет соглашений между работодателями и муниципалитетами о совместном содержании социальной сферы. То же горячее питание детей в школе в соседнем районе - Топчихинском - организовано в рамках таких соглашений. Все это на фоне низкой заработной платы, которая в среднем в районе на 10% ниже прожиточного уровня, неблагоприятных условий труда - не проведена аттестация рабочих мест.



Район сельскохозяйственный, рассчитывать на приток рабочей силы из города - не особенно приходится. К сожалению, чаще в район переезжают семьи, уже имеющие статус «социально неблагополучной». Поэтому очень важна роль родителей в воспитании патриотизма к родному району - именно об этом говорил заместитель руководителя управления сельского хозяйства края **Е.Н. ШЕЛУДЧЕНКО**. Мы возродили конкурсы «Лучшая трудовая династия», поддерживаем движение ученических производственных бригад. **В целом члены межведомственной комиссии отметили положительные тенденции в работе с семьей в районе в последние месяцы и предложили району выступить в роли своеобразной экспериментальной площадки по этому направлению работы.** В определенной мере это привлечет дополнительно внимание и

участие в разрешении проблем района со стороны краевых ведомств.

Об организации физкультурно-оздоровительной работы со школьниками и их семьями в Зональном районе по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков слушали главу района **А.М. БЕСПАЛОВА**. Положительные моменты в работе по этому направлению в Зональном районе отмечала в своей информации заместитель начальника управления по физической культуре и спорту края **Н.М. ШУБЕНКОВА**.



Н.М. ШУБЕНКОВА констатировала, что в Зональном районе:

● Из 2032 учащихся спортивные секции посещают 780. Общая занятость детей и подростков в свободное от занятий время составляет 95%. Спортивную работу с детьми и подростками ведут 17 штатных специалистов, 12 из которых имеют высшее специальное образование.

● Из 9 сельских администраций в 8 есть стадионы.

● 4 марта 2008 года образован детско-юношеский клуб физической подготовки. В клубе работают 6 штатных тренеров, имеются филиалы в 6 сельских поселениях.

● В районе работают 3 военно-патриотических клуба.

Вместе с тем, в спортивной работе есть недостатки. Все спортивные залы имеют нестандартные размеры, все нуждаются в ремонте. Во всех сельских школах ощущается нехватка спортивного инвентаря, оборудования.

Количество желающих заниматься физической культурой превышает возможную вместимость спортивных залов.

Особенности подготовки молодых семей к будущему родительству в Барнауле отразил в своем отчете зам. главы г.Барнаула Б. А. ЧЕРНИЧЕНКО.

Наряду с безусловным положительным опытом работы с семьей в городе Барнауле у членов комиссии были замечания и предложения к администрации города. Так, главный педиатр края **Г.В. КАГИРОВА** отметила, что число новорожденных детей в городе к уровню предыдущего 2005 года снизилось почти на 1000 человек. С одной стороны это, конечно, позволило улучшить качество пребывания рожениц и детей в родильных домах... Кроме того, уровень абортс среди подростков в городе чрезвычайно высок и составляет у девушек в возрасте от 14 до 17 лет - 55,3 на 1000, с 17 до 18 - 32,3 на 1000, в то время как у взрослых женщин этот показатель - 20-30. (Это высокий уровень «регуляции» рождаемости таким варварским способом! Прим. редакции). Снизилось число подростков, передаваемых во взрослую сеть здоровыми - с 71 до 66,2%. В городе развивается частное здравоохранение, а муниципальное, в части оказания помощи детям и подросткам, начинает ему уступать.

Р.С. ФЕДОРОВА, председатель Алтайского отделения Российского Детского фонда, обратила внимание на то, что в программных документах по работе с семьей не находят отражения меры по духовно-нравственному воспитанию семьи. Это направление в текущем году определено как приоритетное в работе Российского Детского фонда.

Мероприятия, проводимые краевыми управлениями и комитетами в соответствии с объявленным в крае Годом семьи, - это не самоцель. Задача - определить, отработать формы работы по поддержке, по поднятию престижа семьи, которые будут эффективны, приняты обществом и могут реализовываться системно. Отчет о выполнении плана мероприятий по Году семьи в крае на данном заседании представила Главсоцзащита. ☺





НАТАЛЬЯ
СТАНИСЛАВОВНА
БОБРОВСКАЯ,
заведующая женской
консультацией №2;

НАТАЛЬЯ
ОЛЕГОВНА
КУЧЕРЕНКОВА,
врач высшей категории,
врач специализированного
приема по невынашиванию
беременности женской
консультации №2 - МУЗ
«Родильный дом №2»,
г.Барнаул



Планируем беременность

Материнство - прекрасное, светлое и сильное чувство. И каждая женщина мечтает о здоровом и крепком малыше.

Беременность и рождение ребенка - самое ответственное и волнительное время в жизни женщины. И не все знают, что для того, чтобы избежать неожиданных осложнений во время предстоящей беременности и сделать период ожидания малыша спокойным и приятным, **необходимо тщательно готовиться к этому событию.** Ведь некоторые заболевания, перенесенные будущей мамой даже в детском возрасте, могут повлиять на течение и исход беременности. Многие хронические заболевания из-за сниженного иммунитета женщины во время беременности могут обостряться и оказать негативное влияние, как на течение беременности, так и на здоровье ребенка. Не стоит забывать, что и состояние здоровья папы не менее важно для будущего малыша.

Подготовка к материнству в настоящее время - одна из самых ак-

туальных проблем. В последние годы в медицинской практике появилось понятие «**предгравидарная подготовка**».

Предгравидарная подготовка - это целый комплекс обследований и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление женщины, выявление и лечение очагов инфекций, на профилактику хронических заболеваний. Цель этих мероприятий - укрепление здоровья матери, подготовка организма женщины к зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка, профилактику и снижение материнской и детской заболеваемости смертности.

Особенно это относится к пациенткам, составляющим группу риска по развитию акушерских осложнений и имеющим хронические воспалительные заболевания мат-

ки и придатков, эрозию шейки матки, часто повторяющиеся вульвовагиниты; аномалии развития и хронические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы; заболевания передающиеся половым путем; хронические очаги инфекции (бронхиты, тонзиллиты, колиты и т.д.); склонность к частым ОРВИ; нарушения репродуктивной функции (бесплодие, дисфункция яичников, самопроизвольные аборт); осложненное течение предыдущей беременности, родов и неблагоприятные исходы для ребенка.

В предгравидарную подготовку входит: *клинико-лабораторное обследование, консультации терапевта, невролога, эндокринолога и других специалистов с последующим проведением комплексного лечения.*

Будущая мама должна пройти **обследование и на урогенитальные инфекции** (хламидии, микоплазмы, уреоплазмы и др.), **TORCH-инфекции** (токсоплазмы, краснуха, цитомегаловирус, гер-



пес). Этот вопрос стал особенно актуальным в последние десятилетия в связи с возросшей частотой воспалительных заболеваний половых органов. При наступлении беременности на их фоне возникает серьезная проблема - внутриутробное инфицирование плода, которое ведет к задержке его развития, а иногда и к внутриутробной гибели.

В норме во время беременности иммунная система матери и плацента с оболочками в определенной степени предохраняют плод от инфицирования. Когда эти барьеры оказываются несостоятельными, то происходит **внутриутробное инфицирование**. Передача инфекции плоду может осуществляться двумя основными путями - **гематогенным** (через кровь) и **восходящим**.

При гематогенном инфицировании возбудитель заносится материнской кровью в плаценту, а оттуда через пуповину попадает в организм плода. При восходящем пути инфекция поднимается из половых путей матери в полость матки, инфицирует плодные оболочки, затем размножается в околоплодных водах и с ними проникает в желудочно-кишечный тракт или дыхательные пути плода.

Последствия для плода зависят от многих условий - срока беременности, состояния материнского иммунитета и т.д. *Инфицирование плода на ранних сроках* (до 12-й недели беременности) может привести к порокам развития плода, внутриутробной гибели и последующему самопроизвольному выкидышу. *Инфицирование, произошедшее на более поздних сроках* (во втором и третьем триместрах беременности), как правило, уже не бывает причиной грубых пороков развития у плода, поскольку его органы и системы в основном сформированы. Но инфекционный процесс может вызвать инфекционное поражение органов и тканей малыша, а также воспаление плаценты (плацентит) и оболочек плаценты (хориоамнионит). В таких случаях вероятны преждевременное излитие

околоплодных вод, преждевременные роды, нарушение родовой деятельности и так далее.

В нашей стране **внутриутробные инфекции являются одной из ведущих причин смерти детей в первую неделю жизни** и одновременно рассматриваются как важный фактор инвалидности с детства.

К сожалению, данные инфекции могут вести себя скрыто, но при этом в последующем провоцировать угрозу прерывания беременности или вызывать врожденные инфекции у плода. При этом надо заметить, что **многие инфекции во время беременности вылечить полностью невозможно, поэтому и возникает необходимость их выявления и лечения вне беременности**.

Особую опасность во время беременности представляет такое инфекционное заболевание, как **коревая краснуха**, так как перенесенное заболевание, особенно в ранние сроки беременности, может стать причиной возникновения пороков развития плода. Защитит будущую маму от заболевания вакцинация, которую можно полу-

чить в поликлинике, но не менее чем за 6 месяцев до зачатия.

Немаловажное значение имеют **гормональные нарушения** в организме женщины. Исследования гормонов щитовидной железы, яичников, надпочечников помогут выявить имеющиеся отклонения и своевременно их скорректировать.

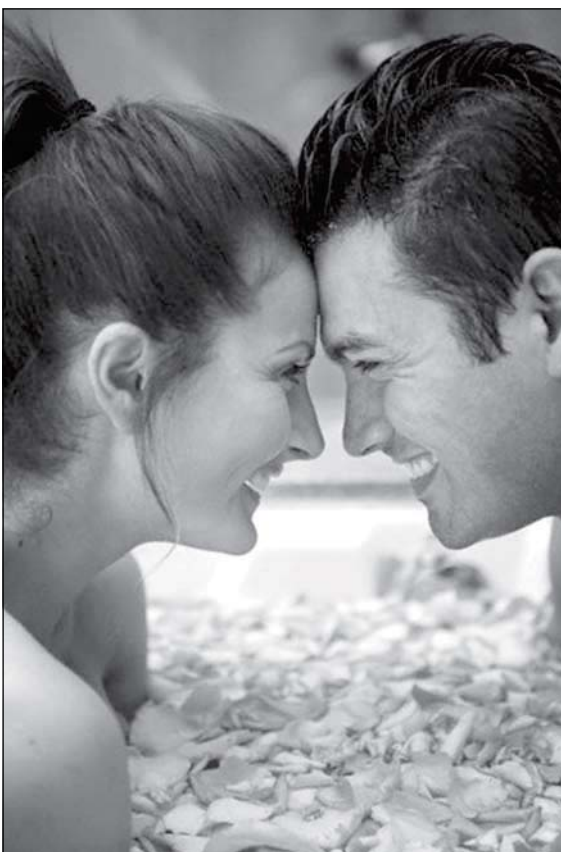
Будущая мама должна обязательно пополнять **запасы витаминов и минеральных веществ**. Это не только потенциал роста и развития плода, но и зачастую профилактика врожденной патологии плода. Так, в настоящее время известно, что прием **фолиевой кислоты** в период, предшествующий зачатию, и в первые месяцы беременности снижает риск развития рождения детей с дефектом головного и спинного мозга. Жизненно необходимым микроэлементом является также **йод**, его часто называют элементом интеллекта. Он необходим для умственного развития, а его недостаток может привести к привычному невынашиванию, задержке внутриутробного развития плода и его интеллекта.

В период планирования беременности особенно уместна **пропаганда здорового образа жизни** - исключение из рациона питания алкогольных напитков, отказ от курения, приема наркотических веществ; посещение спортивных площадок, нормализация веса.

Рекомендуемый период для подготовки к беременности - 3-6 месяцев. Необходимо знать и помнить, что только врач может определить комплекс необходимого обследования и лечения.

А чтобы беременность не наступила случайно, когда женщина еще не подготовилась окончательно, врач женской консультации порекомендует Вам, какие методы контрацепции лучше всего использовать в этот период.

Риск и беременность - понятия, которые должны находиться на максимальном расстоянии друг от друга, чему и способствует предгравидарная подготовка. ☺



Жизнь после операции

ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА ЧУМАКОВА,
доктор медицинских наук, профессор,
руководитель Алтайского краевого научного общества
кардиологов

Одним из самых грозных заболеваний сердечно-сосудистой системы является атеросклероз. При поражении атеросклерозом сосудов сердца развивается ишемическая болезнь сердца, грозными проявлениями которой могут стать инфаркт миокарда, стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность. Многие годы пациенты при этих заболеваниях принимают различные медикаментозные препараты, чтобы максимально уменьшить симптомы заболевания, сдержать его прогрессирование и максимально увеличить продолжительность жизни.

Последние годы у многих пациентов с атеросклерозом коронарных (сердечных) сосудов появилась возможность хирургического лечения этого заболевания. Это операции **аортокоронарного шунтирования, ангиопластика и стентирование коронарных артерий** и другие. Потребность в таких операциях довольно большая.

Чтобы удовлетворить эту потребность, в Алтайском краевом Кардиологическом центре был построен новый хирургический корпус. После этого количество операций значительно увеличилось и будет расти в дальнейшем. А значит, в крае будет расти количество больных, которым, во-первых, необходимо принять решение о согласии на операцию (если врач считает, что есть показания к оперативному лечению), и, во-вторых, осознать, что изменится в его жизни после операции.

Постараемся понять, чего можно добиться хирургическим лечением, а чего добиться невозможно.

Что такое аортокоронар-

ное шунтирование? Шунтирование - это установка, вшивание шунта - нового сосуда, от аорты к сердечной артерии ниже атеросклеротической бляшки. В результате кровь к сердцу будет доставляться в обход этой суженной сердечной артерии. Это позволяет ликвидировать или существенно уменьшить приступы стенокардии, уменьшить проявления сердечной недостаточности, снизить риск развития нарушений ритма.

Что такое ангиопластика со стентированием коронарных сосудов? Этот сложный медицинский термин означает, что пациенту специальным баллоном расширяют сосуд в зоне бляшки, а затем в это место вставляют специальную пружинку - стент, который препятствует новому сужению сосуда в этом месте. Эта операция менее травматична для больного, но она может быть проведена далеко не всем пациентам.

Итак, возможности оперативного лечения очень высоки, во время операций используется самая современная аппаратура, самые



высокие операционные технологии. Но... Как всегда есть «но», и очень значимое.

Оперативное лечение может устранить симптомы болезни, но не может устранить саму болезнь. Можно устранить такие проявления ишемической болезни сердца, как стенокардия, иногда некоторые нарушения ритма, но невозможно излечить основное заболевание - атеросклероз.

Чтобы это понять, вспомним, что причиной формирования атеросклеротических бляшек являются так называемые факторы риска атеросклероза, о которых мы неоднократно писали в журнале. То есть, если не устранить факторы риска, то будут появляться новые атеросклеротические бляшки.

Но совершенно поразительно, что многие пациенты, уже перенесшие эти дорогостоящие, тяжелые для организма пациента операции, слишком уверены в своем полном излечении. **Невероятно, но многие продолжают упорно курить, не пытаются заняться физическими тренировками, продолжают питаться жирной и богатой углеводами пищей с малым потреблением овощей и** ►



◀ **Фруктов, не пытаются бороться с избыточным весом, не контролируют уровень холестерина.** То есть пациенты сохраняют все те же причины для развития атеросклероза, которые уже довели их до сложного дорогостоящего оперативного лечения.

Нечего удивляться тому, что **рано или поздно у такого пациента вновь появляются приступы болей в груди при малейшей физической нагрузке** (стенокардия), **увеличивается риск развития инфаркта миокарда** и других осложнений атеросклероза. Пациенты вновь приходят к врачу в таком же или даже худшем состоянии, чем до операции.

Не стоит забывать и о том, что **атеросклероз - это системное заболевание, при котором атеросклеротические бляшки образуются не только в сердечных сосудах, но в сосудах мозга, нижних конечностей и других органах.** Это может привести к инсульту головного мозга, появлению болей в ногах при малейшей физической нагрузке (перемежающаяся хромота) и другим проявлениям ишемии (недостаток поступления крови и кислорода) различных органов. **Факторы риска для атеросклероза любой локализации одинаковые.** Важно понимать, что операция на сердечных сосудах не исключает появления грозных осложнений со стороны головного мозга, нижних конечностей, кишечника и других органов.

Не стоит забывать и о том, что **при атеросклерозе повышается жесткость многих сосудов,** что может приводить к развитию гипертонии или усугублять течение уже имеющейся гипертонической болезни. Это ли не еще один повод изменить образ жизни на здоровый.

Что делать? Ответ на этот вопрос очевиден. Операции ангиопластики и стентирования сердечных сосудов, аортокоронарное шунтирование дают пациенту шанс на выздоровление, но только шанс.

Нельзя считать, что операция на сердечных сосудах решает все проблемы со здоровьем. Задачи пациента остаются прежними. Главная из них - **изменить образ жи-**



ни, максимально устранить все факторы риска атеросклероза. Сделать аортокоронарное шунтирование и после этого продолжать курить - преступная халатность по отношению к своему здоровью.

К сожалению, не всегда даже при идеальном образе жизни можно исключить риск развития и прогрессирования атеросклероза. Многим, практически всем пациентам, будет необходимо принимать в течение длительного времени препараты, снижающие уровень так называемого «плохого» холестерина и других параметров липидного спектра. Наиболее часто врачи с этой целью назначают препараты из группы статинов. Это такие оригинальные препараты, как «Крестор», «Липримар», «Зокор» или их менее эффективные лицензионные аналоги «Вазилип», «Симвагор» и другие.

Может ли сам пациент контролировать эффективность этих препаратов? Конечно. Для этого первые 2-3 месяца необходимо повторно сдавать анализ крови на холестерин и спектр липопротеидов. **Если уровень общего холестерина не снижается менее 5ммоль/л (идеально - менее 4,1ммоль/л), а холестерин липопротеидов низкой плотности (тот самый «плохой холестерин») ниже 3ммоль/л (идеально - 1,8ммоль/л), или эти параметры не снизились хотя бы на 30%, то такой препарат принимать нет смысла.** Это пустая трата денег. Необходимо под конт-

ролем врача выбрать другой препарат. Наш опыт подтверждает данные крупных исследований о высокой эффективности и безопасности препарата «Крестор». Нередко даже маленькая доза 5мг в сутки позволяет добиться поразительных результатов.

Кроме статинов, врач обязательно назначит пациенту, перенесшему операцию на сердечных сосудах, препараты, препятствующие тромбообразованию в сосудах. Обычно это аспирин, например, безопасная для желудка форма аспирина «Кардиомагнил», принимать который придется не менее года, а возможно, и дольше.

Очень часто оперированным больным необходимо принимать и препараты, которые предупреждают развитие жизнеопасных нарушений ритма. Это, например, бетаблок ЗОК или «Конкор». Эти препараты тоже придется принимать не менее года, возможно, всю жизнь.

Конечно, не стоит после операции тратить деньги на бесполезный «Атероклефит» и другие пищевые добавки, которые якобы «чистят сосуды».

Итак, жизнь после операции на сердечных сосудах - это осознанная, грамотная, целенаправленная борьба за здоровье и жизнь. А иначе, зачем было оперироваться? Чтобы через несколько лет снова попасть на операционный стол?

Будьте здоровы. Операция дает вам этот шанс. ☺



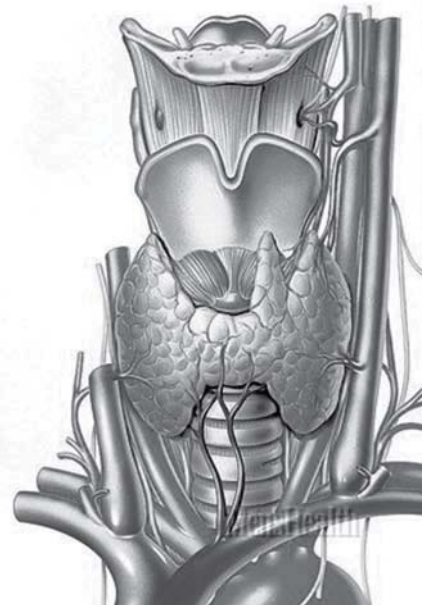


КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Перинатальные аспекты йоддефицитных состояний

ЛЮБОВЬ АНДРЕЕВНА ТИТОВА,
врач-эндокринолог,
высшая квалификационная категория,
кандидат медицинских наук,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Недостаток йода в окружающей среде приводит к развитию в организме йоддефицитных состояний. Установлено, что в мире более 1 млрд. человек проживает в районах с йодным дефицитом, к которым относится и Алтайский край.



- Любовь Андреевна, в чем заключается опасность дефицита йода для организма? На какие проявления нужно в первую очередь обратить внимание?

- Йоддефицитные состояния представляют важную медико-социальную проблему. В местностях с выраженным дефицитом йода значительно повышены перинатальная смертность, частота мертворожденных и врожденных пороков развития.

Наиболее очевидным проявлением дефицита йода и недостаточного его поступления в организм служит **зутиреозидный** (нетоксический) **зоб**. Это - **диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции**. Увеличение щитовидной железы при дефиците йода является компенсаторной реакцией.

Другим признаком йодного дефицита у взрослых является развитие **узлов зоба**.

Если говорить в общем, то диапазон проявлений йоддефицитных состояний весьма широк и зависит от периода жизни, в котором эти нарушения возникают. Очевидно, что

наиболее неблагоприятные последствия «зарождаются» на ранних этапах становления организма, в период внутриутробного развития плода, а завершаются в возрасте полового созревания.

У небеременных женщин основным критерием оценки тиреоидной функции является **уровень ТТГ и свободного Т4**. При беременности определяют дополнительно **свободный Т3 и антитела к ткани щитовидной железы**.

- Чем опасны йоддефицитные состояния для беременной?

- Заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся нарушением ее функции, часто вызывают различные расстройства, снижение фертильности. Беременность и роды у женщин с патологией щитовидной железы характеризуются высокой частотой осложнений: **гестоз** (54,5%), **хроническая внутриутробная гипоксия плода** (22,7%), **дискоординация родовой деятельности** (35,2%), **преждевременные роды** (18,2%), **угроза прерывания беременности**.

Хочу отметить, что даже в условиях легкого йодного дефицита у беременной и плода формируется **вторичная тиреоидная недостаточность**, которая является основным фактором развития у ребенка разнообразных изменений центральной нервной системы (неврологический кретинизм и субкретинизм), тиреоидной дезадаптации в период новорожденности (транзиторный неонатальный эндемический гипотиреоз), диффузный эндемический зоб. Дети матерей с эндемическим зобом чаще рождаются в асфиксии, с признаками внутриутробной гипотрофии, их грудное вскармливание начинается с более поздних сроков.

- Что происходит в организме беременной, имеющей нарушения функции щитовидной железы? За что «отвечают» тиреоидные гормоны при развитии плода? ►



◀ - Гестационный метаболизм йода и тиреоидных гормонов имеет свои особенности. Беременность является мощным пусковым механизмом йодного «обкрадывания» и приводит к состоянию относительного дефицита йода. Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов, которые в сумме приводят к значительной стимуляции щитовидной железы.

Такими специфическими факторами можно назвать **гиперпродукцию хорионического гонадотропина, эстрогенов и тироксинсвязывающего глобулина, увеличение почечного клиренса йода и изменение метаболизма тиреоидных гормонов у матери** в связи с активным функционированием фетоплацентарного комплекса.

Первым фактором, воздействующим преимущественно в I-м триместре беременности и приводящим к транзиторной стимуляции щитовидной железы, является **хорионический гонадотропин**, по структуре подобный тиреотропному гормону. При нормальной беременности в I-м триместре (между 8-й и 14-й неделями) благодаря значительному и быстрому повышению уровня хорионического гонадотропина происходит небольшой, но достоверный подъем содержания свободного тироксина и транзиторное подавление тиреотропной активности аденогипофиза.

У 18% беременных женщин в I-м триместре уровень тиреотропного гормона может находиться ниже пределов нормальных значений, что свидетельствует о значительной гиперстимуляции щитовидной железы. На протяжении II-го и III-го триместров содержание тиреотропного гормона нормализуется.

При достаточном количестве основного субстрата для синтеза тиреоидных гормонов, то есть йода, **эти изменения легко компенсируются**, и уровень свободного тироксина остается неизменным.

По современным представлениям, плацента частично проницаема для тиреоидных гормонов, и Т4 определяется в амниотической жидкости еще до того, как начинает функционировать щитовидная железа плода. Кроме того, **тиреоидные гормоны определяются в тканях плода уже к 12-й неделе внутриутробного развития**, когда фетальная щитовидная железа еще не способна в полной мере обеспечивать плод тиреоидными гормонами.

На этапе внутриутробного развития тиреоидные гормоны являются важнейшими регуляторами формирования и созревания головного мозга будущего ребенка. Никакие другие гормоны подобным эффектом не обладают. **Только гормонами материнской щитовидной железы обеспечивается полноценная анатомо-морфологическая закладка основных компонентов центральной нервной системы в I-м триместре беременности.** Материнские гормоны в это время отвечают за формирование наиболее значимых структур головного мозга зародыша (коры, подкорковых ядер, мозолистого тела, полосатого тела, субарахноидальных путей), улитки слухового анализатора, глаз, лицевого скелета, легочной ткани и др. Последующее (на фетальном этапе) созревание межнейронных связей, миелиногенез и миелинизация нервных окончаний зависят также и от гормональной активности щитовидной железы самого плода, которая начинает функционировать не ранее II-го триместра.

Указанные выше осложнения беременности, изменения тиреоидного статуса, функции фетоплацентарного комплекса и отдаленные последствия - свидетельствуют о необходимости мониторинга йоддефицитных состояний.

Обследовать щитовидную железу и получить квалифицированное консультирование можно в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края». ☺

Что такое туберкулез?

ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА ГАНОВА,
врач-пульмонолог
первой врачебной категории,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Ежегодно туберкулезом заболевают миллионы людей во всем мире. Каждый человек должен знать об этом заболевании, относящемся к разряду социально-опасных.

Туберкулез распространяется **воздушно-капельными частицами** (микобактериями) при кашле, чихании, разговоре, со слюной и т.д. Заразные частицы могут сохраняться в воздухе в течение долгого времени. Как правило, туберкулез поражает легкие, но поражению могут подвергаться любые другие органы человека.

К наиболее характерным симптомам заболевания относятся: кашель в течение более 2-3 недель; выделение мокроты при кашле; потеря веса. **К другим симптомам следует отнести:** боли в груди, выделение мокроты с частицами крови, повышенная температура, обильный ночной пот.

Если туберкулезом поражены другие органы помимо легких, то появляется чувство боли в пораженном органе и потеря веса.

Наибольшему риску заболеть туберкулезом подвержены люди с ослабленной иммунной системой, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями желудка, легких и других органов. У больных сахарным диабетом туберкулез

протекает более агрессивно.

Особенно неблагоприятную роль в заболевании туберкулезом играют **вредные привычки:** алкоголизм и курение. У больных хроническим алкоголизмом туберкулез встречается в 6-10 раз чаще, а у курящих людей, а у курящих в 10-12 раз чаще, чем у некурящих. Среди заболевших в основном люди трудоспособного возраста, мужчины в 3-4 раза чаще болеют, чем женщины.

Если Вы подозреваете, что заболели туберкулезом, то как можно скорее обратитесь к врачу: Вы можете записаться на прием к терапевту или пульмонологу. При подозрении на туберкулез Вам проведут углубленное клинико-рентгенологическое и микробиологическое обследование в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края». Вам необходимо сдать мокроту на микроскопический анализ и сделать рентгеновский снимок органов грудной клетки. При необходимости Вам назначат компьютерную томографию легких, анализ крови и другие обследования.

Туберкулез - серьезное и опасное заболевание. Но при своевременном выявлении и правильном лечении туберкулез можно полностью излечить. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ
КГУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:
(3852) 36-17-76, 26-17-60. Адрес: г.Барнаул,
пр.Комсомольский, 75а ■



Дирофиляриоз

ИВАН АЛЕКСЕЕВИЧ МАРФЕНКОВ,
врач стоматолог-хирург,
МУЗ «Стоматологическая поликлиника», г.Рубцовск

Житель города Рубцовска 15 февраля т.г. обратился с жалобами на припухлость щечной области слева. Объективно: припухлость щечной области слева, пальпация слабоболезненна, кожные покровы не изменены, в полости рта проток околоушной железы слева увеличен, слизистая по ходу протока гиперемирована, отечна. После проведенного обследования (УЗИ, рентген щечной области) поставлен диагноз «острый сиалодохит околоушной слюнной железы слева». Больному назначено противовоспалительная терапия, физиолечение, слюногонная диета. Через 10 дней в результате проведенного лечения явления воспаления стихли. Больной был выписан с выздоровлением.

17 марта т.г. больной повторно обратился с жалобами на припухлость щечной области слева. Объективно: асимметрия лица за счет инфильтрации щеки слева, при пальпации - плотный, умеренно болезненный, при пункции инфильтрата получен гной. Поставлен диагноз «абсцесс щечной области слева». Инфильтрат вскрыт внутриротовым доступом, дренирован. Назначены противовоспалительная терапия, физиолечение.

Два дня спустя во время перевязки из раны удален живой гельминт белого цвета, диаметр 1мм, 10см в длину. Материал отправлен в СЭС. Заключение СЭС от 20.03.2008г. «Дирофиляриоз». Больной вспомнил, что год назад на щеке слева был долго не заживающий укус комара. 24.03.2008г. больной выписан с выздоровлением.

Так что же это за диагноз?

Дирофиляриоз - единственный трансмиссивный гельминтоз человека. Его возбудитель - крупный паразит животных семейства псовых и кошачьих, а переносчики - комары.



Человек лишь случайный, неспецифический хозяин, в организме которого развиваются единичные особи неполовозрелых гельминтов. Цвет гельминтов белый, они похожи на капроновую, лесковую нитку; длина взрослой самки может достигать 40-170мм. Лето и осень характеризуются как сезон заражения - увеличивается число переносчиков.

Заболееваемость дирофиляриозом в России и странах СНГ постепенно возрастает. За первые 40 лет (с 1915г.) было описано 15 случаев дирофиляриоза, из них 12 - глазного. В последующие годы (1956-1995гг.) - 95 случаев, из них - 38 глазного. В Алтайском крае случаи дирофиляриоза у людей стали регистрироваться с 1989 года: выявлено 12 случаев, в том числе 3 - с локализацией гельминта под кожей век. Причем, женщины составляют 68% от числа всех больных.

При укусе комара личинки дирофилярий проникают в подкожную клетчатку, где в течение 2-3 месяцев превращаются в молодые особи. Молодые гельминты активно мигрируют под кожей и слизистыми в области глаз, шеи, туловища, половых органов, рук, ног.

В организме человека приживаются лишь единичные из введенных комаром личинок гельминта, поэтому реакция на их наличие и развитие обычно минимальная. В частно-

сти мало выражена аллергическая реакция в виде эозинофилии, характерная для стадии мигрирующих личинок других паразитов (токсокароз, аскаридоз).

Клинически дирофиляриоз в РФ проявляется подкожными или (при поражении органа зрения) субконъюнктивальными узелками и отеком, поражением слезной железы. У больных дирофиляриозом была обнаружена в глазном яблоке: стекловидном теле, хрусталике. При подкожной миграции гельминта первичный диагноз, как правило, - новообразование, при котором наиболее часто отмечалось правосторонняя локализация. В некоторых же случаях дирофиляриоз находились во внутренних органах, а в ряде случаев - имел рецидивирующее течение.

При расположении гельминта под прозрачной слизистой оболочкой диагностика дирофиляриоза не представляет особых трудностей: его можно увидеть при простом осмотре. Гельминт может самостоятельно выделяться при повреждении целостности кожи, например, в результате расчеса. Окончательный диагноз устанавливается по результатам паразитологического исследования удаленных особей в центрах Госсанэпиднадзора или в других доступных специализированных учреждениях. Гельминтов можно сохранить, поместив их в физиологический раствор (для кратковременного хранения) или формалин. Извлеченные гельминты обычно живые и подвижные. В физиологическом растворе могут двигаться иногда в течение нескольких часов.

Лечение дирофиляриоза заключается в удалении гельминта хирургическим путем в возможно ранние сроки для уменьшения токсического действия паразита и предотвращения осложнений.

Положительная роль специфической антигельминтной терапии (дифразином) не установлена. Предупреждение заболеваемости дирофиляриозом во многом зависит от успешного проведения мероприятий по ограничению численности бродячих собак. Для владельцев личных собак существует возможность лабораторного обследования животных на наличие в крови микрофилярий. ☺



Профилактика должна быть отнесена к высокоэффективным технологиям

- так определили участники семинара-тренинга - координаторы проекта «Здоровая семья - это здорово!», реализуемого краевым фондом поддержки социальных инициатив «Содействие», который прошел 7 мая т.г. в Барнауле.



Представители Калманского района



Л.М. Сагайдачная, Т.Н. Бычкова



Л.В. Пениоза, Л.В. Хорьякова



Н.А. Сяницина, Э.Л. Ерх

На семинаре опытом работы по проекту поделились - **Татьяна Семеновна Чертовских**, руководитель проекта в Бурлинском районе, и **Лидия Балтазаровна Ляпина** из Целинного района.

«В Бурлинском районе работа построена так, что в участие в проекте вовлечены и общественные структуры, и представители администраций. Изначально активно включились в проект педагоги и родительская общественность. Несколько позже значимость этой работы оценили медики. Здесь очень важна позиция руководителя. Поддержка главного врача ЦРБ **Т.Волошиной**, особенно в части создания «общественных школ здоровья», реальна.

Сегодня в районе уже созданы и начали работу пять «общественных школ здоровья». В Асымовке мы опираемся на женсовет села, в селах Орехово и Михайловка организовали работу на базе женских клубов. Работает «общественная школа здоровья» в коллективах казначейства и пожарной части. Что касается последней аудитории, то после презентации проекта, а в аудитории собралось более 50 здоровых мужчин - сотрудников службы МЧС, - мы просто не ожидали, что среди них найдем сподвижников здорового образа жизни! И как приятно было разочарование! Мужчины про-

явили заинтересованность и последовательность. В наших планах в текущем году организовать работу двух новых «общественных школ здоровья»: в сс.Новоандреевка и Новосельское. И администрации сел, и женсоветы уже высказали свою заинтересованность», - рассказала Т.С. Чертовских.

- В Целинном районе, наоборот, большую активность проявили в первую очередь медики, особенно фельдшера ФАПов, - говорит Лидия Балтазаровна. - Мы считаем, что должна повыситься активность в этом направлении педагогов школ и рассчитываем на то, что нас поддержат и работники Центра социальной помощи семье. В наших планах в Целинном районе организовать работу 13 «общественных школ здоровья», в том числе в райцентре на базе администрации района, в школах района - 3, в библиотеке и Доме детского творчества и, конечно, в ЦРБ. В сс.Бочкари, Победа «школы здоровья» планируются на базе ФАПов; сс.Еланде, Овсянниково - на базе врачебных амбулаторий, а в сс.Воеводское, Марушка - на базе участковых больниц. Наши планы поддержала и администрация района, и с этим проектом через фонд «Содействие» мы претендуем на грант администрации края».



Достижения современной медицины могут остаться нереализованными, если между врачом и пациентом не будут сформированы партнерские отношения и сотрудничество.

«врач-пациент»



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ



Международный день медицинской сестры 12 мая 2008 года

Уважаемые коллеги,
Ассоциация медицинских сестер России
и Алтайская профессиональная ассоциация
средних медицинских работников поздравляют
вас с профессиональным праздником -
Международным днем медицинской сестры!

По решению Международного Совета Медсестер этот праздник в этом году пройдет под девизом: **«Оказывая качественную помощь обществу, медицинские сестры лидируют в первичном секторе здравоохранения».**

Такой девиз был выбран не случайно. В 2008 году ВОЗ отмечает 60-летний юбилей работы и взаимодействия с Международным Советом Медсестер. Кроме того, в этом же году отмечается 30 лет с того момента, как была поставлена цель повышения доступности медицинской помощи посредством развития первичного сектора здравоохранения, что в 1978 году было закреплено в рамках алма-атинской декларации.

Сегодня первичное здравоохранение снова находится в центре нашего внимания, а Международный Совет Медсестер настаивает на активном вовлечении сестринского персонала в развитие первичного здравоохранения во имя повышения качества и доступности медицинской помощи населению всей планеты.

По прошествии 30 лет еще более очевидным стал тот факт, что **подход, основанный на госпитализации, на лечении заболеваний не удовлетворяет потребностей населения и требует замены на профилактическую работу и охват широких слоев граждан.** По убеждению Генерального директора ВОЗ г-жи Маргарет Чен: **«Достижение целей развития тысячелетия возможно лишь при условии возврата к ценностям, принципам и подходам, направленным на укрепление пер-**

вичного сектора здравоохранения. Десятилетия опыта подтверждают, что первичное здравоохранение является наиболее эффективной стратегией для обеспечения постоянных улучшений показателей здоровья населения и лучшей гарантией того, что доступ к медицинской помощи будет равным и справедливым для большинства».

Уважаемые коллеги! Перед нами стоит задача совершенствования медицинской помощи в первичном секторе здравоохранения. Эффективное решение этой задачи зависит от каждого из вас. Если руководители сестринских служб могут внести свой вклад на уровне организации работы сестринских служб, то каждая практикующая медсестра может изменить ситуацию своим личным примером - отдавая больше времени на обучение и консультирование пациентов и их родственников, уделяя больше внимания своему профессиональному росту и получению современных знаний.

Дорогие медицинские сестры, акушерки, фельдшера и лаборанты! Еще раз поздравляем всех вас с профессиональным праздником, желаем счастья, здоровья и значительных успехов в работе, направленной на защиту здоровья и жизни наших пациентов!

Президент РАМС
В.А. САРКИСОВА,

Президент АРОО «ПАСМР»
Л.А. ПЛИГИНА



Что следует знать об артериальной гипертензии

ВЕРА ВЛАДИМИРОВНА КЫЗЛАКОВА,
палатная медицинская сестра ревматологического отделения,
вторая квалификационная категория,
ГУЗ «Краевая клиническая больница»,
член ПАСМР с 2005 года

Артериальная гипертензия - состояние, кардинальным признаком которого является повышение артериального давления (АД) до уровня 140/90 мм.рт.ст. и выше, причем повышение данного параметра должно быть зафиксировано не менее 2-3 раз и не быть связанным с сиюминутной ситуацией.



У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение АГ с возрастом: до 40 лет чаще наблюдается у мужчин, после 50 лет - у женщин. Повышение показателей максимального АД начинается уже с 20 лет. Вначале оно плановое, но с 40-летнего возраста начинает все более крутой подъем показателей. У женщин во всех возрастных группах до 45 лет показатели АД ниже, чем у мужчин (особенно в возрасте 25 лет). С периода климакса (перименопаузального периода) у женщин максимальное АД оказывается выше, чем у мужчин.

После установления повышения АД с возрастом сложилось представление, что артериальная гипертензия - это признак старения организма, но это справедливо лишь в отношении систолической артериальной гипертензии у лиц старше 50-60 лет.

Большое значение в развитии АГ имеет наследственный фактор: АГ чаще наблюдается у лиц, родители которых также страдали этим заболеванием. **Предрасполагает к заболеванию возрастная перестройка функций эндокринной системы** (частое развитие болезни именно в климактерический период), а также - **неправильный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем, пристрастие к избыточному по-**

реблению поваренной соли, низкая физическая активность (у лиц, ведущих сидячий образ жизни, вероятность развития АГ на 20-50% выше, чем у физически активных людей, при избыточной массе тела риск увеличивается в 2-6 раз), **психосоциальный стресс** (высокая степень ответственности, чья работа требует постоянного повышенного внимания либо связана с нарушением ритма сна и бодрствования, с влиянием шума, вибрации, высокие требования к себе и окружающим, высокая эмоциональность, чрезмерное нервное напряжение).

Таким образом, можно выделить следующие факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений:

◆ **основные факторы риска:** мужской пол и менопауза у женщин; курение; холестерин более 6,5 ммоль/л; семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний;

◆ **дополнительные факторы риска:** ожирение; сидячий образ жизни; определенное социально-экономическое положение; географический регион.

МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ АД

Диагноз «артериальная гипертензия» должен основываться на **данных многократных** (не менее 2-3 раз) **измерений АД** в различной об-

становке. Во время визита к врачу в большинстве случаев можно ограничиться измерением АД в положении пациента сидя по стандартной методике. У пожилых пациентов и больных сахарным диабетом рекомендуется измерение АД в положениях лежа и стоя.

1. Обстановка. Измерение АД проводится в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре. Следует избегать внешних воздействий, которые могут увеличить вариабельность АД или помешать аускультации (прослушиванию). Пациент должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом. Высота стола и стойки должны быть такими, чтобы при измерении АД середина манжетки, наложенной на плечо пациента, находилась на уровне сердца пациента.

2. Подготовка к измерению и продолжительность отдыха. АД следует измерять через 1-2 часа после приема пищи. За час до измерения пациенту не следует курить и употреблять кофе. На пациенте не должно быть тугих, давящей одежды. Рука, на которой будет производиться измерение АД, должна быть обнажена. Пациент должен сидеть, опираясь на спинку стула, с



расслабленными, не скрещенными ногами. Не рекомендуется разговаривать во время проведения измерений, так как это может повлиять на АД. Измерение АД должно производиться после не менее 5-минутного отдыха.

3. Размер манжетки. Ширина манжетки должна охватывать не менее 40% окружности плеча и не менее 80% его длины.

4. Положение манжетки. Определите пальпаторно (прощупыванием) пульсацию плечевой артерии на уровне середины плеча. Середина баллона манжетки должна точно находиться над пальпируемой артерией. Нижний край манжетки должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки. Плотность наложения манжеты: между манжетой и поверхностью плеча должен проходить палец.

5. Определение максимального уровня нагнетания воздуха в манжетку.

● **Определить пульсацию** лучевой артерии, характер и ритм пульса.

● **Продолжая пальпировать** лучевую артерию, быстро накачать воздух в манжетку до 60 мм.рт.ст., затем нагнетать по 10 мм.рт.ст. до исчезновения пульсации.

● **Сдувать воздух из манжеты** следует со скоростью 2 мм.рт.ст. в секунду. Регистрируется уровень АД, при котором вновь появляется пульс.

● **Для определения уровня** максимального нагнетания воздуха в манжету величину систолического АД, определенного пальпаторно, увеличивают на 30 мм.рт.ст.

6. Положение стетоскопа. Пальпаторно определяется точка максимальной пульсации плечевой артерии, которая обычно располагается сразу над локтевой ямкой на внутренней поверхности плеча.

7. Накачивание и сдувание манжетки. Нагнетание воздуха в манжетку до максимального уровня производится быстро. Воздух из манжетки выпускают со скоростью 2 мм.рт.ст. в секунду до появления тонов Короткова, а затем - со скоростью 2 мм.рт.ст. от удара к удару.

8. Систолическое АД - при появлении 1 фазы между двумя минимальными делениями систолическим считают АД, соответствующее более высокому уровню.

9. Диастолическое АД - уровень, при котором слышен последний отчетливый тон.

10. Запись результатов измерения. Рекомендуется записать, на какой руке проводилось измерение, размер манжетки и положение пациента.

ИЗМЕРЕНИЕ АД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Измерение АД в домашних условиях позволяет получить ценную информацию как при первичном обследовании пациента, так и при дальнейшем контроле за эффективностью лечения. Такое измерение дает возможность проанализировать показания в различные дни в условиях повседневной жизни пациентов и устранить «эффект белого халата».

Самоконтроль АД дисциплинирует пациента и улучшает приверженность к лечению. Уровень АД, измеренного дома, ниже АД, измеренного в клинике. Не рекомендуется применение аппаратов для АД на пальце и запястье.

Цель лечения артериальной гипертензии - максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистых заболеваний и летальности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию всех выявленных факторов риска. Основным критерием для назначения медикаментозной терапии является принадлежность к определенной группе риска, а не степень повышения АД. При высоком риске терапию назначают немедленно. При низком и среднем риске ей должна предшествовать немедикаментозная терапия продолжительностью от 3 до 12 месяцев.

Степени риска:

I. **Высокое** - нормальное АД (130-139/85-89) - при низкой и средней группе риска следует изменить образ жизни;

II. **Степень 1** (140-159/90-99) - также изменение образа жизни, а при высокой - медикаментозная терапия;

III. **Степень 2 и 3** (более 160/100) - при всех группах риска медикаментозная терапия.

Немедикаментозную программу снижения АД следует рекомендовать всем пациентам, независимо от тяжести артериальной гипертензии и медикаментозного лечения.

Существуют меры, польза которых уже доказана.

◆ **Отказ от курения** - одно из наиболее значимых изменений образа жизни.

◆ **Снижение избыточной массы тела** - рекомендуется особенно ли-

цам с абдоминальным ожирением (в области живота). Потеря лишних 5 кг снижает систолическое АД на 5,4 мм.рт.ст., а диастолическое - на 2,4 мм.рт.ст.

◆ **Ограничение потребления поваренной соли** до 5 г (1 ч.л.) в день. Мало поваренной соли содержится в продуктах растительного происхождения (фрукты, овощи, крупы), молоке, твороге, свежемороженой рыбе, мясе; специальных диетических изделиях. В готовых гастрономических продуктах ее значительно больше (в колбасе), как и в хлебе стандартной выпечки. Также рекомендуется ограничить потребление жидкости до 1,2-1,5 литров.

◆ **Уменьшение употребления алкоголя** или же вообще его исключить.


◆ **Аэробная физическая нагрузка** на открытом воздухе продолжительностью не менее 30-60 минут 3-4 раза в неделю (ходьба пешком, плавание). Поднятие тяжестей могут вызвать повышение АД.

◆ **Комплексные диеты.** Необходимо снизить общую калорийность рациона (до 1200 ккал/сутки). Желательно принимать пищу не реже 3-4 раз в день, последний прием пищи - не позже 2-3 часов до сна, а интервал между завтраком и ужином - не более 10 часов.

◆ **Употреблять в пищу продукты, содержащие кальций** (молочные продукты, рыба), калий (печеный «в мундире» картофель, фасоль, урюк, горох, чернослив, смородина, персики, говядина, треска, хек, нежирная свинина, овсяная крупа, свекла, редис, зеленый лук, морская капуста; умеренное количество содержится в курином мясе, судаке, пшене, моркови, кабачках, тыкве, грушах, сливе, апельсинах), магний. Ограничить потребление кофеина.

◆ **Снижение уровня психосоциального стресса.** Но многое тут зависит от окружения пациента и его взаимоотношений с родственниками.

Медикаментозное лечение может назначить только врач. Недопустимо заниматься самолечением, так как это приведет к серьезным губительным последствиям. ☹

	Контактный телефон
	Алтайской региональной Ассоциации средних медицинских работников: (8-3852) 34-80-04



Студенческая семья - это здорово?

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА СТАРЦЕВА,
преподаватель высшей категории,
руководитель студенческого
социального проекта «Милосердию - да!»;

ТАТЬЯНА БОРИСОВНА ЧЕКРИЙ,
заведующая практикой ГОУ СПО «Барнаульский
базовый медицинский колледж»

Мы, не один год работающие с молодежью, уверенно можем сказать, что молодое семейство должно быть здорово. Физическое, психическое и нравственное здоровье супругов - фундамент, на котором строится семья.

Число женатых и замужних студентов растет, и это устойчивая тенденция. В среднем, 10-15% студенческих семей имеют детей. Семейные студенты и учащиеся не хуже других студентов, и воспитывают детей не хуже опытных родителей. Семьи, в которых наблюдается духовная близость, психологическая совместимость и взаимоподдержка, - отличаются высоким уровнем стабильности. Студенческие семьи здесь не исключение.

23 апреля на базе ГОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» был проведен познавательный семинар для молодых студенческих семей в рамках социального проекта «Милосердию - да!». Зал общезнания, где он проходил, был полон до отказа. Семейные пары были удивлены и успокоены тем, что на время занятия «Школы молодой семьи» их дети под присмотром второкурсников будут играть, рисовать. А сами ребята просто светились от радости, когда

с ними играли в мяч, а потом им читали книги!

В это же время студенческие семейные пары познакомились с основами психологической совместимости в семье, вопросами планирования, обсуждали проблемы контрацепции, последствия и вред аборта, влияние полезных и вредных привычек на становление семьи. Индивидуальные консультации оказывали юрист, педагог, психолог, врач акушер-гинеколог.

Проанализировав анкету, на вопросы которой ответили семейные пары, нас порадовал оптимистичный настрой молодежи. Были, конечно, и свои «минусы», которые отметили в анкетах около 20% респондентов:

Итак, студенческая семья. К несомненным ее «плюсам» можно отнести следующие моменты: возможность быть вместе приносит счастье; все проблемы поровну; учимся вместе преодолевать трудности; становимся самостоятельными; помогаем друг другу в учебе; ребенок «смоло-



ду»; учимся планировать все: количество детей, расходы, визиты в гости и т.д.

К «минусам» студенты отнесли: приходится подрабатывать, чтобы жить хорошо; дефицит времени; иногда непонимание друг друга, «горячность», раздражение; ограниченно (исключено) время общения с друзьями (подругами); нагрузка увеличивается во время сессии; приходится вставать раньше.

Интересны высказывания самих семейных пар:

◆ «Проведение таких семинаров необходимо, так как многие семьи не представляют, как себя вести с ребенком и друг с другом» (возраст мужа - 24 года, жене - 21 год, супружеский стаж - 2 года, ребенок - 1);

◆ «С моей точки зрения, такие семинары будут полезны лишь тогда, когда будут приходиться «две половинки», а если пришел кто-то один, то результат нулевой. Но как заставить мужа прийти на занятие?» (Возраст мужа - 20 лет, жене - 20, супружеский стаж - 1 год, ребенок - 1);

◆ «Семинар получил-ся познавательным, инте-

ресным. Все должны знать, что такое аборт, каковы его последствия, особенно - мужья!» (Возраст мужа - 25 лет, жене - 20, супружеский стаж - 1 год, ребенок - 1);

◆ «Мой муж был удивлен, узнав, что есть такое множество способов предохранения. Он сказал, что на аборт я не пойду точно» (Возраст мужа - 19 лет, жене - 18, детей нет).

Мы были рады, что общение состоялось и оказалось полезным как для семейных пар, так и для студентов, участников проведения семинара. Было приятно видеть удовлетворение на лицах докладчиков от того, что их внимательно слушали, тепло принимали. И еще более приятно видеть взрослеющие семейные пары наших студентов. С нескрываемым чувством гордости на лицах вчерашних невест и женихов, а сегодня уже новоиспеченных пап и мам.

По словам А.Моруа, «удачный брак - это строение, которое нужно каждый день реконструировать». Так пусть ваше строение будет крепким!

Счастливых и долгих вам совместных лет! ☺



«Здоровая семья - это здорово!»

Школы здоровья - школы профилактики»

Завьяловский район - уникальный по своим лечебным ресурсам. Еще в советские времена мне довелось ознакомиться с результатами исследования его запасов илово-сульфидных грязей и лечебно-столовой минеральной воды. Именно тогда, 20 лет тому назад, уникальному местечку между двумя озерами Соленое и Горько-Завьяловское Постановлением СОВМИНА РФ был присвоен статус курортной местности, а единственный в СССР профильный институт «Союзкурортпроект» по заказу Крайисполкома представлял проект курорта на 2000 мест и курортного поселка с таким же числом жителей, его обслуживающих. Хотелось бы надеяться, что этим планам предстоит сбыться, но уже в новом веке.



Наш визит в район - плановый. Побывав первый раз в районе с нашим проектом «Здоровая семья - это здорово!» накануне юбилея Завьяловской районной больницы в 2005 году, мы продолжали сотрудничество в основном через журнал «Здоровье алтайской семьи». Общественным представителем его в районе была **И.Ю. Карманова**.

Информация о состоянии здоровья завьяловцев, которую представил на встрече собравшимся заместитель Главы администрации района **А.В. Демчук**, прямо скажем, особым оптимизмом не отличалась. К сожалению, несмотря на целебные места, жители района по основным показателям заболеваемости, смертности не выделяются в

лучшую сторону, а по отдельным группам заболеваний имеют даже более неблагоприятную демографическую статистику, чем в крае.

Именно о демографической ситуации, заболеваемости, смертности, продолжительности и качестве жизни был наш разговор с активом района. Затронули мы и проблемы современной семьи. Среди участников нашего семинара-совещания были и главы администраций сельских поселений: с.Камышенка - **Ланкутей В.В.**; с.Туманово - **Федорова А.Н.**; с.Глубокое - **Ткаченко С.Н.**; с.Харитоновое - **Милованов Ю.И.**; с.Гилевка - **Усачев Н.А.**; с.Гонохово - **Маляренко В.А.**, секретари сельсоветов **Овечкина М.И.**, **Синичкина Л.М.** и другие. Ра-



ботники культуры и образования, библиотек, главный врач ЦРБ **Костромицкая М.В.**, также представители общественных организаций. Председатель районного Совета ветеранов **Ющенко З.И.** и коллеги по ветеранским организациям сел района. Особенно важно, что среди общественников было несколько председателей советов молодежи сел Гонохово, Светлое, Чистоозерка, Камышенка, Малиновский, райцентра Завьялово.

многих - сама постановка вопроса, информация, которую мы предоставили, была совершенно новой и даже несколько неожиданной. Те темпы «самоуничтожения», по которым мы - россияне опережаем всю планету, те прогнозы по продолжительности жизни, по уровню рождаемости, которые нас, нашу страну, ожидают, - многим, наверное, просто не были известны... Мы не питаем никаких иллюзий о том, что один разговор на такую непростую тему изменит ситуацию в рай-



Нам разговор понравился, именно какой-то особой заинтересованностью в обсуждаемой проблеме его участниками. Довольно много было вопросов. Нам показалось, что для

оно... Нет! Мы рассчитываем на то, что именно эти люди - медики, педагоги, работники социальных служб, библиотекари, лидеры-общественники - задумаются сами о том, какой образ жизни ведут лично они, какой он в их семьях, в их коллективах, и не просто задумаются, а сделают реальные шаги... Шаги простые и сложные одновременно! Нам очень хотелось донести до аудитории озабоченность этой проблемой, но еще важнее рассказать о том, что здоровье - это система знаний и умение и желание их применять в своей обычной повседневной жизни. И быть здоровым - нужно учиться.





АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты Алтайского краевого пульмонологического центра, пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»:

Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула, заведующая пульмонологическим отделением №2, врач высшей категории;

Инна Ивановна БЕЛЯКОВА, врач-пульмонолог;

Ирина Петровна СОКОЛ, врач-пульмонолог;

Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

Занятие 18

МИФЫ о бронхиальной астме

Миф №1

«Если кожные аллергопробы отрицательные, значит, аллергии нет»

На самом деле реальное отсутствие аллергии - только одна из возможных причин. Не исключено, что «вашего» аллергена просто не было среди тестируемых. Скажем, у вас аллергия к клещу домашней пыли одного вида, а тест проводился с другим (всего потенциально аллергенных видов клещей более 20). Или с «вашим» аллергеном кожные пробы вообще не проводятся: например, с плесневыми грибами, ядом перепончатокрылых насекомых, многими пищевыми продуктами и лекарствами. Кроме того, способность кожи «отвечать» на аллерген уменьшают некоторые лекарства: антигистаминные препараты, гормоны и даже бронхорасширяющие ингаляторы.

Миф №2

«В пищу нельзя употреблять рыбу (свинину, молоко, яйца, хлеб, орехи и т.д.), потому что в анализе крови выявлена аллергия»

Хорошо, если нашли аллергию только к лесным орехам. А если к 10-20 продуктам? Повышение в крови уровня специфических иммуноглобулинов Е при употреблении определенного пищевого продукта имеет значение, только если это сопровождается клиническими проявлениями: например, при употреблении рыбы возникают кожные высыпания или приступ астмы. Только в этом случае

надо исключить продукт из рациона. Если же человек ест рыбу без последствий, то положительные результаты анализа ничего не значат.

Миф №3

«Чтобы выявить аллергию на лекарства, надо провести обследование»

Достаточно достоверных и одновременно безопасных для человека методов выявления лекарственной аллергии на сегодня в практической медицине не существует. Непереносимость лекарств часто обусловлена не аллергией, а другими механизмами. Реальная потребность в подтверждении лекарственной аллергии возникает очень редко, когда жизненно необходимое лекарство нельзя ничем заменить. В подавляющем большинстве остальных случаев достаточно не принимать препарат, вызвавший аллергическую реакцию, и родственные ему по структуре лекарства.

Миф №4

«Если у человека одышка (или сухие хрипы в легких), то у него бронхиальная астма»

Одышка (в том числе и ее крайняя степень выраженности - удушье) возникает при множестве легочных и сердечных заболеваний. Хотя для бронхиальной астмы в отличие от многих других болезней характерны приступы удушья, не связанные с физической нагрузкой, этот признак не является абсолютным. Такие приступы возможны и при



других болезнях, а при астме приступы удушья могут отсутствовать. Сухие хрипы в легких чаще всего свидетельствуют о сужении бронхов, которое может быть вызвано астмой, но также и бронхитом (острым или хроническим) или другими причинами. В общем, по одному или двум признакам диагноз бронхиальной астмы поставить нельзя - необходимо обследование.

Миф №5

«Диагноз бронхиальной астмы ставится только в стационаре»

Это не так. Безусловно, пациенту с предполагаемой астмой нужна консультация пульмонолога или врача Астма-центра. Вне обострения обследование можно и нужно проводить амбулаторно (в поликлинике). Помимо анализа крови, ЭКГ и рентгенографии легких, оно должно включать исследование функции внешнего дыхания (спирографию - СПГ или ФВД) и, желательнее, кожные аллергопробы. При спирографии обязательно проводят пробу с бронхорасширяющим препаратом. ▶





Миф №6

«Ингаляторами пользоваться опасно, они вызывают привыкание и зависимость»

Это в корне неверно: при всех легочных болезнях, и астме особенно, ингаляционное лечение предпочтительно. Поскольку лекарство попадает непосредственно к месту действия - в бронхи, то достаточно и минимальных доз. При этом не возникает нежелательных действий на организм в целом (препарат почти не всасывается в кровь). Таким образом, ингаляторы и эффективны, и безопасны. Зависимости они также не вызывают. Другое дело, что астма, как любая хроническая болезнь, требует регулярного лечения, часто - в течение всей жизни. Но ни о какой зависимости речи не идет.

Миф №7

«Гормоны разрушают организм»

Ингаляционные гормоны безопасны и являются главным средством для лечения бронхиальной астмы. Короткий курс приема гормональных таблеток, без которого чаще всего нельзя обойтись при обострении, потребовавшем госпитализации, также достаточно безопасен. Серьезные нежелательные эффекты вызывает только длительное лечение преднизолоном или его заменителями.

Миф №8

«При бронхиальной астме надо 1-2 раза в год ложиться в больницу для капельниц»

Вне обострения астматику в больнице делать нечего. От капельниц с эуфиллином уже отказались в пользу небулайзерного лечения, а курсы капельниц с гидрокортизоном, преднизолоном или дексаметазоном вне обострения никакой пользы, кроме вреда, не принесут.

Миф №9

«Лечить астму надо только при обострении»

Надо понимать, что каждое обострение и даже каждый «небольшой» приступ - это выброс веществ, вызывающих воспаление в бронхах. Повторяющиеся эпизоды воспаления постепенно приводят к тому, что бронхи сужаются уже необратимо и одышка становится постоянной. Поэтому надо стремиться к постоянно хорошему самочувствию, чтобы о болезни напоминал только ингалятор в сумке, а не ежедневные приступы. Для этого надо лечиться ежедневно, а не от обострения к обострению.

Миф №10

«Для лечения астмы достаточно бронхорасширяющих препаратов»

Это не так. Основа лечения астмы - ингаляционные гормоны. Многократное использование бронхорасширяющих препаратов может привести к осложнениям со стороны сердца и дальнейшему прогрессированию заболевания. Если Вы часто пользуетесь бронхорасширяющими ингаляторами - это говорит о недостаточном контроле над заболеванием!

Приведем рекомендации, развеивающие еще несколько распространенных заблуждений

1. Не используйте раствор эуфиллина для ингаляций. При этом пути введения он абсолютно не действует.
2. Не принимайте теофедрин. Как раз это лекарство, содержащее эфедрин, вызывает зависимость и массу побочных явлений.
3. Наличие астмы не означает, что человеку нельзя принимать все антибиотики. Нельзя принимать только те лекарства, на которые была аллергическая реакция.
4. При астме и поллинозе (аллергии к пыльце растений) нельзя делать ингаляции с лекарственными травами. Это может спровоцировать сильный приступ.
5. Нетрадиционными методами можно лечить астму. Но только на свой страх и риск. И лучше иметь при себе ингалятор. ☺

УСПЕХОВ ВАМ!

Государственный художественный музей Алтайского края приглашает:

Май - июнь 2008г.

МЕРОПРИЯТИЯ:

► В рамках месячника «Поклонимся великим тем годам» для участников, инвалидов ВОВ и локальных войн - льготное посещение выставок музея.

► Программа «Музейная ночь-2008» (17 мая с 19.00 до 02.00ч.).

ВЫСТАВКИ:

7 мая - 8 июня: персональная выставка заслуженного художника России В.А. Раменского «ЖИВИ И ПОМНИ»:

- экскурсия «Волшебство черно-белых линий»;
- мультимедийное занятие «В мастерской художника-гравера».

Интерактивные занятия:

- «Сказки Алтайских гор» - знакомимся с алтайской сказкой;
- «Про ежа, собаку, кошку-забияку» - узнаем анималистический жанр;
- «Петух и красочки» - знакомство с приемами рисунка-комикса.

17 мая - 29 июня «У самовара я и моя Маша...».

Лоскутное шитье и антикварные самовары:

- «Волшебный лоскуток» - изготовление куклы-закрутки;
- «Наша-то хозяйка сметлива была...» - знакомство с традиционным семейным укладом;
- «Ой, Вы, гости-господа...» - традиции русского гостеприимства;
- «Кукольные посылки» - знакомство с играми и игрушками крестьянских детей;
- «Чашку чая выпиваю» - традиции русского чаепития.

17 мая - 17 июня «Мой город - моя семья». Итоговая выставка межрегионального смотра-конкурса детского рисунка (г.Барнаул - г.Кострома):

интерактивные программы:

- «Сам себе художник» - занятие по рисунку;
- «Путешествие Красочки» - занятие по истории красок;
- «Если видишь на картине...» - занятие по жанрам живописи.

17 мая - 20 июня «Лучшая семья - моя!». Фотовыставка работ жителей города и края.

Информационно-образовательный центр «Русский музей: виртуальный филиал». Мультимедийный кинотеатр.

В рамках месячника «Поклонимся великим тем годам»:

- «Образ воина-защитника Отечества в изобразительном искусстве» (на примере произведений ГХМАК).
 - «Художник и война» (фильм о спасении шедевров ГРМ во время ВОВ; рассказ о жизни и творчестве эвакуированных в годы войны на Алтай художников).
 - «Путь к Победе» (ВОВ в произведениях художников).
- Образовательные мультимедийные программы из цикла «Музей - детям»: «Рождение картины»; «Виды и жанры изобразительного искусства»; «Рассказы о Русском музее»; «Путешествие по Петербургу».

Семейный фольклорно-этнографический абонемент «Круг жизни». Занятия проводятся каждую субботу в 14.00 для детей с 5 лет с родителями или бабушками. **Тел. для справок 61-06-74.**



Эректильная дисфункция



Александр Израилевич
НЕЙМАРК,
заведующий кафедрой
урологии и нефрологии,
д.м.н., профессор,
Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,
доцент кафедры урологии
Алтайского государственного
медицинского университета,
кандидат медицинских наук



Эректильная дисфункция - неспособность достигать или поддерживать адекватную эрекцию, достаточную для удовлетворительной сексуальной активности.

Термин «**эректильная дисфункция**» (**ЭД**) введен с подачи национального института здравоохранения США, а затем принят ВОЗ как обязательный к применению во всем мире, поскольку считается необходимым употреблять более точный термин «эректильная дисфункция», а не устаревшее слово «импотенция», имеющее негативный подтекст.

В течение многих лет считалось, что ЭД - это скорее **психологическое**, чем клиническое **состояние**. Это ложное представление привело к тому, что мужчины, страдающие ЭД, часто несправедливо несли на себе это клеймо. Также можно легко недооценить обусловленные ЭД страдания, приходящиеся на долю как больного, так и его партнерши, - ведь ЭД наносит сильный удар по взаимоотношениям пар.

В настоящее время без всяких сомнений признается, что **ЭД является хроническим состоянием, которое часто связано с соматическими заболеваниями или с приемом лекарственных препаратов при лечении этих заболеваний**. Более того, ЭД является в значительной степени излечимым состоянием, и так как сексуальное здоровье является важным компонентом общего благополучия человека, то клиницистам следует считать сексуальное здоровье пациента-мужчины таким же важным, как и его общее физическое здоровье. Эта проблема встречается у миллионов мужчин во

всем мире и в последнее время пользуется повышенным вниманием как ученых, так и общества. Так, в США ЭД различной степени тяжести встречается у **30млн.** и еще у **152млн.** - в других странах мира, а результаты недавних исследований предсказывают, что к 2025г. ЭД будут страдать **322млн.** мужчин во всем мире. Хотя ЭД может иметь место в любом возрасте, она чаще встречается у пожилых людей либо как результат возрастных физиологических изменений, либо под действием многочисленных возрастных факторов риска.

Как правило, пациенты, имеющие определенные нарушения, связанные с эрекцией, не только испытывают сексуальную неудовлетворенность, но также страдают от затруднений во взаимоотношениях с партнерами, семьей и в социальном плане. **Неспособность к полноценной половой жизни является, пожалуй, одной из самых сильных эмоциональных травм любого мужчины.** Образ сильного не только духом, но и телом мужчины воспет в классических произведениях всех народов, культур и времен. Недаром этому вопросу уделялось и уделяется такое пристальное внимание.

При изучении заболеваемости эректильной дисфункцией необходимо иметь в виду, что сбор данных относительно ее распространенности существенно затруднен. Сложность вопроса состоит в том, что,

несмотря на огромное количество проведенных исследований в этой области, точного ответа на вопрос о распространенности эректильной дисфункции получено не было.

Во-первых, это связано со специфическим отношением пациентов к этой проблеме, ведь далеко не каждый мужчина склонен обсуждать свою половую жизнь с любыми посторонними, в том числе с врачами. **Во-вторых**, ряд пациентов имеют удовлетворяющую их половую жизнь, несмотря на проблемы с эрекцией, то есть при анкетировании или опросе они оценивают себя как здоровые. И, **в-третьих**, сама специфика проведения социологических исследований в этой сфере не позволяет дать исчерпывающе точный ответ на вопрос о распространенности эректильной дисфункции.

Помимо вышеуказанных причин также необходимо иметь в виду, что зачастую публикуемые данные о распространенности эректильной дисфункции основаны на субъективных данных, и тем самым не могут быть достоверно подтверждены. Подобная ситуация, скорее всего, имеет место как в России, так и в большинстве развитых стран мира.

Мужчины с нормальной эректильной функцией отмечали, что они больше чем удовлетворены половой жизнью, в то же время мужчины с неполной эректильной дисфункцией отмечали невысокий интерес к половой жизни и в какой-то степени ею недовольны. Мужчины с полной эректильной дисфункцией отмечали, что они больше чем просто не удовлетворены своей половой жизнью, а взаимоотношения с партнерами и удовлетворенность самого партнера были оценены



как неудовлетворительные. Другими словами, отмечается неудовлетворенность мужчин половой жизнью, взаимоотношением с партнерами и удовлетворенностью самого партнера на фоне половых расстройств. Из-за половых расстройств большинство мужчин с признаками эректильной дисфункции не совершают достаточное, как им кажется, количество половых актов.

СВЯЗЬ ЭД С ОСНОВНЫМИ И ВОЗМОЖНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания, бесспорно, являются наиболее важными факторами риска развития эректильной дисфункции. Кроме того, выделяют следующие заболевания и факторы риска, при которых может развиваться ЭД:

- ◆ системные заболевания: атеросклероз, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, почечная недостаточность, печеночная недостаточность;

- ◆ неврологические заболевания: болезнь Альцгеймера, множественный склероз, повреждения спинного мозга;

- ◆ патология полового члена: болезнь Пейрони (кавернофиброз);

- ◆ психические заболевания и состояния: депрессия и так называемые «синдром менеджера» или «синдром хронической усталости»;

- ◆ эндокринные заболевания: гипертиреоз, гипотиреоз, гипогонадизм, гиперпролактинемия;

- ◆ тазовые: травмы, хирургические вмешательства, лучевая терапия области таза;

- ◆ урологические: простатэктомия, которая выполняется при раке простаты;

- ◆ употребление алкоголя;

- ◆ курение;

- ◆ прием лекарственных препаратов - гипотензивные, антидепрессанты, гормоны, транквилизаторы.

Следовательно, к группам риска развития эректильной дисфункции следует отнести мужчин:

- ◆ перенесших операции на мочеполовых органах;

- ◆ принимающих кардиальные, гипотензивные, гипогликемические препараты и антидепрессанты;

- ◆ с индексом массы тела больше 26.

А к факторам риска развития эректильной дисфункции:

- ◆ курение сигарет больше 20 штук в сутки;

- ◆ чрезмерное употребление спиртных напитков;

- ◆ сахарный диабет,

- ◆ артериальная гипертензия,
- ◆ артрит,
- ◆ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,
- ◆ ведение нерегулярной половой жизни,
- ◆ хронические стрессы (в частности, безработица или неудовлетворенность собственной работой.).

Лечение пациентов с ЭД долж-

но быть комплексным, всесторонним. Обязательным и самым главным помощником врача в этом случае является «вторая половинка».

К идеальной терапии предъявляются следующие требования: простота, неинвазивность, безболезненность, высокая эффективность, редкость и малая выраженность побочных эффектов.

Школа оценки эректильной функции

Эта анкета предназначена для оценки Вашего сексуального здоровья и поможет Вашему врачу выявить какие-либо нарушения эрекции. Ответьте на вопросы и передайте эту анкету врачу в начале консультации, чтобы он мог дать Вам необходимые рекомендации. Каждый вопрос содержит 5 вариантов ответов. Вы можете выбрать только один вариант.

1. Как часто вы можете достигнуть эрекции во время полового акта?

Почти никогда или никогда - 1
 Несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) - 2
 Иногда (примерно в половине случаев) - 3

Большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) - 4
 Почти всегда или всегда - 5

2. Когда у Вас возникает эрекция во время сексуального возбуждения, как часто она достаточна для введения полового члена во влагалище?

Почти никогда или никогда - 1
 Несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) - 2
 Иногда (примерно в половине случаев) - 3

Большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) - 4
 Почти всегда или всегда - 5

3. Как часто во время полового акта Вы способны поддерживать эрекцию после введения полового члена во влагалище?

Почти никогда или никогда - 1
 Несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) - 2
 Иногда (примерно в половине случаев) - 3

Большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) - 4
 Почти всегда или всегда - 5

4. Во время полового акта насколько трудно Вам поддерживать эрекцию до завершения полового акта?

Чрезвычайно трудно - 1
 Очень трудно - 2
 Трудно - 3
 Немного трудно - 4
 Нетрудно - 5

5. Насколько часто вы испытываете удовлетворение от полового акта?

Почти никогда или никогда - 1
 Несколько раз (гораздо меньше половины этого времени) - 2
 Иногда (примерно в половине случаев) - 3

Большинство раз (гораздо чаще, чем в половине случаев) - 4
 Почти всегда или всегда - 5

Сложите очки и оцените степень эректильной дисфункции:

22-25 – норма;
 17-21 – легкая степень;
 12-16 – умеренно-легкая степень
 8-11 – умеренная степень
 5-7 – тяжелая степень

Если Вы набрали менее 22 баллов, обратитесь к врачу для установления диагноза и назначения лечения.

AMS опросник возрастных симптомов мужчины

Какие из симптомов наблюдаются у вас в настоящее время? Отметьте соответствующие ответы для каждого симптома. Отсутствующие симптомы отметьте как ответ «Нет».

1. Ухудшение самочувствия и общего состояния (общее состояние здоровья, субъективные ощущения):

нет (1),

слабые (2),
 умеренные (3),
 выраженные (4),
 очень выраженные (5)

2. Боли в суставах и мышечные



боли (боли в нижней части спины, боли в суставах, боли в пояснице, боли по всей спине):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

3. Повышенная потливость (неожиданные/внезапные периоды повышенного потоотделения, приливы жара, независимые от степени напряжения):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

4. Проблемы со сном (трудности с засыпанием, на протяжении сна, с ранним пробуждением, чувство усталости, плохой сон, бессонница):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

5. Повышенная потребность в сне, частое ощущение усталости:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

6. Раздражительность (ощущения агрессивности, раздражения по пустякам, уныние):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

7. Нервозность (внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

8. Тревожность (приступы паники):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

9. Физическое истощение/упадок жизненных сил (общее снижение работоспособности, пониженная активность, отсутствие интереса к занятиям досуга, сниженная самооценка, неудовлетворенность сделанным, достигнутым, необходимостью заставлять себя проявлять активность):

- нет (1),

- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

10. Снижение мышечной силы (ощущение слабости):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

11. Депрессия (чувство подавленности, грусти, слезливость, отсутствие стимулов, колебания настроения, чувство бесполезности):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

12. Ощущение, что жизненный пик пройден:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

13. Опустошенность, ощущение «дошел до ручки»:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

14. Уменьшение роста бороды:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

15. Снижение способности и частоты сексуальных отношений:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

16. Снижение количества утренних эрекций:

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

17. Снижение сексуального желания/либидо (отсутствие удовольствия от секса, отсутствие желания сексуальных контактов):

- нет (1),
- слабые (2),
- умеренные (3),
- выраженные (4),
- очень выраженные (5)

Также обязательным является проведение **полноценного урологического обследования**: исследование на инфекции, передающиеся половым путем, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, доплерография (запись кровотока) сосудов полового члена, проведение теста на медикаментозно-индуцированную (вызванную с помощью медицинских препаратов) эрекцию.

После этого **больному подбирается индивидуальный курс лечения**, который будет включать и противовоспалительную терапию конгестивного (застойного) простатита, имеющегося у данной категории пациентов (см. статью в предыдущих номерах), физиолечение, общеукрепляющие методы. Весь комплекс направлен на возврат мужчине-пациенту сексуального здоровья, радости полноценной жизни и гармонии семейной жизни.

Существующие на сегодняшний день методы лечения делятся на **консервативные** (с помощью препаратов) и **хирургические**. Каждый из них имеет свои показания и противопоказания, которые определяются только врачом и строго индивидуально. Хирургическое лечение осуществляется на сосудах полового члена. В тех случаях, когда пациенту возможно и показано консервативное лечение современными и наиболее физиологически адаптированными являются лекарственные средства, стимулирующие и поддерживающие эрекцию - Левитра, Виагра, Сиалис.

В заключении хотелось бы еще раз подчеркнуть, что качественное лечение пациентов с ЭД подразумевает тесный и доверительный контакт между пациентом и врачом и исключает самолечение. ☺

БАЛЛЫ

17-26	не выражены
27-36	слабо выражены
37-49	средней выраженности
более 50	резко выражены

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ

ШКОЛА приемных родителей



Адаптация приемного ребенка в замещающей семье

СВЕТЛАНА АНАТОЛЬЕВНА КАЛМЫКОВА,
психолог детского дома «Приют», г.Барнаул

Дети, разлученные с кровной семьей и помещенные в приемную, сталкиваются с проблемой разрыва близких отношений и необходимостью формирования новых привязанностей.

У детей из детских домов есть такая особенность в поведении: они ко всем легко идут на руки, с такой же легкостью называют взрослых «мама» и «папа», - и так же легко отпускают. То, что внешне выглядит как неразборчивость в контактах и эмоциональная прилипчивость, по сути является попыткой добрать качество за счет количества. **Дети стараются своими силами от разных людей в общей «сумме» получить тепло и внимание, которые они должны были получить от близких.** Большинство детей воспринимают и ждут новую семью как средство исцеления от одиночества и покинутости, с надеждой на то, что в их жизни еще будет все хорошо.

Однако простого перемещения в новую жизненную ситуацию не всегда достаточно для того, чтобы эта «новая» жизнь сложилась хорошо: ведь прошлый опыт, привычки и страхи остаются с ребенком.

Иногда взрослые настаивают на усыновлении ребенка в младшем возрасте из соображений, что в этом возрасте он «как чистый лист», у него отсутствуют воспоминания, а если они и есть, то он очень быстро «все забудет».

Давайте разберемся. Во-первых, «чистых листов» не бывает. Лю-

бой **новорожденный ребенок уже имеет свой характер**, свои особенности, и может расти абсолютно не похожим на вас ни внешне, ни внутренне.

Во-вторых, **насколько быстро ребенок забудет то плохое, что было в его жизни, зависит не от возраста, а от отношений в новой семье**, в том числе от степени уважения, с которой новая семья отнесется к его прошлому.

Описание процесса свывкания с утратой отражает прежде всего **внутренние переживания**. При этом можно проследить четкую динамику в процессе установления внешних отношений между ребенком и теми людьми, которые о нем заботятся и волею обстоятельств становятся для него самыми близкими, в той или иной степени заменяя родителей.

Как же сделать так, чтобы, перешагнув порог вашего дома, ребенок захотел в нем остаться? Прежде всего, необходимо, чтобы ребенка ничего не испугало, не вызвало отрицательных эмоций или не насторожило. Как правило, на членов семьи у ребенка реакция разная и предпочтением сначала он отдает кому-то одному, даже в ущерб отношениям с другими. Почему именно так это происходит - взрос-



лому иногда трудно понять, а дети не могут объяснить свои чувства. Но, несмотря на эти различия, в поведении детей можно отметить некоторые общие закономерности.

Поведение и самочувствие ребенка не остается постоянным, оно постепенно меняется по мере того, как он осваивается в новой обстановке. Опыт показывает, что **адаптация ребенка к новой семье происходит примерно в течение года**, и условно ее можно поделить на три стадии.

Первая стадия характеризуется как «Идеализированные ожидания», или «Медовый месяц».

Приемным родителям хочется отдать ребенку всю накопившуюся любовь, потребность в ней. Ребенок испытывает удовольствие от своего нового положения, он готов к жизни в этой семье. Одним словом, *каждая из сторон полна надежд и старается понравиться другой.* Поэтому здесь можно отметить опережающую привязанность друг к





◀ другу. Многие дети сразу же начинают называть взрослых «папой» и «мамой». Но это всего лишь означает, что они только хотят любить новых родителей. Ребенок испытывает и радость, и тревогу одновременно, что приводит его в лихорадочно-возбужденное состояние. Дети становятся суетливыми, непоседливыми, они не могут долго сосредоточиться на чем-то конкретном.

Во младенчестве и раннем детстве (до трех лет) привязанность легко возникает в отношении того, кто постоянно ухаживает за ребенком.

В первый месяц в новой семье брат и сестра 6-летняя Варя и 9-летний Вадим (все имена оп этическим соображениям изменены) с удовольствием выполняли все, что предлагали взрослые. Неожиданно для многих Вадим начал очень хорошо учиться (в детском доме успехи были более, чем скромные). Успехами очень хотел радовать т.Веру и д.Колю (приемных родителей). Варя помогала по дому, отзывалась на любые просьбы взрослых, много смеялась, хорошо и с удовольствием ела.

Примерно через месяц трудности реальных отношений разрушают образ «сбывшейся мечты». Тогда и наступает **первый кризис:** привязанность ребенка к старой семье еще сохраняется, а к новой пока не сформировалась, привыкание к смене требований и правил - проходит трудно для него и вызывает протест. В результате - возникают «установочные конфликты», которые являются естественной частью приспособления семьи и ребенка друг к другу.

Достаточно часто в первые дни после размещения дети требуют, чтобы их отвезли обратно в детский дом. **Подобное желание может быть продиктовано смесью разных чувств:**

- ◆ боязнь полной зависимости от малознакомых людей;
- ◆ стремление сохранить контроль над ситуацией и потребность в безопасности («я сам решаю, где мне быть»);
- ◆ проверка отношений («действительно ли я вам так нужен, что вы сможете меня удержать»);
- ◆ ребенок просто может соскучиться по людям, которые раньше заботились о нем.

Варя иногда начинала горько плакать без видимых на то причин; Вадим - замыкался, молчал. Дети

говорили, что хотят к маме, бабушке, а еще к Валентине Леонидовне (воспитателю детского дома). Приемные родители терпеливо объясняли брату и сестре: «Теперь ваш дом - здесь, и мы хотим, чтоб вы жили с нами, в детский дом мы позвоним, съездим, чтобы навестить друзей, а бабушка сама приедет к нам в гости».

На что нужно обратить внимание родителям на этой начальной стадии адаптации, чтобы первые дни пребывания ребенка в семье были менее травматичны?

1. Старайтесь быть с ребенком как можно чаще вместе, говорите с ним о том, что ему интересно. Слушайте его.

2. Постарайтесь первое время придерживаться режима учреждения, из которого взят ребенок.

3. Выясните его предпочтения в еде. Не настаивайте, если ребенок будет отказываться от каких-либо продуктов, со временем он все это начнет есть сам.

4. Не стоит вываливать на него горы игрушек - они могут и не вызвать ожидаемую бурю восторга. К тому же маленького ребенка непривычные игрушки могут напугать.

5. Не спешите выдать ребенку все удовольствия в максимальных количествах и сразу. Не торопитесь перегружать ребенка впечатлениями. Необходимо, чтобы он чувствовал себя дома защищенным, а главное здесь - стабильность и отсутствие избыточной новизны.

6. Привлекайте ребенка к выполнению мелких поручений, поощряйте его инициативность и самостоятельность. Проявите терпение, а время, внимание и любовь помогут Вам!

7. Объясните ребенку приемлемым образом необходимость перемещения («правда не должна уничтожать»).

8. Сообщайте ему о том, что будет происходить в ближайшее время и какие планы на будущее.

9. Выделите конкретное место только для ребенка, определите конкретное заботящееся лицо в настоящий момент.

10. Сохраните имя и фамилию ребенка, его любимые вещи и допустимые привычки.

Взрослым очень хочется, чтобы процесс привыкания проходил как можно более гладко. В действительности же, **в каждой новой семье случаются периоды сомнений,**

подъемов и спадов, тревог и волнений.

Никто заранее не может предугадать, какие неожиданности могут возникнуть.

Со временем «установочные конфликты» становятся реже, и возникают только по значительным поводам.

Так наступает вторая стадия - «Живание», или «Собственно адаптация».

В следующие 2-3 месяца начинают проявляться **психологические барьеры:** несовместимость темпераментов, черт характера, привычек приемных родителей и ребенка. Первые впечатления схлынули, эйфория прошла. Пока это было в новинку, ребенок почти беспрекословно подчинялся, но вот новизна исчезла, и он пробует себя вести как и прежде. Теперь ребенок вдруг понимает, что в каждой семье действуют другие, свои правила. И начинается кропотливый и длительный процесс привыкания членов семьи к взаимным потребностям, особенностям друг друга.

Эта стадия характеризуется появлением сильных, иногда взаимоисключающих эмоций. Такой ребенок может быть послушен, даже весел, вызывая удивление у взрослых: «ему все нипочем». Главная особенность поведения ребенка на этой стадии состоит в том, что он бессознательно не воспринимает потерю прежней семьи. Ребенок живет, изо всех сил стараясь не думать о том, что произошло, словно плывет по течению. Но такое состояние тянется не долго.

Далее может последовать «взрыв» переживаний. У некоторых детей (дошкольников, младших школьников) могут наблюдаться необъяснимые капризы и слезы «без повода», приступы злобы, усталости или тревоги, они становятся слишком требовательными и капризными, может возобновиться энурез.

Либо же «найдут выход» соматические и поведенческие проявления вытесняемых переживаний: рассеянность, расстройство деятельности, требующей сосредоточенности и логики, ночные кошмары, расстройства желудочно-кишечного тракта и сердечной деятельности и т.п. Многие адаптирующиеся к новым жизненным условиям подростки начинают вести себя в школе заметно хуже и внезапно становятся мрачными и агрессивными. ☹



“Здоровая семья – это здорово!” 2008 году



С сообщением по программе «Школа профилактики артериальной гипертонии. Научи учителя» выступила координатор программы д.м.н., профессор, руководитель Алтайского краевого научного общества кардиологов **Г.А. Чумакова**.

Координатор проекта «Школа ответственного родительства» к.м.н. **С.Д. Яворская** представила участникам результаты исследования состояния здоровья девочек типичного для края Ключевского района. Причем исследование проводилось в трех поколениях семей, а выводы и рекомендации, сделанные по его результатам, могут быть применены практически в любом из районов края.

Л.А. Плигина - Президент Профессиональной сестринской ассоциации - рассказала о том, как реализуется совместная инициатива Ассоциации и Фонда «Содействие» - «Начни с себя» - по оздоровлению работников сестринских коллективов.

Участники семинара были единодушны в том, что необходима активизация работы по реальному запрещению курения в медицинских учреждениях, учебных заведениях, готовящих медицинских работников. И такой запрет курения должен касаться и пациентов, и медиков. Хотелось бы поддержки таких действий, особенно со стороны студентов медиков.

По итогам внутреннего конкурса фонда «Содействие» оказана поддержка 20 «общественным школам здоровья» в Бурлинском, Краснотуркменском, Топчихинском, Целинном, Благовещенском, Рубцовском районах, а также пяти сестринским коллективам медицинских учреждений по рекомендации Правления Ассоциации.

То, что навыкам здорового образа жизни нужно обучать, уже ни у кого не вызывает сомнения. Но слова - не дела. На самом деле существует серьезная проблема передачи таких знаний. Нет навыков у медиков, и не только навыков, но и специальных знаний, методологии такого обучения не хватает. Нет пособий, видеоматериалов, плакатов, раздаточного материала. **Профилактика должна быть отнесена к высоким технологиям!** - такое предложение прозвучало на семинаре. Для проведения этой работы должны быть выделены соответствующие ресурсы. Иначе мы никогда не выйдем из ситуации нарастания заболеваемости и смертности населения, и, что самое печальное, в молодом, продуктивном возрасте.

Сложилась хорошая традиция на таких семинарах делиться и личными достижениями и планами. Кто-то начал посещать спортивный зал, притом не одна, а с сыном. Помимо здоровья, это помогло расстаться с лишним весом - 8 кг! Это замечательный результат.

Т.В. Леер работает в участковой больнице Курьинского района, присоединилась к нашему проекту еще в 2006 году на обучающем семинаре в Шипуновском районе, а на тренинге присутствует впервые. Второму малышу в семье Леер только 9 месяцев. “Я обязательно буду заниматься пропагандой здорового образа жизни в своем селе и надеюсь, что в нашей семье будут еще дети”.

Вот такие наши активисты!



Участникам проекта **Т.С. Чертовских** (с. Бурла), **Л.Б. Ляпиной** (с.Целинное), **Н.Г. Арсеньевой** (г.Рубцовск), **Л.М. Сагайдачной** (Рубцовский район), **И.А. Егоровой**, **Г.А. Чумаковой**, **Н.И. Фадеевой**, **О.В. Ремневой**, **С.Д. Яворской** были вручены Благодарственные письма АКФПСИ «Содействие» за большую общественную работу по пропаганде здорового образа жизни, формирование системы «общественных школ здоровья», сподвижничество и участие в проекте «Здоровая семья - это здорово!».

Руководителям проекта Бурлинского, Калманского и Целинного районов для проведения мероприятий были вручены футболки и бейсболки с логотипом акции.



Л.А. Плигина



И.А. Егорова



Т.В. Леер



Т.С. Чертовских



Н.Г. Арсеньева и И.В. Козлова



О.В. Ремнева, С.Д. Яворская



С.Д. Яворская

В Завьяловском районе, апрель 2008 года

Именно эти шаги к здоровому образу жизни мы и обсуждали... и очень надеемся, что предложенная нами идея «общественных школ здоровья» найдет поддержку и последователей в Завьяловском районе.

Особо хотелось поблагодарить редакцию газеты «Светлый путь», местное телевидение за проявленный интерес к проблеме и популяризацию нашего проекта и журнала «Здоровье алтайской семьи».

Мы приняли участие в работе районной сестринской конференции, которую инициировала краевая Профессиональная сестринская ассоциация. Президент Ассоциации **Л.А. Плигина** ознакомила сестринский коллектив района с работой Ассоциации. Особенно много вопросов от работников прозвучало по проблеме повышения квалификации средних медицинских работников, аттестации. Высказывались серьезные претензии к качеству переподготовки специалистов, высокой стоимости образовательных услуг для медицинских работников со средним специальным образованием. Люди озабочены уровнем своей профессиональной подготовки, особенно в условиях все возрастающих требований к качеству медицинской помощи, появления современных технологий на селе.

Мне, как члену Общественной палаты края, немаловажно было ознакомиться с состоянием лекарственного обеспечения «льготников», так как именно эта проблема стала предметом пристального внимания вновь избранной Общественной палаты края.

Картина, скажем, типичная: число отказавшихся от ДЛО (дополнительного лекарственного обеспечения),

среди «федеральных льготников», нуждающихся в систематическом лечении, велико. Люди, забирая деньги, не всегда их направляют на лечение. Как следствие, увеличилась нагрузка на стационар, больные поступают в более тяжелых состояниях, требуется дорогостоящее лечение. Затраты на медикаменты для больных сахарным диабетом (60%) и бронхиальной астмой (30%) «съедают» практически все средства, выделенные для льготников.

Очень много конфликтов в связи с неотработанной системой поставки медикаментов при «забюрократизированной донельзя» процедуре получения рецепта и самих лекарств. Мнение общее: система ДЛО нуждается в изменениях. Прежде всего, предложения специалистов - обеспечить больных ряда нозологий, особенно сахарным диабетом, бронхиальной астмой препаратами за счет федеральных



средств. Выделяемые же средства краевым бюджетом направить на лечение больных гипертонией, беременных. Есть высказывания и такого рода, что, получая препараты,

многие больные, «подсаживаются на них», игнорируют другие формы поддержания своего здоровья, особенно те, которые требуют личного участия больного: изменение характера питания, дыхательная гимнастика и другие - а это очень часто вызывает ухудшение состояния. Качественная диспансеризация, выполнение больными в полном объеме рекомендаций врача, в том числе и по изменению образа жизни, школы для больных, как форма лечения, - облегчат состояние больных и в значительном числе случаев снизят зависимость от лекарственных препаратов.



Мы ознакомились с Центром восстановительной терапии, который расположен в реликтовом сосновом бору на территории ЦРБ. Лечение в нем можно принимать круглогодично, а хорошая лечебно-диагностическая база ЦРБ позволит оптимально использовать и природные факторы (грязи, рапа, минеральная вода) и физиолечение, при необходимости провести нужные исследования, консультации специалистов. Условия пребывания в Центре улучшаются: одно-двух местные номера, есть номера повышенной комфортности, сауна, паро-аэрозольная камера, завершается оформление тренажерного зала, фитобара. Устанавливаются теннисные, бильярдные столы. Если вы прибыли не на общественном транспорте, ваш автомобиль размещают на охраняемой стоянке.

Кстати, мы поинтересовались, каковы показания к направлению в отделение восстановительного лечения. Это - заболевания костно-мышечной, периферической и центральной нервной систем; хронические воспалительные заболевания мужской и женской половой сферы, в том числе и бесплодие; неинфекционные заболевания кожи (псориаз, нейродермиты).

