

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№7 (67)  
ИЮЛЬ  
2008







### Два миллиона пятьсот тысяч и тридцать пять тысяч шагов к нашему общему здоровью...

Общественность России активно обсуждает Концепцию развития России до 2020 года (4 июля состоялось ее обсуждение на пленарном заседании Общественной палаты России).

Решающее значение в этом документе отведено развитию человеческого капитала. Роль человека из контекста программного документа сводится не только к чисто социальным моментам, но и выстраивается в цепочку «демократия - человек - технологии», что еще больше подчеркивает то, что невозможен переход к инновационной модели развития страны без действующих (а не имитационных) механизмов демократии.

При том, что эксперты высказывают самые различные мнения по принципиальным разделам стратегии (проблемам безопасности, безработицы, производительности труда, доступного жилья и другим), причем зачастую диаметрально противоположные, практически все единодушны в необходимости кардинальных изменений в системе здравоохранения.

Как заявил первый вице-премьер Правительства России Игорь Шувалов, «проект концепции развития России в основном готов, однако на самые ключевые вопросы - развитие здравоохранения, пенсионное обеспечение - пока ответов нет».

«В общественном сознании укоренилась мысль, что государство проводит преобразования в здравоохранении с целью экономии бюджетных средств. Эта мысль ошибочна. Правда заключается в том, что государство неэффективно расходует средства на выполнение своей функции, - говорит губернатор Пермского края Олег Чиркунов и предлагает свою «конкурентную модель здравоохранения». По его логике, государство в лице управления здравоохранением должно быть отделено от медицинских учреждений, оно не «отвечает» за них, а покупает у них услуги. В конкурсе же на получение заказа участвуют на равных все - муниципальные, краевые, федеральные и частные медицинские учреждения. Не свойственные же медицинским учреждениям функции - переработка мусора, стирка белья - должны быть отданы на «аутсорсинг».

Другие эксперты высказываются категорично против роста объема платных услуг в здравоохранении и утверждают, что «гарантированная государством бесплатная медицинская помощь на глазах превращается в фикцию. И дело не в финансировании отрасли - оно значительно выросло. В 2008 году бюджет выделен здравоохранению в размере 4,8% ВВП (почти 2 трлн.рублей) против 2,9% ВВП в 2004 году. Дело в принципе сметного финансирования. Бюджетные организации рассматривают бюджетные деньги как плату за факт самого их существования. Больному есть куда прийти, и за это скажите спасибо».

Член Общественной палаты России, руководитель Института современного развития Игорь Юргенс убежден, что «планируемого увеличения доли ВВП на здравоохранение к 2020 году в размере 6,5-7% явно недостаточно, чтобы решить поставленную задачу - обеспечить к 2012 году доступность качественных медицинских услуг - и достичь связанных с ней демографических целей» - и предостерегает, что произвольный выбор многих цифровых ориентиров, особенно в части, связанной с социальным развитием, чреват негативной реакцией общественности, особенно когда станут очевидны эти целевые параметры. К таким «очевидным пробелам» он относит демографические вопросы. «Так, к 2020 году предполагается снизить смертность от болезней системы кровообращения с нынешних 860 случаев на 100000 человек до 600 (при этом немаловажно отметить, что этот показатель еще в 1990-х годах составлял во Франции - 182, Австралии - 197, Канаде - 238). Как можно при таких планах заявлять, что уже к 2020 году средняя продолжительность жизни в России достигнет 75 лет?...».

Глава РСПП Александр Шохин предложил правительству «форсировать реформы в здравоохранении» и незамедлительно осуществить пилотные эксперименты по внедрению государственно-частного партнерства: передачи клиник в концессию или под управление частным структурам.

В нашем крае в течение месяца проходило обсуждение Концепции развития здравоохранения Алтайского края до 2013 года. Ее разработка - выполнение прямого поручения губернатора Алтайского края А.Б. Карлина.



№07 (67) июль 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  
 22.07.2008г.

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.Чкалова, 228.  
 Тел. (3852) 38-33-59

**Подписной индекс -  
 73618**

**На обложке: ОЛЬГА ДЕНИСОВА,**  
 солистка детского вокально-  
 хореографического коллектива  
 «Коробейники», г.Новоалтайск

# Содержание

Два миллиона пятьсот тысяч и тридцать пять тысяч шагов к нашему общему здоровью...	2
Концепция развития здравоохранения Алтайского края получила одобрение...	3
Обсуждаем концепцию развития здравоохранения края (по материалам IV краевого съезда врачей). Четвертый съезд врачей Алтайского края одобрил концепцию развития здравоохранения края до 2013 года	4-7
А.М. Томишина. Хламидийное поражение глаз	8-9
Можно ли управлять темпераментом?	10
А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк. Мужской климакс - новый диагноз XXI века	11-12
Напитки здоровья	13-14
Ягодное здоровье	14
Здесь не танцуют - живут на сцене!	15
Мир и медицина	16
Все перемены - к лучшему: изменение условий по вкладам в Сбербанке России ОАО	17
Г.А. Стефановская. Гестационный сахарный диабет (диабет беременных)	18-19
Семь способов перестать быть несчастным	20
В.Д. Бабак. Формирование здоровья учащихся в условиях образовательной школы	21-22
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b> Т.А. Суразакова. Обучился сам - обучи другого	23-24
Л.П. Полякова. Эмоции и здоровье	24-25
Л.А. Плигина. «Специалист новой формации - зона эффективности в здравоохранении»	26
Мир и медицина	27
Ребенок и компьютер	28
Помочь ребенку узнать свой пол	29-30
Черная смородина	31-32
Жизненная энергия цвета	32
Я поведу тебя в музей	33
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b>	34-35
Мир и медицина	36
Тест: Вы нравитесь другим людям?	37-38
<b>СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА.</b> Папа, не пей!.. За алкоголизм расплачиваются и непьющие	39-40
С.А. Калмыкова. Тайна усыновления... Быть или не быть?	40-42
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Лечебная кулинария	43-44
Для чего нужны друзья?	45-46
Мир и медицина	47
А вы знаете, что...	48



# Два миллиона пятьсот тысяч и тридцать пять тысяч шагов к нашему общему здоровью...

## ОТ РЕДАКЦИИ

Предварительное обсуждение Концепции по инициативе Управления по здравоохранению и фармакологической деятельности Алтайского края прошло с привлечением специалистов практически всех ЛПУ края (муниципальных, краевых), ученых, общественности, - и обобщенный вариант этого «коллективного труда» стал предметом обсуждения **IV краевого Съезда врачей**, состоявшегося 2 июля т.г.

По мнению участников форума, в целом документ объективно отражает состояние здоровья населения края и содержит довольно логичную программу действий по улучшению ситуации в отрасли.

Безусловно, это субъективное ощущение, но впервые за последние годы в настроениях медицинской общественности почувствовался, мы бы даже сказали, некий **оптимизм, желание высказаться по проблемам, сформировать предложения по изменению ситуации в отрасли и надежда быть услышанными...**

Убеждены, что многим довольно конструктивным и даже революционным идеям суждено реализоваться.

Для этого есть все предпосылки - и политические (губернатор в своем выступлении на Съезде однозначно высказался за то, чтобы Концепция носила четкий и подкрепленный ресурсами характер, а любые принимаемые планы социально-экономического развития должны содержать медицинскую компоненту), и финансово-технологические (решение о строительстве ряда федеральных центров, координация и объединение возможностей территориальных и технологических сопричастных ЛПУ), и потребность в переменах созрела в самом медицинском сообществе.

Но в достижении любых, самых великих, целей не бывает мелочей...

Побеждает тот, кто дает максимальную экономическую отдачу при минимальных вложениях. *Мы - за! строительство центров высоких технологий, но не считаем, что работа ФАПов, врачебных амбулаторий, всего первичного звена в*

*совокупности при их надлежном, эффективном использовании могут дать меньший социальный эффект.*

Оптимизация затрат - это мировые тенденции в решении социальных проблем. Как аргумент - итоги встречи восьми крупнейших экономистов мира (пять из которых - Нобелевские лауреаты) на конференции «Копенгагенский консенсус», который проводится раз в 4 года. В июне т.г. они предлагали виртуальному «земному правительству» способы решения 10 наиболее больших проблем человечества.

Первой в десятке названа ими **проблема голода и недостаточного питания**. Вложение в улучшение питания, по мнению «копенгагенских мудрецов», эффективнее борьбы с болезнями: витамины дешевле лекарств, а хорошо питающиеся люди меньше болеют. **Недоедание и плохое питание становятся причиной 35% заболеваний детей в возрасте до 5 лет. Важно не количество пищи, а качество питания;** а далее следуют предложения по обогащению продуктов питания железом и йодом **и обучению людей здоровому питанию**.

При этом во всех рекомендациях акцент делается на детей до 5 лет. Аргумент прост - **детей спасать гораздо «выгоднее»**, у них впереди еще много лет пока еще ничем не скорректированной жизни.

В ходе всероссийской диспансеризации в 2002 году было выяснено, что проблемы со здоровьем есть более чем **у двух третьих российских детей**. Лидируют болезни костно-мышечной системы, связанные с недостатком кальция и других микроэлементов в организме. Далее следуют нарушения пищеварительной и эндокринной систем, а также болезни глаз и органов дыхания - многие из-за неправильного питания.

**Если верить «копенгагенским мудрецам», то большинство мировых проблем решаются именно на микроуровне... Нужно только обучить людей и вовлечь в решение поставленных задач.**

Может быть, понимание важности человеческого фактора стало причиной того, что Герман Греф, возглавляющий в настоящий момент Сбербанк России, обратился к каждому из 265000 сотрудников банка с письмом, в котором предлагается «начать реформы с себя!».

*«...Чтобы превзойти конкурентов (то есть достичь цели - прим. ред.) в большом, каждый из нас должен начать с малого - посмотреть на себя, оценить свою работу и коллектив со стороны... В этом и есть смысл перемен: делать лучше и эффективнее каждодневные, ранее привычные, дела, привести в порядок свое рабочее место, организовать рабочее пространство, чтобы все было под рукой и любые операции занимали меньше времени, инициировать изменения, стать более терпимыми к недостаткам других и... не откладывать работу над собой!.. Одно улучшение, сделанное каждым сотрудником в день, - это почти 100 миллионов в год, - пишет Греф. - Теперь Вы не можете сказать, что Вам кто-то что-то не разрешил, если Вас об этом лично попросил президент банка».*

**В Резолюции прошедшего краевого IV Съезда врачей нет такого прямого обращения к каждому из тридцати пяти тысяч медицинских работников, ко всем 2,5млн. жителям края - внести свою лепту в изменение ситуации в здравоохранение, в качество здоровья жителей края. Но весь дух мероприятия, выступления на нем специалистов предполагают именно такое переосмысление своей роли медицинскими работниками для кардинального изменения качества жизни жителей края, достижения обозначенных демографических целей, и, конечно, при принципиальном изменении отношения населения к своему личному здоровью.**

**И поэтому нам всем вместе предстоит сделать два миллиона пятьсот тысяч и тридцать пять тысяч шагов к улучшению нашего общего здоровья, здоровья алтайской семьи.** ☺



# Концепция развития здравоохранения Алтайского края получила одобрение...

*...Необходимость реформирования здравоохранения обусловлена целым рядом проблем. Потерями населения от смертности, как общей так и преждевременной, в основном обусловлены тремя классами причин: болезнями кровообращения, несчастными случаями, травмами и отравлениями (насильственные или внешние причины) и онкологическими заболеваниями. В 2007 году суммарный удельный вес этих причин составил 83,5% от всех умерших и 76,6% умерших в трудоспособном возрасте.*

В 2007 году на долю «внешних» или «насильственных» причин пришлось **14,0%** всех смертей и **36,0%** потерь трудоспособного населения. Основные потери населения (до **65%**) в данном классе обусловлены: транспортным травматизмом, отравлениями, в том числе алкогольными, и суицидами. Уровень самоубийств в крае превышает показатель РФ почти **в 1,5 раза**.

Новообразования, в том числе и злокачественные, занимают второе ранговое место в структуре общей (**14,0%**) и третье - в структуре преждевременной (**13,3%**) смертности населения края.

Значительно превышают показатели РФ уровни смертности от болезней органов дыхания (**в 1,6 раза**) и туберкулеза (**в 1,7 раза**).

Показатель общей смертности в 2007 году (**14,9%**) превысил уровень 1998 года (**12,8%**) на **16,4%**, а смертность трудоспособного населения возросла на **22,8%** (с **5,7%** в 1998 году до **7,0%** в 2007 году).

Численность населения края продолжает ежегодно снижаться на 15-20 тысяч человек; в сравнении с 1998 годом население края уменьшилось на **154,5 тысяч человек (5,6%)**. Таким образом, создается реальная угроза трудовому потенциалу края...

...Высокий уровень распространения основных факторов риска: курения, злоупотребления алкоголем, гиподинамии - свидетельствует о том, что **большинство жителей края не изменило отношение к собственному здоровью**, а здоровый образ жизни не стал приоритетом в системе жизненных ценностей.

...Состояние здоровья населения края в последнее десятилетие также характеризуется выраженным неблагополучием, о чем свидетельствуют высокие уровни заболеваемости, инвалидности и рост смертности населения. Показатели заболеваемости по ведущим классам



болезней имеют в крае опережающий темп роста в сравнении со средними показателями по РФ, а уровень общей заболеваемости **в 1,6 раза** превышает общероссийский показатель. Заболеваемость детей в сравнении с 1998 годом выросла **в 2 раза**, а подростков - **в 2,7 раза**.

При этом ежегодный дефицит финансирования территориальной Программы государственных гарантий не позволяет соблюдать федеральные стандарты медицинской помощи. Тарифы на медицинские услуги не соответствуют их реальной стоимости...

Объективно сложившиеся условия (прежде всего, это высокий удельный вес жителей села (**47,7%**) в структуре населения края и большое число сельских поселений (**1609 сел**) с низкой плотностью расселения) вызывают необходимость содержания чрезвычайно разветвленной, экономически затратной сети сельских лечебно-профилактических учреждений (фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, участковые больницы). Вместе с тем, **эти учреждения требуют дальнейшего приоритетного развития**, так как являются наиболее доступными в получении медицинской помощи для значительной части населения края. Основная часть центральных районных больниц по действующим штатным нормативам не может содержать ряд специалистов (окулистов, отоларингологов, эндокринологов, психиатров, наркологов), необходимых при сложившейся структуре и уровне заболеваемости.

Оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений современным диагностическим оборудованием, дополнительная диспансеризация населения обусловили рост выявляемости патологии, что увеличило потребность в специализированных видах медицинской помощи.

**...Необходимо проведение структурных преобразований в отрасли, направленных на формирование оптимальной сети медицинских учреждений края, способной обеспечить потребности населения в медицинских услугах, путем дальнейшего развития материально и финансово обеспеченной трехуровневой системы оказания медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь) с выделением больниц (отделений) интенсивного и восстановительного лечения; приведения сетевых показателей деятельности здравоохранения к федеральным стандартам».** ③

*(Из рабочих материалов Концепции развития здравоохранения Алтайского края до 2013 года)*





# Обсуждаем концепцию развития

## (по материалам IV краевого



**Валерий Анатольевич ЕЛЫКОМОВ**, доктор медицинских наук, руководитель Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности определил «инновационное развитие здравоохранения края как основной фактор **повышения доступности и качества медицинской помощи населению**».

Дав характеристику состояния демографических показателей здравоохранения края, основное время своего выступления Валерий Анатольевич посвятил разъяснению тех инноваций, которые обеспечат достижение поставленных целей.

Конечно, особую дискуссию вызвала идея создания медицинских кластеров. Медицинский кластер - это комплексная структура, объединяющая территориально сконцентрированные и функционально взаимосвязанные учреждения, сочетающие медицинские, образовательные и исследовательские возможности.

«...Именно такое «объединение» способно обеспечить производство и продвижение в практическое здравоохранение современных конкурентоспособных видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (медицинских инноваций).

Кроме того, их формирование увязывает реализацию основных федеральных медицинских программ («Кровь», «Сосуды», «Безопасность дорожного движения», «Центры высоких медицинских технологий»), организацию регионального сосудистого центра с развитием инфраструктуры края, дорожным строительством, развитием туристско-рекреационной зоны».

Создание таких «Объединений» могло бы, по замыслу авторов Концепции, пройти на нескольких площадках в г.Барнауле - «Нагорный», «Кардиологический», «Детский» - под такими брэндами сегодня прорабатываются варианты оптимального объединения ЛПУ различного уровня.

Как пример - функциональная схема Нагорного кластера: ➔

«Чего хотим достичь, формируя медицинские кластеры? Прежде всего снижения управляемой смертности: при инсультах, инфаркте миокарда, от онкологических заболеваний и тубер-

кулеза - не менее чем на 15%; ежегодное уменьшение числа погибших от травм, полученных при ДТП, - на 160 человек.

А эти цели могут быть достигнуты при условии, если мы сможем обеспечить: преемственность между первичной медико-санитарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощью; равнодоступность в лечении пациентам сельских районов; но при условии привлечения дополнительных средств в здравоохранение».

**Прозвучало в докладе В.А. Елыкова предложение о создании Единой врачебно-диспетчерской службы (ЕВДС).**

Медики рассчитывают, что ЕВДС поможет решить основные проблемы доступности специализированной помощи населению края. Во-первых, пациенту, направленному на консультацию и госпитализацию в краевые ЛПУ, сейчас не определяется точное время приема, а иногда и не гарантируется, что он будет принят нужным ему специалистом в день обращения. Во-вторых, пациенту не гарантируется, что необходимые дополнительные исследования, в особенности дорогостоящие (УЗИ, эндоскопия, КТ, МРТ), он пройдет в день консультации. Альтернативой часто являются платные медицинские услуги (в диагностических центрах - до 34%). Немаловажно и то, что такая «нестыковка» вынуждает дублировать в краевых ЛПУ исследования, которые больному уже сделаны в ЦРБ, без показаний для этого и «повторно» расходуя средства.

Возможности же учреждений, сейчас оказывающих специализированную медицинскую помощь, ограничены. Недостаточно медицинского персонала, оборудования. Новейшие медицинские технологии - дороги, сосредоточены в медицинских центрах г.Барнаула и, как это ни парадоксально, - используются нерационально. По сути, получив в них необходимую помощь, пациенты могли бы направляться на долечивание, восстановительное лечение в соответствующие отделения, - но такой системы долечивания нет.

**«Объединение технологий, специалистов, ресурсов вокруг больного - задача этого этапа реформы. Именно преемственность в диагностике, лечении, реабилитации больного на всех этапах оказания медицинской помощи на основе единых медицинских и организационных стандартов, преодоление разобщенности в оказании услуг».**



# Здравоохранения края (съезда врачей)



Как всегда, очень четко и компетентно обозначил свою позицию по проблеме губернатор Алтайского края **Александр Богданович КАРЛИН** (разработка Концепции развития здравоохранения в крае на среднесрочный период - его инициатива и его прямое поручение).

Александр Богданович отметил, что состояние здоровья населения края имеет свои неутешительные особенности. По целому ряду показателей мы выглядим значительно хуже, чем по РФ в целом. Отчасти - это объективно. Имеются причины, которые находятся вне системы здравоохранения. Среди этих причин губернатор выделил особенности возрастной структуры населения. «Наш край аграрный, и, естественно, процессы урбанизации коснулись его серьезно. В развивающиеся промышленные центры - и в краевые, и Кузбасса, и в Новосибирск выехало преимущественно молодое, трудоспособное и более здоровое население...»

Второе - последствия испытаний на Семипалатинском полигоне. И действующий космодром Байконур. Краю удалось довести эти проблемы до общероссийского понимания и использовать любую возможность компенсации таких влияний на население, работа эта продолжается...»

Но в условиях, когда в систему направляются весьма существенные ресурсы, губернатор требует, чтобы было прежде всего единое системное понимание того, что делаем и зачем делаем?! «Нужно внятно расставить приоритеты. В медицинском обиходе есть такой термин «вести больного». Нужно организовать работу системы так, чтобы больного действительно «вели». \*

Отдельным вопросом прозвучала в выступлении губернатора тема частной медицины:

«Частная медицина. Она существует. И мы не можем не замечать ее. Нужно формализовать с ней отношения, это вид социально полезной деятельности, и в Концепции наше отношение по данной проблеме должно быть сформулировано...»

Нужно шире отразить в Концепции, по мнению губернатора, так называемое «корпоративное участие» в сохранении здоровья работающих. Это и безопасные условия труда, и создание собственных медицинских подразделений, и направление средств целевым образом на нужды краевого или муниципального здравоохранения. И мы готовы стимулировать бизнес предусмотренными Законом способами, для того, чтобы он оказывал помощь здравоохранению, занимался охраной здоровья работающих. Давайте предложения». Вообще, главная мысль всего выступления А.Б. Карлина следующая: медицина, здравоохранение - обязательная компонента любых социально-экономических программ.

Губернатор считает, что в документе должны быть даны представления и об источниках, и о темпах изменения оплаты труда работников здравоохранения, обозначены возможности участия края и муниципалитетов в решении вопросов жилья для медиков.

**\* (Прим.редакции. Преемственность в работе различных этапов - очень принципиальна в здравоохранении. Проводится диспансеризация всего населения - не потому что необходимо занять работников поликлиник. Но если выявленные больные по ее итогам не оздоравливаются, т.е. назначения спе-**

**циалистов игнорируются и пациентами, и коллегами, то проводить такую диспансеризацию - просто нерационально! Или выявленный больной, нуждающийся в стационарном лечении, - не получает его своевременно или после выписки из стационара после перенесенного сложного оперативного лечения не получает необходимого восстановительного лечения, не говоря о, казалось бы, таком «безобидном» дублировании исследований»...**

- Вам исследование проводили в ЦРБ?

- Да.

- Ну да ладно, давайте еще у нас повторим!.. - **«И все это вероятные примеры нескоординированной работы. А в результате - мы имеем то, что имеем. И, конечно, прикладывая колоссальные усилия и вкладывая немалые средства, не достигаем запланированных результатов.»**



Депутат Государственной Думы РФ **Николай Федорович ГЕРАСИМЕНКО**, приветствуя делегатов съезда, проинформировал присутствующих о работе над стратегией развития здравоохранения России на период до 2020 года. Она разрабатывается Минсоцразвитием при участии ГД РФ и Общественной палаты РФ.

«Причин для срочнейшего принятия такого документа несколько.

**Первое** - неудовлетворительные показатели здоровья населения страны: высокая смертность и низкая продолжительность жизни россиян.

**Второе**. Неудовлетворенность населения низким качеством, доступностью помощи и нарастанием объема платных медицинских услуг.

**Третье**. Недофинансирование здравоохранения, несбалансированность госгарантий и выделяемых финансовых ресурсов.

**Четвертое**. Кадровая проблема. Самый больной вопрос в отрасли. Качество подготовки и переподготовки специалистов страдает. Нарастает неудовлетворенность состоянием дел в отрасли и в медицинской среде: падение престижа профессии, низкая заработная плата при чрезвычайной ответственности...»

**И последнее** - неэффективность самой существующей модели здравоохранения, в том числе и системы обязательного медицинского страхования.

Задачи ставятся амбициозные. Увеличить продолжительность жизни до 75 лет (в настоящее время она составляет 66-68 лет), снизить смертность в 1,6 раза.

Для их достижения предлагаются различные решения.

**Первое**. Профилактика должна стать реальным приоритетом... Работа по формированию здорового образа жизни должна финансироваться из бюджета. **Второе**. Концентрация усилий на основных направлениях. Это сердечно-сосудистые заболевания - программы «Сердце» и «Сосуды», снижение смертности при автодорожных авариях - «трассовая медицина». **Предлагается** серьезно решить вопрос повышения квалификации медицинских работников, в том числе и средних медицинских работников, предусмотрев на эти цели необходимые средства (в настоящее время повышение квалификации средних медицинских работников не оплачивается), а это значительные финансовые затраты...»



# Четвертый съезд врачей Алтайского развития здравоохранения

**Яков Нахманович ШОЙХЕТ**, доктор медицинских наук, профессор, выступил однозначно сторонником создания медицинских кластеров. Он подчеркнул, что федеральный центр проявил инициативы, в результате чего произошло усиление первичного звена здравоохранения (материальная заинтересованность медицинских работников; оснащение медицинской техникой). **Чрезвычайно сильное решение - создание медицинских центров высокотехнологической помощи. И важно, что и Алтайский край стал площадкой для размещения таких центров.**



Однако, эти решения не обеспечивают достижения самой главной задачи - качественная помощь каждому конкретному больному. Больной в поисках ходит «по мукам» из одного учреждения в другое. И привел немало примеров такого «скитания» в поисках помощи.

А истина, по мнению Якова Нахмановича, в том, что современная ситуация в здравоохранении не обеспечивает связи между скринингом и высокотехнологичной помощью; признания роли краевых отделений в конечном результате лечения. В системе отсутствуют больницы с полным набором специализированных отделений, а это обрекает больных на поиски ЛПУ по профилю их болезни.

Сама медицинская доктрина преемственности оказания медицинской помощи входит в противоречие с законодательством о разделении полномочий органов власти разного уровня.

«Проблему решает не число аппаратов, а создание рабочих мест. Простое тиражирование аппаратуры несет лишь увеличение риска диагностических ошибок.

Врач-специалист и современные медицинские технологии должны обеспечить современную помощь сложным больным, к сожалению, «эволюция человека» от «человека разумного» к «человеку-McDonald's» поставила новые проблемы перед отраслью.



И современная система оказания медицинской помощи, по Я.Н. Шойхету, может выглядеть следующим образом.



Именно такая система позволит достичь прогресса науки - на ее стыках, прогресса практической медицины - на взаимопроникновении медицинских специальностей. **Главный принцип - координация действий служб, ЛПУ в оказании медицинской помощи - больному. Медицинский кластер способен решить эту проблему!**



**Александр Федорович ЛАЗАРЕВ**, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, главный врач ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

*Необходимость проведения реформ в здравоохранении в настоящее время обусловлена рядом объективных причин:*

- ◆ отрицательной динамикой в течении целого ряда заболеваний и связанной с ними демографией;

- ◆ открытием новых методов и технологий, способных повлиять на прогноз этих заболеваний;

- ◆ состоянием экономики края в данный период времени, позволяющим внедрить новейшие технологии в практическое здравоохранение.

Реформы - не самоцель, они должны проводиться не революционным, а эволюционным путем, вытесняя старое. Нельзя высокотехнологичные процедуры и высококвалифицированных специалистов направлять на общий поток (как, например, рекомендуют - для скрининга рака легкого МРТ, а узких специалистов - на выездную помощь в отдаленное село - это слишком дорого, нерентабельно и малоэффективно).

Есть страны-лидеры, где успешно решаются данные проблемы. Россия в целом и Алтайский край в частности, - не первая страна, которая столкнулась с такой угрозой, как демография.

Целый ряд стран, в том числе и США, успешно решают проблемы демографии в части снижения смертности.

Достаточно обратиться к диаграммам, которые были приведены Александром Федоровичем в качестве иллюстрации. (Рисунок 1, 2, 3)





# края одобрил концепцию края до 2013 года

Ведущие причины смерти населения США (в %)

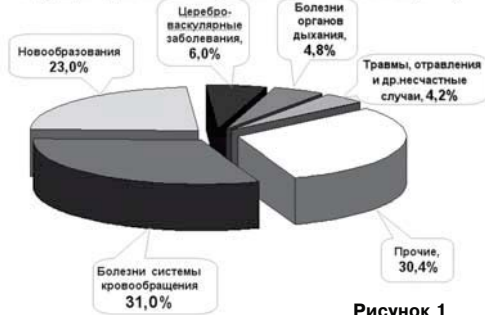


Рисунок 1

Ведущие причины смерти населения России (в %)

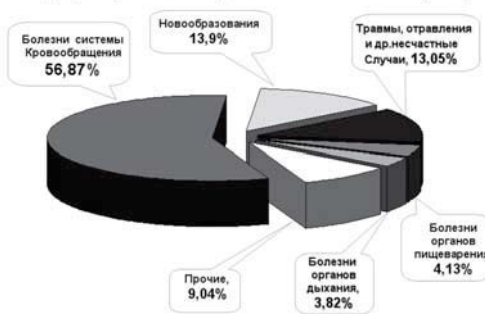


Рисунок 2

Ведущие причины смерти населения Алтайского края (в %)

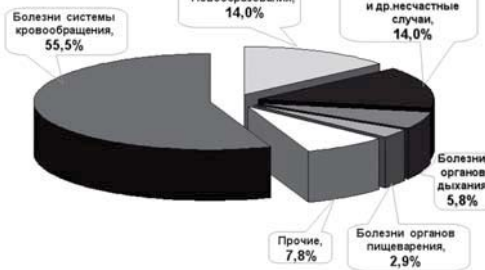


Рисунок 3

Как онколог, профессор Лазарев больше говорил о взаимосвязи онкологической заболеваемости, смертности от онкозаболеваний и факторов риска их развития, связанных с нездоровым образом жизни населения.

Так, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в США почти в два раза выше, чем в России или Алтайском крае, и составляет соответственно 485,5, 216,3 и 261,1 случаев на 100 тысяч населения. Но! Смертность от онкозаболеваний в США составляет 192,7 случаев на 100 тысяч населения, а в РФ 129,0, в Алтайском крае - 141,4 (данные 2004 года).

А это говорит лишь о том, что заболевания, выявленные на раннем

этапе, и качественно, и эффективно излечиваются.

Онкологи всего мира единодушны во мнении, что курение и употребление алкоголя являются ведущими причинами рака ряда локализаций.

Антитабачная кампания в США, безусловно, дает свои результаты. Как пример ее результативности - снижение числа курильщиков и смертности от рака легких. (Рисунок 4, 5)

То же касается и употребления алкоголя. (Рисунок 6)

Наряду с инновациями, которые, по мнению А.Ф. Лазарева, должны быть применимы в онкологической практике в крае, необходимо принять целый ряд краевых законов, в том числе: **о профилактике социально значимых заболеваний, о запрете на курение в учебных заведениях, служебных помещениях, жилых домах; об упорядочении продажи и доступности алкогольной продукции; о качестве воды и продуктах питания; о повышении медицинских знаний у населения.**



Главный врач Шипуновской ЦРБ Александр Петрович ДОБРЫГИН в своем сообщении подвел итоги работы Шипуновской (и ряда других ЦРБ) в условиях эксперимента по одноканальному финансированию.

Выводы однозначны - для сельского здравоохранения - принцип подушевого одноканального финансирования наиболее приемлем на краевом уровне. Однако, в условиях, когда ТФОМС не только изменил, в условиях эксперимента, принцип использования средств, а увеличил по факту объем финансирования, целый ряд муниципалитетов, участвующих в эксперименте, не только не увеличили, а даже снизили свою долю финансирования здравоохранения.

**В целом, предложенная Концепция развития здравоохранения до 2013 года была одобрена, что и нашло отражение в Резолюции IV съезда врачей.**

**Работа над этими стратегическими программными документами будет продолжена.**

**В следующих номерах журнала мы вернемся к отдельным положениям Концепции. Приглашаем к дискуссии.**

Соотношение курящих (куривших) и некурящих в разных возрастных группах у мужчин и женщин в Алтайском крае

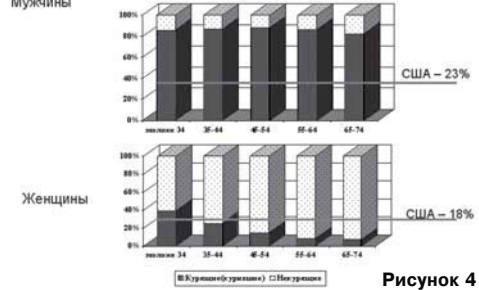


Рисунок 4

Удельный вес курящих США в возрасте 25 лет и старше



Рисунок 5

Соотношение пьющих (пивших) и непьющих в разных возрастных группах у мужчин и женщин в Алтайском крае

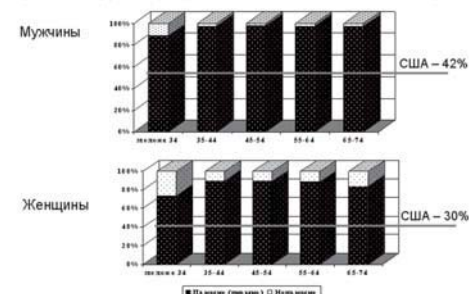


Рисунок 6





## КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

# Хламидийное поражение глаз

АННА МИХАЙЛОВНА ТОМИШИНА,  
врач-офтальмолог первой квалификационной категории,  
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

В последние годы наблюдается неуклонный рост хламидийной инфекции среди населения, что позволяет назвать ее серьезной проблемой здравоохранения.

Хламидийное поражение превосходит по частоте другие заболевания, уступая лишь респираторным. По данным зарубежных авторов, хламидийной инфекцией во всем мире болеет **90млн. человек**, причем в странах Восточной Европы и Центральной Азии этой инфекцией поражается **более пяти миллионов человек ежегодно**. По Российской Федерации в год регистрируются сотни тысяч новых случаев заболевания, в то же время некоторые случаи остаются нераспознанными из-за неполноценной диагностики.

Одной из распространенных форм хламидийной инфекции является **урогенитальный хламидиоз**. Однако следует отметить увеличение заболеваемости экстрагенитальными формами хламидиоза, такими, как: фарингиты, бронхиты, пневмонии, воспаление придаточных пазух носа, проктиты, болезнь Рейтера и офтальмохламидиоз.

**Возбудители хламидиоза - Chlamydia trachomatis** - это об-

лигатные внутриклеточные грамотрицательные бактерии. **Они не могут существовать самостоятельно от клеток макроорганизма**, так как не способны синтезировать собственные жизненно важные вещества и использовать для этого биоэнергетические системы клеток макроорганизма. Нередко хламидиоз сочетается с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем.

Хламидиям свойственен уникальный двустадийный (бифазный) цикл развития. При благоприятных условиях репродуктивный цикл завершается в течение двух-трех суток, далее развивается воспалительный процесс, вследствие чего больные становятся контагиозными, то есть заразными.

**При наличии не благоприятных для хламидий факторов (неспецифическое лечение) могут меняться биологические свойства возбудителя, что сопровождается переходом в хроническую инфекцию (носительство).**

*Есть несколько путей заражения глаз:*

◆ **антенатальный**, родовой - при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери,

◆ **контактно-бытовой** - через инфицированную воду бассейна, загрязненные руки и предметы личной гигиены.

◆ **гемато- и лимфогенный пути.**

Клетками-мишенями для офтальмохламидий являются **клетки переходного эпителия конъюнктивы**, где обнаруживаются полиморфноядерные нейтрофилы. Именно они преобладают в воспалительном экссудате при клинко-морфологической диагностике.

**Различают следующие основные клинические формы хламидийного поражения органа зрения: трахома** (чаще хроническое заболевание, характеризующееся диффузной инфильтрацией конъюнктивы и развитием в ней фолликулов с последующим исходом в рубцевание), **паратрахома взрослых** (хламидийный конъюнктивит), **паратрахома новорожденных, эпидемический хламидийный конъюнктивит** (бассейновый), **конъюнктивит при болезни Рейтера, хламидийный увеит** (воспаление сосудистой оболочки глаза), **эписклерит** (воспаление эписклеры - соединительной ткани между конъюнктивой и склерой).





По течению различают острое и хроническое хламидийное воспаление глаз, а также манифестную и субклиническую форму, локализованный хламидиоз (поражается только глаз) и генерализованный хламидиоз с поражением других органов и систем.

**В настоящее время трахома диагностируется только в некоторых африканских странах.** Во всем мире эта грозная инфекция глаз, характеризующаяся воспалением конъюнктивы и приводящая впоследствии к слепоте, ликвидирована благодаря титаническим усилиям врачей-окулистов в 60-е годы прошлого века.

**Хламидийный конъюнктивит** (паратрахома) - **преобладающий вид глазной патологии**, наиболее часто встречающийся на амбулаторном приеме врача-офтальмолога.

Длительность заболевания при несвоевременной диагностике может достигать **2-6 месяцев**, что ведет к значительной потере трудоспособности. По данным разных авторов, **паратрахома выявляется в 10-14% случаев** от всех конъюнктивитов. Чаще всего она встречается у молодых людей от 15 до 30 лет, которые ведут активную сексуальную жизнь. У женщин заболевание встречается чаще в 2-3 раза, чем у мужчин.

Урогенитальная хламидийная инфекция может протекать бессимптомно.

К тому же в связи с малой информированностью практических врачей **хламидийный конъюнктивит диагностируется очень поздно**: после двух-трех месяцев бесполезного, а иногда и непоказанного лечения. Все это в конечном итоге только затрудняет последующую диагностику. Необходимо как можно раньше правильно поставить диагноз заболевания и провести эффективное этиопатогенетическое лечение.

**При паратрахоме, как правило, поражается один глаз, двухсторонний процесс встречается в трети случаев.** Инкубационный период составляет **5-14 дней**. Более чем в половине случаев выявляется сопутствующая урогенитальная инфекция. Полное излечение хламидийного конъюнктивита у взрослых достигается в тече-



ние **30-35 дней** при активном лечении.

Клиническая картина острого хламидийного конъюнктивита характеризуется выраженным отеком век, обильным слизистым гнойным отделяемым, как и в случае конъюнктивитов другой этиологии.

И лишь характерным признаком хламидийного конъюнктивита является **инфильтрация и наличие фолликулов**, расположенных на конъюнктиве верхнего и нижнего века в переходной складке, различного размера и количества в зависимости от тяжести процесса.

**Существуют другие, более тяжелые, формы хламидийного поражения глаз: эписклерит, передний увеит** (иридоциклит, воспаление радужки и/или цилиарного тела), **задний увеит** (хориоидит, воспаление собственно сосудистой оболочки), **панувеит** (помутнение в стекловидном теле, поражаются все три отдела сосудистого тракта), увеиты с поражением сетчатки, зрительного нерва и роговицы (**кератоувеиты**).

Диагностика хламидийного конъюнктивита основывается как на визуальном выделении признаков изменений в слизистой глаза врачом-окулистом, так и на специальных лабораторных методах исследования.

**Выделяют следующие группы методов лабораторной диагностики офтальмохламидиоза:**

◆ **цитологический метод** - непосредственное определение возбудителя в соскобе;

◆ **серологический метод**,

◆ **иммуноферментный анализ (ИФА)**,

◆ **молекулярно биологический метод (ПЦР)**,

◆ «золотой стандарт» - **выделение хламидий в культуре клеток**, используется среда McCoу. Культуральный метод для определения хламидиоза глаз в настоящее время считается эталоном,

◆ **исследование крови на антитела к хламидиям - Ig M, A, G.**

Диагностика хламидийной инфекции основывается на совместных данных лабораторных иммунологических методов, сопоставление анамнестических сведений и клинических проявлений.

Хочу отметить, что **диагностике хламидийного поражения глаз необходимо проводить у членов всей семьи, а также врачами других специальностей** (урологом, гинекологом). Назначение лечения проводится только врачом-окулистом после обследования и установления диагноза. Точная диагностика хламидиоза глаз важна для назначения правильного и целевого лечения, направленного именно против хламидий. Правильное лечение предотвращает переход инфекции в скрытую форму, а также рецидивы, осложнения заболевания и дальнейшее распространение хламидийной инфекции в организме.

**Самостоятельно заниматься лечением хламидиоза не рекомендуется**, так как процесс может перейти в хроническую стадию, дальнейшая диагностика лечения будет затруднена и исход в выздоровлении долговременен и малоутешителен.

**За консультацией врача-офтальмолога и диагностическими исследованиями на хламидиоз глаз вы можете обратиться в Диагностический центр Алтайского края.**

## КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

**КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:  
(3852) 36-47-16, 26-15-57.**

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



# Мужской климакс – новый диагноз XXI века



Александр Израилевич  
НЕЙМАРК,  
заведующий кафедрой  
урологии и нефрологии,  
д.м.н., профессор;  
Борис Александрович  
НЕЙМАРК,  
к.м.н., ассистент  
- кафедра урологии  
и нефрологии АГМУ



Возможность воздействия на процесс старения человека занимал исследователей с древнейших времен. И любая проблема, имеющая отношение к этой тематике, всегда привлекает повышенное внимание. Наступление старости неизбежно. Поиски средств сохранения молодости, здоровья и достижения сверхдолголетия предпринимались в древнем Китае, Индии, Греции, Египте, у великих цивилизаций Центральной и Южной Америки. Следы этих поисков уходят в глубину веков и восходят к древнейшей истории.

Из всех средств, применяемых для продления молодости, наиболее используемые - **гормональные препараты**. Но среди всех гормонов, пожалуй, только у мужских половых гормонов (андроенов) есть «древняя», «новая» и «новейшая» истории.

**«Древняя» история применения андроенов** насчитывает более 2000 лет: еще Плиний прописывал своим пациентам употребление тестикул животных для увеличения сексуальной силы. Эта рекомендация до сих пор популярна в некоторых странах, особенно в Испании, где тестикулы быка считаются деликатесом. К сожалению, тестикулы животных не являются источником половых гормонов, поскольку, хотя гормоны и синтезируются в яичках, но достаточно быстро «уходят» оттуда в кровяное русло.

Пионером заместительной терапии андроенами можно по праву считать выдающегося невропатоло-

га и физиолога **Чарльза Эдуарда БРОУН-СЕКАРА**, который в конце XIX века предположил, что «слабость пожилых мужчин обусловлена снижением функции яичек». Он активно развивал свою идею и в возрасте 72 лет как истинный исследователь сделал себе подкожную инъекцию экстракта из тестикул собаки и морской свинки, после чего сообщил о значительном улучшении физического самочувствия. Его работа послужила началом массового увлечения введением препаратов тестикул в конце XIX - начале XX веков.

XX век - век рождения науки о гормонах, эндокринологии. Слово **«гормон»** (от греч. hormao - возбуждать, приводить в быстрое движение) впервые было предложено английским физиологом **Эрнестом СТАРЛИНГОМ** в 1905 году. **Тестостерон - первый гормон, который был определен**, но из-за сложного строе-

ния его молекул процесс выделения и синтеза гормона шел относительно медленно. Открытие, изучение и практическое использование половых гормонов относится к числу наиболее важных достижений современной медицины. Начало исследований в области химии и фармакологии гормонов относится к 20-м годам прошлого столетия.

**«Новейшая» история применения андроенов - это история сегодняшнего и завтрашнего дня. Она развивается в нескольких направлениях:** создание препаратов с удобными формами введения, увеличение продолжительности действия препаратов, разработка и создание новых препаратов. Сейчас внедряются новые формы препаратов - пластыри и гели. Не обошла стороной фармацевтическая индустрия и сублингвальный путь введения андроенов (через слизистую оболочку рта). Создана форма препарата тестостерона с циклодекстрином, позволяющая использовать его под язык.

## Что такое тестостерон

**Тестостерон - главный мужской гормон, являющийся ответственным за развитие и поддержание основных «мужских» признаков организма.** В юношеском периоде тестостерон вызывает развитие вторичных половых признаков, таких, как увеличение пениса и яичек, развитие лобкового и подмышечного оволосения, ►





▲ рост волос на лице, огрубение голоса, увеличение мышечной массы и силы. В дальнейшем на протяжении всей жизни тестостерон поддерживает половое влечение, потенцию, мышечную и костную массу.

**Тестостерон вырабатывается яичками.** Кроме синтеза тестостерона, в яичках происходит образование и созревание мужских половых клеток, или сперматозоидов - сперматогенез.

Как уже отмечалось, тестостерон вызывает развитие вторичных половых признаков. Кроме того, этот гормон обеспечивает соответствующий «мужской» тип поведения, влияет на образование кровяных клеток, липидный состав крови и чувствительность организма к глюкозе.

### Влияние уровня тестостерона на настроение мужчин

Клинические исследования указывают на **наличие прямой взаимосвязи между низким содержанием у мужчин мужского полового гормона тестостерона и частотой случаев депрессии.** Симптомы подобной депрессии могут включать в себя: пониженную самооценку, общую усталость, чувство вины, нарушения сна и снижение полового влечения, а также отсутствие получения удовольствия.

Недавние исследования показали, что если такому пациенту нормализовать гормональный фон, то данных проявлений можно избежать. Таким образом, **правильно назначенное врачом лечение может помочь устранить симптомы депрессии и улучшить настроение мужчины.**

### Что такое мужской климакс?

**Это состояние, связанное с недостатком андрогенов (мужских половых гормонов) в мужском организме, вызванное его естественным старением.** Обычно климакс развивается после 50 лет, однако первые проявления могут наступить гораздо раньше - в 40-45 лет. Он сопровождается признаками андрогенной недостаточности, затрагивающими все органы и системы. В основе андрогенного дефицита лежит снижение выработки основного мужского полового гормона тестостерона.

**Основной жалобой, заставляющей мужчину обратиться к**

**врачу-androлогу, является ослабление и исчезновение спонтанных или адекватных эрекций, угасание сексуального возбуждения, снижение частоты сексуальных фантазий и либидо.** Кроме сексуальных расстройств, возникает чувство жара, потливость, появляется быстрая утомляемость, раздражительность. Многие мужчины отмечают появление забывчивости, нарушения сна, а также снижение способности к длительной концентрации внимания. Отмечаются изменения со стороны кожи и костно-мышечной системы: появляются морщины, выпадение волос, сухость и дряблость кожи, снижение мышечной массы и появление жировых отложений, гинекомастия (увеличение грудных желез), развитие остеопороза.

### Нарушение полового влечения

**Нарушение или ослабление полового влечения - это постоянный или периодически возникающий недостаток (или отсутствие) сексуальных фантазий/мыслей и/или желаний или восприимчивости к половой жизни.** Синонимами полового влечения являются «либидо», «сексуальный интерес», «сексуальный аппетит», «сексуальный драйв», «сексуальный импульс». Все эти термины относятся к основному чувству сексуального желания, которое заставляет заниматься сексом и концентрироваться на достижении этой цели. При отсутствии или недостатке полового влечения можно сказать, что в данном случае имеет место снижение либидо.

### Диагностика

Основополагающим в диагностике причин нарушения полового фун-



кции является **исследование гормонального статуса**, в первую очередь, тестостерона. Считается, что разнообразные проявления нарушения половой функции могут возникать **при снижении уровня общего тестостерона ниже 11 нмоль/л или снижении уровня свободного тестостерона ниже 0,255 нмоль/л.** Кроме того, имеют значение такие показатели, как **секс-стероид, связывающий глобулин (СССГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ).**

Одновременно для диагностики дефицита андрогенов используется **опросник AMS** (анкета по выявлению симптомов андрогенодефицита).

### Лечение

**В основе лечения снижения полового влечения лежит устранение его причин.** Если диагностировано изолированное снижение секреции тестостерона, в распоряжении врача есть богатый выбор препаратов заместительной терапии недостаточности тестостерона:

- ◆ эфирные тестостерона для инъекций;

- ◆ препараты дигидротестостерона;

- ◆ эфирные тестостерона для перорального приема (таблетированная форма);

- ◆ препараты тестостерона для наружного применения.

Основными различиями между этими группами препаратов являются особенности их фармакокинетики, а также спектр фармакодинамической активности. **Только грамотный специалист в состоянии диагностировать причину нарушения полового влечения и подобрать именно тот препарат для лечения, который необходим в каждом конкретном случае.** ☺



## Гестационный сахарный диабет (диабет беременных)

ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА СТЕФАНОВСКАЯ,  
врач акушер-гинеколог высшей категории,  
заведующая отделением патологии беременных больших  
сроков, МУЗ «Родильный дом №2», г.Барнаул

Гестационным сахарным диабетом называют нарушенную толерантность к глюкозе, или сахарный диабет (СД), впервые возникший или выявленный во время беременности. Он встречается у 4% беременных. В большинстве случаев диабет беременных исчезает через 2-12 недель после родов. Следует иметь в виду, что чем выраженнее нарушение толерантности к глюкозе во время беременности, тем больше риск развития СД (и в более короткие сроки) после беременности.

**Гестационный диабет развивается у тучных женщин.** В основе патогенеза диабета беременных лежит *инсулинорезистентность*. Основным фактором, определяющим инсулинорезистентность, являются свойственные беременности гормональные и метаболические изменения. В течение последующих 10-20 лет развивается диабет, как хроническое заболевание, чаще трансформируясь в диабет 2-го типа.

**У женщин, перенесших диабет беременных, этот риск в 3-6 раз выше, чем у женщин, не болевших гестационным диабетом.** Этим женщинам следует избегать увеличения массы тела, регулярно заниматься физическими упражнениями, соблюдать здоровую диету и ежегодно проводить глюкозное голодание.

**Инсулин оказывает влияние на все виды обмена веществ. Инсулин - анаболический гормон, способствующий утилизации глюкозы и биосинтезу гликогена, липидов, белков.** При недостатке инсулина нарушается утилизация глюкозы, увеличивается ее выработка, результатом чего является гипергликемия - основной признак сахарного диабета.

При физиологической беременности углеводный обмен изменяется в соответствии с большими потребностями плода в энергоматериале, главным образом в глюкозе. **Нормальная беременность характеризуется понижением толерантности к глюкозе и снижением чувствительности к инсулину, усиленным распадом инсулина и увели-**



**чением свободных жирных кислот.** Изменения углеводного обмена связаны с влиянием плацентарных гормонов, плацентарного лактогена, эстрогенов, прогестерона, а также кортикостероидов. Благодаря липолитическому действию плацентарного лактогена в организме беременной повышается уровень свободных жирных кислот, которые используются для удовлетворения энергетических затрат матери, что тем самым сохраняет глюкозу для питания плода, для которого она является основным источником энергии.

По своему характеру указанные изменения углеводного обмена рассматриваются как сходные с изменениями при сахарном диабете, поэтому **беременность рассматривается как диабетогенный фактор.** Диабетогенные свойства беременности способствуют развитию у женщин





преходящего нарушения толерантности к глюкозе.

**Вот следующие признаки, на которые должна обратить внимание беременная женщина:** сухость во рту, жажда, потребление увеличенного количества жидкости, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, прибавка массы тела, слабость.

Для выявления ранних нарушений углеводного обмена необходимо **проведение скрининга, особенно у лиц, имеющих факторы риска развития гестационного диабета.** К ним относятся:

- ◆ сахарный диабет у родителей, родственников;
- ◆ ожирение, гиперлипидемия;
- ◆ артериальная гипертензия;
- ◆ наличие в анамнезе гестационного диабета;
- ◆ глюкозурия при предыдущих беременностях;
- ◆ крупные плоды;
- ◆ неблагоприятный акушерский анамнез:
  - врожденные аномалии развития у новорожденных;
  - мертворождения;
  - самопроизвольные аборты, особенно на поздних сроках;
  - многоводие;
  - три аборта в ранние сроки беременности;
  - возраст: 35 лет и более, но по современным понятиям не актуально, так как беременность сама по себе является диабетогенным фактором.

Согласно решению ВОЗ, любая женщина при обращении по беременности должна пройти **скрининг на диабет.** Оптимальный срок для этого мероприятия - 24-26 недель беременности (так как в этот период активно функционирует плацента,

продуцируя контринсулярные гормоны (адреналин, глюкагон и др.)). Также показано **проведение теста толерантности к глюкозе.** Глюкоза в крови определяется натощак, при гликемии натощак *менее 6,1 ммоль/л* женщина выпивает 75г сухой глюкозы, растворенной в 200мл воды. Через 2 часа вновь определяется содержание глюкозы в крови. Диагноз гестационного диабета ставится в случае превышения уровня глюкозы натощак *более 6,1 ммоль/л* и через 2 часа после нагрузки *выше 7,8 ммоль/л.*

Целью лечения (управления) гестационным сахарным диабетом является **достижение и поддержание нормогликемии.**

**Определяются следующие критерии гликемии:**

- ◆ гликемия натощак - < 5,3 ммоль/л;
- ◆ гликемия перед едой - < 5,8 ммоль/л;
- ◆ гликемия через 1 час после еды - < 7,8 ммоль/л;
- ◆ гликемия через 2 часа после еды - < 6,7 ммоль/л;
- ◆ ночью - 4,4-5,5 ммоль/л;
- ◆ гликированный гемоглобин - норма;
- ◆ отсутствие глюкозы и ацетона в моче, кетонурии;
- ◆ во время родов - нормальный уровень глюкозы, так как гиперинсулинемия ведет к осложнениям у детей: тетания, гипогликемия, отек мозга.

**В управление гестационным сахарным диабетом входят такие факторы, как диета, лечение инсулином и физические упражнения.**

Диета беременных, больных диабетом, содержит уменьшенное количество углеводов (200-250г), жиров (60-70г) и нормальное или даже увеличенное количество белков (1-2г/кг). При ожирении требуется субкалорийная диета (1600-1900 ккал). **Очень важна стабильность количества ежедневного потребления углеводов.** Исключение быстровсасываемых углеводов у беременных с диабетом без ожирения способствует нормализации массы тела новорожденных и предупреждает развитие фетопатий.

**Питание беременной, страдающей диабетом, должно быть дробным,** желателно 8 раз в день. За время беременности прибавка в весе должна составлять не более 10-12кг массы тела. В диете беременных, больных сахарным диабетом, необходимо найти место **витаминам А, группы В, С и D, фолиевой кислоте (400мкг в день) и йодиду калия (200мкг в день).**

Если через одну неделю соблюдения диеты хотя бы дважды цифры глюкозы окажутся повышенными, следует переходить на инсулинотерапию.

**Слишком быстрый рост плода даже при нормальном уровне гликемии является показанием для лечения инсулином.** Начинать лечение инсулином беременной требуется и при гликемии натощак *более 5,3 ммоль/л* или при уровне гликемии через 2 часа после еды *более 6,7 ммоль/л.* **Беременным назначают только человеческий инсулин.** Его доза может быть очень маленькая, но этого достаточно, чтобы предупредить серьезные изменения плода.

**Пероральные противодиабетические средства противопоказаны беременным: они переходят через плаценту и оказывают тератогенное действие.**

*При гестационном сахарном диабете оказывается акушерская помощь:* ежедневное тестирование (гликемический профиль) - с 36 недель беременности, причем при метаболических нарушениях показано более частое тестирование. ☺



*Уважаемая редакция журнала «Здоровье алтайской семьи»!*

*Укрепление здоровья подрастающего поколения сегодня должно стать приоритетной задачей всего общества. Период обучения ребенка в школе - это время интенсивного роста, развития и наиболее существенных функциональных перестроек, а значит, наибольшей чувствительности организма к воздействию факторов окружающей среды. Поэтому школе на этом этапе отводится важная роль в сохранении здоровья детей. Именно это подтолкнуло наше образовательное учреждение - МОУ «Целинная СОШ №2» вести интенсивную работу по укреплению и сохранению здоровья учащихся. Для расширения знаний в области охраны здоровья мы не первый год выписываем ваш журнал, где печатается много интересного и важного. Хотели бы поделиться тем, как мы работаем по вопросам здоровьесбережения детей.*

С уважением, директор школы Владимир Дмитриевич Бабак



# Формирование здоровья учащихся в условиях образовательной школы

На современном этапе развития общества четко просматривается тенденция пересмотра человеческих ценностей, из которых на первый план выходит одна из самых актуальных и важнейших ценностей человека - его личное здоровье. **Сейчас в России реализуется приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения**, основной целью которого является укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности. Действительно внимание к вопросам здоровья в последние годы заметно выросло. **Закономерно выросло и внимание к здоровью школьников. Важную роль в формировании здорового образа жизни играет школа.**

Именно в школьном возрасте закладываются основы здоровья человека и здорового образа жизни,



В медицинском кабинете школы

ни, формируется ценностное отношение не только к своему здоровью, но и здоровью других людей. Проблем, связанных со здоровьем ученика, предостаточно и немало их в школе. Год от года возрастают учебные нагрузки, приоритеты в организации досуга все чаще отдаются просмотру видеофильмов и компьютерным играм, что, несомненно, сказывается на состоянии здоровья подрастающего поколения.

**Современные школьники испытывают при учебе влияние массы вредных факторов: гиподинамия, гипоксия, психические перегрузки, условия обучения, не отвечающие санитарно-гигиеническим требованиям.** Нельзя забывать и о наличии у учащихся хронических заболеваний и массы пограничных состояний, а также присущий в детском и подростковом возрасте интенсивный процесс развития. Также следует отметить и рост числа юных курильщиков, повсеместное потребление подростками пива, раньше все эти явления не носили массовый характер. **На другой уровень вышла проблема сексуального поведения подростков, адекватно разрешить которую воспитательные программы школы не в состоянии.**



Занятие в тренажерном зале

Все эти факторы в комплексе усугубляют состояние здоровья учащихся и отражаются на их успеваемости и работоспособности в целом.

В последнее время все больше специалистов, как в системе здравоохранения, так и в системе образования, **приходят к убеждению о необходимости усиления мероприятий по охране здоровья детей и подростков** не только в медицинских учреждениях, но и **в системе образования в целом.** Это связано с тем, что дети и подростки являются наиболее уязвимыми и наименее защищенными в нашем обществе от неблагоприятных внешних воздействий и социальных факторов. **Ответственность за состояние их здоровья должны нести родители, учреждения здравоохранения и учреждения обра-**





**Звания.** В попытках разрешить все эти и ряд других проблем педагогическая общественность все больше осознает, что именно учителя могут сделать для здоровья учащихся и его сохранения много больше, чем кто-то другой.

**Начиная с 2003 года наше образовательное учреждение стало интенсивно работать по сохранению и укреплению здоровья детей.** Актуальность темы здорового образа жизни подтвердили исследования, полученные в школе. Данные медицинских осмотров, мониторинг состояния здоровья школьников *показывали динамику общей заболеваемости детей всех возрастов, которая характеризовалась неуклонным ростом хронических форм заболеваний ЛОР-органов, миопии, плоскостопие, нервно-психические расстройства.*

Администрацией школы и коллективом педагогов была разработана **программа «Образование плюс здоровая личность».** Через реализацию программы развития в школе началось формирование здоровьесберегающего пространства. Было понятно, что его формирование не является чем-то, что позволит решить все проблемы, связанные со здоровьем учащихся. *Это возможность взглянуть на известные явления и феномены педагогической деятельности под углом зрения оценки их воздействия на здоровье всех участников образовательного процесса.* Деятельность школы по здоровьесбережению предус-

матривала не только соблюдение санитарно-гигиенических требований, но и **комплексный подход к состоянию здоровья каждого ребенка.**

**Были введены:** третий урок физической культуры, в 1-4 классах уроки здоровья в тренажерном зале, уроки валеологии в основной школе; образовательный курс «Расти здоровым» в начальной школе, интегрированный курс «Будь здоров» в 5-11 классах. Учебные занятия начинаются с утренней зарядки. **Педагогами школы активно используются здоровьесберегающие педагогические технологии:** лично-ориентированного обучения, технология сотворчества и сотрудничества, игровые технологии, проблемного обучения и др.



Туристический слет

**В школе стали традиционными** Дни здоровья, общешкольные конкурсы «Самый спортивный класс». «Самый здоровый класс», семейные спортивные праздники, организация походов и экскурсий, проводятся встречи с врачами Центральной районной больницы и др.

В каждом учебном кабинете созданы уголки здоровья, организовано озеленение, проводится витаминизация пищи, выращаются овощи для удешевления питания в школьной столовой.



Спортивные мероприятия



Турслет учителей школы

В школе **ведется целенаправленная работа с родителями** по всеобучу через систему лекториев, бесед. Проводятся классные и общешкольные собрания по темам «Роль семьи в сохранении здоровья школьника», «Психологические особенности подростков», «Формирова-

сные часы, информационно-методическое обеспечение.

За годы работы по программе в школе наметилась тенденция к улучшению состояния здоровья детей по отдельным показателям. *По кариесу показатели снизились до 17%, нарушение осанки диагностируется у 14-22% школьников, в частности, сколиоз - у 4%, миопия - у 10% детей, 5% школьников страдают ожирением, сердечно-сосудистая патология встречается у 12-14%.*

Учащиеся и педагоги школы постоянно участвуют в различных здоровьесберегающих конкурсах.

Более десяти лет школа является победителем спартакиады школьников района. В школе организованы и успешно работают несколько коллективов, которые занимают призовые места в районных и зональных соревнованиях.

В 2006 году школа стала победителем ПНПО и получила 1 миллион рублей на реализацию программы «Образование плюс здоровая личность». В прошлом году учащиеся школы стали победителями краевого конкурса «Зеленый мир».

В 2007 году директор школы стал победителем всероссийского конкурса «Лучший директор образовательного учреждения» в номинации «Организация оздоровительной работы в школе». ☺



# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Участие АРОО «ПАСМР» в международных проектах

## Обучился сам - обучи другого

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА СУРАЗАКОВА,  
старшая медицинская сестра легочно-туберкулезного отделения  
№1, специалист первой квалификационной категории,  
КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

В последние десятилетия наблюдается подъем эпидемии туберкулеза не только в слаборазвитых странах, но и в развитых странах Европы и США.

Статистика заболеваемости в России неутешительна. Поэтому в 2008 году Ассоциация медицинских сестер России запланировала проведение четырех семинаров, посвященных борьбе с распространением туберкулеза.

Один из таких семинаров был проведен в г. Кемерово 21-24 апреля, в котором по принципу каскадного обучения было проучено 35 медицинских сестер из Алтайского края, республик Бурятия и Тывы, гг. Иркутска, Читы, Новосибирска, Кемерова.

От АРОО «ПАСМР» направлено четыре участника: **Татьяна Александровна СУРАЗАКОВА**, старшая медсестра легочно-туберкулезного отделения №1, и **Вера Владимировна ОВЧАРЕНКО**, и.о. старшей медсестры легочно-хирургического отделения, - КГУЗ «Крайтубдиспансер»; **Ольга Алексеевна КУЛИГИНА**, старшая медсестра, КГУЗ «Краевая туберкулезная больница №1», **Наталья Геннадьевна КОСОРУКОВА**, палатная медсестра, ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Рубцовск. **Л.А. ПЛИГИНА**, президент ПАСМР, назначена координатором в проведении каскадного семинара на территории Алтайского края.

Финансирование тематического семинара проекта «Укрепление се-

*стринских кадров для повышения качества ухода, лечения и профилактики туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью»* проводилось из образовательного гранта, предоставленного фирмой «ELI LILLY и КОМПАНИЯ». Эта фирма осуществляет взаимодействие с Международным советом медицинских сестер, финансируя деятельность по обучению специалистов в странах, где отмечено значительное число больных туберкулезом.

**Партнерство Эли Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ было создано для борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.** Это партнерство - не только передача технологий, но и всеобщие надежды. Инициатива реализуется в России, Китае, Индии и ЮАР.

**Основными целями проекта являются:** укрепление и мобилизация сестринских кадров для борьбы с туберкулезом, совершенствование системы контроля над заболеванием,

а также снижение заболеваемости.

**Проект стартовал в г. Томске, где прошел первый тренинг**, проведенный по принципу каскадного обучения. **Летом 2007г. семинар прошел в Омске.** Медицинские сестры этих областей уже успели провести значительную работу по обучению своих коллег. В качестве преподавателей на семинаре выступали главная медицинская сестра Томского областного противотуберкулезного диспансера **Т.Ю. ФЕДОТКИНА** и медицинская сестра, координатор из г. Омска, **Е.П. ГИРФАНОВА.**

В день открытия семинара с приветственным словом выступила президент РАМС **В.А. САРКИСОВА**, которая кратко рассказала о целях и задачах РАМС, основных направлениях деятельности и достижениях, текущих проектах. Валентина Антоновна пожелала успехов в обучении и в дальнейшем - в обучении коллег в своих регионах в качестве преподавателей.

С приветствиями и пожеланиями выступили: ассистент программы по туберкулезу **Магдалена КРУШЕЛЬ** (Швейцария), **Екатерина СИЛАЕВА** (представитель компании «ELI LILLY»), **Ада ВЛАДИМИРЦЕВА** (корреспондент Вестника РАМС).

Результатом трехдневной работы семинара стало то, что **35 медицинских сестер получили сертификаты Международного Совета Медицинских Сестер и Ассоциации медицинских сестер России.**

**Так что же такое обучение по каскадному принципу (ОКП)?**

**Среди целей курса ОКП по ТБ/МЛУ-ТБ можно выделить:** вооружение медсестер более глубокими знаниями и навыками, касающимися раннего выявления туберкулеза, стратегии DOTS, соблю-



дения режима лечения и наиболее перспективных методов оказания помощи больным; повышение внимания к помощи больным ТБ и обеспечение ее устойчивого улучшения; подготовка медсестер к выполнению функций преподавателя других медицинских работников; намерение сделать из медсестер полноценных сторонников стратегии DOTS в своих ЛПУ, населенных пунктах и странах; обеспечение реального решения проблемы социального отторжения и дискриминации, связанной с туберкулезом.

**Курс рассчитан на медицинских сестер общего профиля, которые станут преподавателями и руководителями в области** выявления и лечения ТБ, помощи больным, соблюдения режима лечения; медицинских сестер, работающих в области оказания помощи больным ТБ, желающих повысить уровень знаний; студентов, изучающих сестринское дело, для которых данный курс является составной частью подготовки по теме борьбы с ТБ и оказания помощи больным ТБ.

Разработана и серия учебных материалов, направленных на оказание помощи больным ТБ/МЛУ-ТБ, ведение профилактической работы и др.

**Семинар ОКП организован в формате пятидневного курса и основан на методах интерактивного учения.** Подразумевается, что каждый участник обучит не менее 20 медицинских работников. А через 6 месяцев после завершения курса необходимо подать отчет в РАМС.

Участник семинара, к которому предъявляются определенные требования (наличие диплома по сестринскому делу; стаж работы в качестве медсестры общего профиля не менее 4 лет; член национальной и региональной Ассоциаций медицинских сестер и др.), станет преподавателем и проведет обучение по вопросам ТБ не менее 10 медицинским сестрам, непосредственно оказывающим помощь больным ТБ, и 10 медицинским работникам родственных специальностей.

**МСМС считает, что обучение медицинских сестер повышает уровень знаний и навыков и тем самым повышает результативность усилий, направленных на искоренение ТБ во всем мире.**

На сегодня каждый участник семинара от АРОО «ПАСМР» разработал план мероприятий до октября 2008 года, которые отправлены в Российскую ассоциацию медицинских сестер на согласование. Проводится комплектование групп специалистов для обучения, проводятся организационные мероприятия. **Результаты проделанной работы мы опубликуем на страницах нашего «Вестника Ассоциации».**



На фото: Делегаты от Алтайского края с ассистентом программы по туберкулезу Магдаленой Крушель (Швейцария) и президентом Ассоциации медицинских сестер Кузбасса Т.В. Дружининой

# ЭМОЦИИ и здоровье

ЛЮДМИЛА ПЕТРОВНА  
ПОЛЯКОВА,  
старшая медицинская  
сестра,  
вторая квалификационная  
категория,  
МУЗ «Городская  
поликлиника №1»,  
травматологический пункт,  
член ПАСМР с 2001 года



**Эмоции - это различные реакции человека. В основе чувств лежат определенные раздражители, находящиеся во внешней среде человека или возникающие в самом организме. Человек научился управлять многими эмоциями, подчинять их своей воле, что делает его жизнь более полной и творческой. Умение владеть собой, управлять своим поведением, настроением человек приобретает по мере того, как совершенствуется его психика.**

**Различают эмоции положительные** (радость, удовольствие), приносящие удовлетворение, способствующие активному функционированию организма, повышающие его тонус, **и отрицательные**, которые ведут к снижению работоспособности, мучительным ощущениям угнетенности, подавленности (горе, боль, страх, тоска, отчаяние).

**Во время значительного эмоционального возбуждения в организме вырабатывается адреналин**, который мобилизует силы организма в те моменты, когда возникает угроза жизни. Под его влиянием усиливаются энергетические процессы, способствующие повышению сопротивляемости организма, значительно улучшается работа мышц.

При кратковременных эмоциональных напряжениях адреналин быстро разрушается, при длительных - накапливается в крови и способствует длительному повышению артериального давления, учащению пульса, возникновению спазма сосудов, что может привести к стенокардии и даже инфаркту миокарда.

**Эмоции выявляются в форме внешних реакций организма и внутренних изменений.** На первом месте среди внешних реакций следует поставить **мимические выражения**. Именно по выражению лица можно безошибочно определить ощущения человека, его отношение к ним. Проявление эмоции определенным мимическим выражением помогает оценке состояния различных органов, диагностике поражений их.

При заболеваниях, сопровождающихся выраженными болевыми ощущениями, появляется **страдальческое выражение лица**. Заболевания с пониженной функцией щитовидной железы проявляются **маскообразным выра-**



жением лица, безразличием. При повышенной функции щитовидной железы, наоборот, выражение лица непрерывно меняется, отмечается бегающий взгляд, выражение тревоги.

Помимо внешних проявлений, **эмоции сопровождаются также изменением состояния внутренних органов.** Эмоции оказывают влияние на дыхание. Большое нервное напряжение тормозит дыхание, а положительные эмоции восстанавливают его.

Тормозящее влияние отрицательные эмоции оказывают и на желудочно-кишечный тракт - *теряется аппетит*. После положительных эмоций человек с удовольствием принимает пищу, она у него вызывает наслаждение, ощущение удовлетворенности, прилив сил, энергии, желание еще поработать. При воздействии отрицательных эмоций снижается тонус мускулатуры желудка и кишечника, падает выработка желудочного сока и содержание в нем соляной кислоты.

Как установили американские ученые, **позитивные эмоции улучшают здоровье** и ведут к карьерному росту. Счастливые люди чаще пробуют что-то новое и бросают вызов судьбе, что стимулирует позитивные эмоции и ведет к карьерному росту и крепкому здоровью.

К тому же ощущение счастья позволяет людям быть более общительными и щедрыми, более продуктивными на работе, зарабатывать больше денег и иметь более сильную иммунную систему. Счастливые люди более приятны в общении, более коммуникабельны. Они лучше справляются со стрессом, у них более крепкое здоровье и живут они дольше.

Положительным эмоциям радости, удовлетворенности свойственны ощущения легкости, неболь-

шого приятного сердцебиения. Ускоряется кровоток по сосудистой системе, улучшается кровоснабжение внутренних органов, мышц, кожи. Человек испытывает прилив сил и энергии, ему кажется, что он «готов свернуть горы», и он действительно может сделать много.

**Совсем другой эффект возникает под воздействием отрицательных эмоций.** *Тоска, тревожное ожидание* всегда сопровождается замиранием сердца, перебоями, неприятными ощущениями в области сердца. Возникает своеобразное ощущение, о котором сам человек говорит, что «сердце тоскует», «сердце предчувствует что-то неладное». Более резкие отрицательные эмоции гнева, страха могут сопровождаться глубокими сдвигами в сердечно-сосудистой системе, вплоть до нарушений ритма сердечных сокращений, возникновения приступов стенокардии и даже инфаркта миокарда.

*Во время испуга* возникает бледность, головокружение, может быть кратковременная потеря сознания, обморок. Он связан с остро развивающимся рефлекторным перераспределением крови (она скапливается в сосудах брюшной полости и наступает недостаточное кровоснабжение головного мозга) и кратковременным ослаблением сердечной деятельности.

*При испуге, резком раздражении* в центральную нервную систему идут импульсы, которые после соответствующей обработки там возвращаются к исполнительному органу, например, к сердцу, и вызывают учащение его сокращений, а артериям обуславливая сужение, что ведет к повышению кровяного давления. Причем степень сокращений артерий в различных областях неодинакова, поэтому у чело-

века в состоянии раздражения отмечается бледность кожи с багровыми пятнами.

Следствием избыточной продукции адреналина является стойкое повышение кровяного давления, возникают приступы стенокардии. При очень значительных отрицательных эмоциях неблагоприятное влияние их на сердце может быть столь значительным, что возникает остановка сердца и может наступить мгновенная смерть.

**Особенно влияние неблагоприятных отрицательных эмоций с повышенной выработкой адреналина сказывается у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни с ограниченной физической нагрузкой.**

В современном мире - в отличие от наших предков - практически отпала необходимость бега, силовой борьбы, больших физических нагрузок и, следовательно, прежнего стимулирования мускулатуры адреналином. Но как и раньше, сохранились отрицательные эмоции, сопровождающиеся выработкой адреналина, и объектами раздра-

ки этих эмоций остались те же сердце и артерии.

Чем меньше человек физически активен, тем резче они поражается. Поэтому при частом повторении отрицательных эмоций возникают условия для заболеваний сердца и артерий. Под влиянием положительных эмоций человек спокоен, уравновешен, с большим удовлетворением, без заметной усталости выполняет любую работу.

**Необходимо остановиться на «неотреагированных» (задержанных) эмоциях, т.е. когда чувства, влечения сдерживаются.** У современного человека сдерживаются лишь внешние проявления эмоций, в то время как другие компоненты сдерживанию не поддаются. Например, при большой радости в неподходящей обстановке человек не будет смеяться, плясать, тем не менее сердце его будет реагировать на эту эмоцию. При горе можно сдерживать слезы, крик души, но отрицательные проявления со стороны сердца остановиться не удается. ☹

**Продолжение следует**

### Государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Барнаульский базовый медицинский колледж»

#### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**ГОУ СПО «БМК» объявляет набор студентов по специальности «Сестринское дело» (повышенный уровень) на базе среднего медицинского образования. По окончании обучения присваивается квалификация «Медсестра - организатор».**

Срок обучения - 2 года. Обучение производится прерывисто - цикловым методом с вызовом на сессии в г.Барнаул. Планируется восемь двух-трехнедельных сессий за период обучения.

Обучение производится на коммерческой основе. Стоимость первого года обучения - 10400 рублей.

Приглашаем для обучения главных и старших медсестер.

#### **Документы, необходимые для поступления:**

1. паспорт
2. диплом
3. копия трудовой книжки
4. свидетельство о браке (в случае изменения фамилия)
5. 4 фото 3х4см.
6. медицинская справка ф.086-у

**Адрес ГОУ СПО «БМК»: г. Барнаул, ул. Малахова, 19; телефон приемной комиссии: 34-24-36.**





# «Специалист новой формации - зона эффективности в здравоохранении»

ЛАРИСА АЛЕКСЕЕВНА ПЛИГИНА,  
президент Алтайской региональной общественной организации  
«Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»

Июнь и июль принято считать разгаром лета, это период активных отпусков и долгожданного отдыха.

Но для нашей Ассоциации эти месяцы оказались насыщенными важными событиями, которые «оживляют» порой угасающую надежду на позитивные перемены в здравоохранении.

Но начну по порядку. **16 июня 2008 года в АГМУ прошла защита дипломов выпускников дневного отделения факультета Высшего сестринского образования (ВСО).** 12 специалистов впервые защищали дипломные работы в присутствии государственной аттестационной комиссии факультета ВСО под председательством д.м.н. **Т.В. БЕДНАРЖЕВСКОЙ.**

Несмотря на волнение, которое испытывали все присутствующие в аудитории, защита проходила в доброжелательной и деловой атмосфере.

Представленные дипломные работы сопровождались презентациями. На вопросы членов комиссии следовали ответы. В итоге: **60% работ оценены на «отлично», 40% - на «хорошо».**

Общее пожелание комиссии таково: необходимо теоретические знания внедрять в практику начиная с периода подготовки дипломной работы на уровне главных врачей лечебно-профилактических учреждений.

А 18 июня в празднично оформленном зале, в торжественной обстановке, в присутствии близких состоялось вручение дипломов по специальности «Управ-

ление сестринской деятельностью».

С приветствиями выступили: проектор по учебной работе, профессор **В.В. ФЕДОРОВ**; д.м.н. **Т.В. БЕДНАРЖЕВСКАЯ**; заведующий кафедрой педиатрии, профессор **Ю.Ф. ЛОБАНОВ**; профессор **С.В. ТЮТЮНИКОВ**; президент АРОО «ПАСМР» **Л.А. ПЛИГИНА**; ассистент **Г.Ю. НЕВЕРОВА.**

В выступлении декана факультета ВСО **И.Е. ГОССЕНА** прозвучали впечатляющие результаты по итогам обучения группы, которая признана лучшей среди старших курсов АГМУ. Качественный показатель по защите дипломных работ составил 100%. По результатам тестирования: «отлично» - 75%; «хорошо» - 25%.

**Е.В. СПИРКИНА, М.А. МОНАХОВА, А.И. ГРЕДУНОВА получают дипломы с отличием и медали АГМУ «За отличную учебу».** Все выступающие отметили значимость «исторического события» в здравоохранении Алтайского края и АГМУ - первый выпуск специалистов с высшим сестринским образованием.

Все четыре года обучения и студенты, и преподаватели были «первопроходцами», а это всегда сопряжено с массой проблем - подбором преподавателей, программой. Так успешно закончить ВУЗ могут только патриоты своей профессии. Это подвиг! Во время вручения дипломов адресно звучали стихи и, конечно, фотография на память. Ассоциация подарила «Этический кодекс медицинской сестры России».

Бесспорно, большая заслуга в организации учебного процесса принадлежит декану факультета И.Е. Госсену, который, постоянно совершенствуя свои знания в области сестринского дела, сотрудничая с нашей Ассоциацией, перенимая опыт других регионов в сфере ВСО, будучи неравнодушным человеком, вкладывал в работу частицу своей души.

**В российском здравоохранении медицинские сестры с ВСО занимают должности заместителей главных врачей по работе с сестринским персона-**



лом, главных медицинских сестер ЛПУ, заведующих приемными отделениями, заведующих оргметодотделами, заведующих учебно-методическими центрами в ЛПУ, директоров хосписов и домов сестринского ухода, менеджеров, координаторов ЛПУ и многие другие. В регионах, где в течение 10 лет и более готовятся такие специалисты, их ждут в ЛПУ, они востребованы в практическом здравоохранении.

**Специалист с ВСО - это, прежде всего, современный руководитель, хорошо понимающий экономическую значимость медико-социальной работы сестринского персонала.** Это специалисты новой формации, которые способны реализовать кадровую политику в сестринском деле. Об этом должны знать руководители здравоохранения.

**В 2009 году предстоит выпуск еще 100 специалистов на факультете ВСО АГМУ.** Хочется верить, что к тому времени произойдет перестройка сознания руководителей здравоохранения на эффективное и экономически выгодное использование специалистов с высшим сестринским образованием в практическом здравоохранении Алтайского края. ☺

Продолжение следует



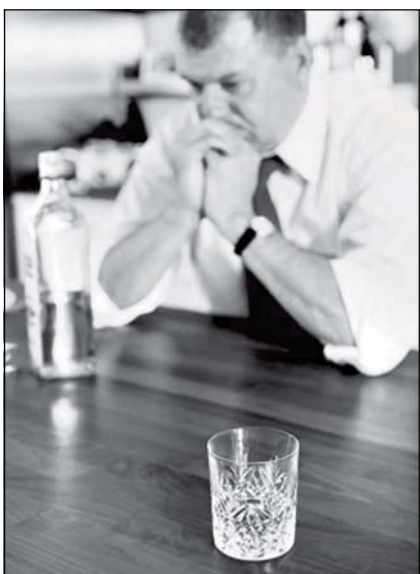
# Согрей теплом родительского сердца



## Папа, не пей!.. За алкоголизм расплачиваются и непьющие

Одним из главных тормозов экономического развития России на ближайшие годы и десятилетия в одобренной правительством концепции развития до 2020г. названы нынешние демографические тенденции.

«Главная, пожалуй, причина быстрого сокращения трудоспособного населения России - это **аномально высокая смертность от неэпидемиологических заболеваний и травм** (то есть несчастных случаев, самоубийств, насилия), **которая в значительной степени вызвана употреблением крепких спиртных напитков**», - говорит ведущий эксперт по здравоохранению европейского и центрально-азиатского отделения Всемирного банка (ВБ) **Патрицио МАРКЕС**.



Согласно официальной статистике, от отравления алкоголем в нашей стране **умирает ежегодно 20000-30000 человек трудоспособного возраста**. То есть потери от этого примерно такие же, как от дорожно-транспортных происшествий. Кстати, виновники ДТП очень часто тоже бывают нетрезвыми. Как и люди, совершающие убийства и самоубийства, а также жертвы насилия. А еще **алкоголь вызывает и усугубляет болезни, становится причиной несчастных случаев**.

«Если взять смерти от несчастных случаев, самоубийств и насилия, то, даже если руководствоваться только официальными данными судмедэкспертизы, **в среднем за последние годы в крови 64% погибших от этих причин мужчин и 50% женщин обнаружен алкоголь**», - говорит руководитель отдела информатики и системных исследований Московского НИИ психиатрии **Александр НЕМЦОВ**.

«Люди с высшим образованием, в среде которых алкоголизм не так страшен, часто думают, что их это не касается, - говорит старший исследователь Института цивилизационных и региональных исследований РАН **Дарья ХАЛТУРИНА**. - Но среди менее образованных слоев населения идет настоящий мор, послед-



ствия которого распространяются на всех». Даже если вы успешный и умеренно пьющий представитель среднего класса, которому посчастливилось ни разу не столкнуться с нетрезвыми преступниками или водителями, **вы все равно страдаете от алкоголизма, просто потому что страна в целом оказывается беднее**.

**Можно ли в принципе укротить алкоголизм** и какой вообще толк от всех этих расчетов, если в России всегда много пили?

По сравнению с концом XIXв., казалось бы, мы достигли большого прогресса: **средняя продолжительность жизни выросла вдвое**. Но при ближайшем рассмотрении становится ясно, что **успехи достигнуты исключительно благодаря победе над младенческой смертностью**. В 1897г. примерно 40% детей не доживали до четырехлетнего возраста, а сейчас доживают почти все. А вот **мужчин в возрасте 30-60 лет ежегодно умирает столько же, сколько в 1897г., или даже чуть больше**. Женщин сегодня умирает гораздо меньше в любом возрасте, а вот для трудоспособных российских мужчин как будто и не было ста с лишним лет развития ме- ▶







дицины и роста благосостояния.

Можно и не заглядывать так далеко в прошлое. В 1970-х гг., еще до всех антиалкогольных кампаний, спирта потребляли в 1,5 раза меньше, чем сейчас, и смертность среди мужчин трудоспособного возраста была в 1,5 раза ниже.

**Значит, то, что сейчас происходит, ненормально.**

Полномасштабного общероссийского исследования, которое показало бы, сколько на самом деле человек гибнет именно из-за алкоголя, не проводилось. В заключениях о смерти далеко не всегда записывают, что в крови человека было повышенное содержание алкоголя.

Однако проводятся локальные исследования. В течение двух лет ученые из Лондонской школы гигиены и тропической медицины подбিরали статистику по 1750 смертям в Ижевске (этот город был выбран как типичный для России с точки зрения показателей заболеваемости и смертности). Исследование включало не только выяснение непосредственных причин смерти, но и интервью с родственниками умерших, выявление их привычек, сбор информации по злоупотреблению алкоголем и течению болезней. **Результаты превзошли самые худшие их ожидания: 43% мужчин, умерших в возрасте 20-55 лет, - в той или иной степени жертвы пьянства.**

Именно подобный результат может объяснить удивительную ситуацию, складывающуюся с мужской смертностью.

Но есть еще одна угроза России в этом страшном национальном зле. **Страдают семьи алкоголиков, жизнь жен и детей становится невыносимой.** Мало того, что дети в таких семьях лишены родительского внимания, любви, а зачастую и самых элементарных вещей - еды, одежды, игрушек, книг...

**Мы констатируем, что в России несколько миллионов детей оставлены без попечения родителей, которые либо умерли, либо лишены родительских прав. Чаще всего такое случается именно с родителями-алкоголиками. Их дети ложатся бременем на государство, на налогоплательщиков. Так же, как и их родители, лишены поддержки детей в будущем.**

**Так что - куда ни кинь... Папа, не пей!..**

### ВМЕСТО ЭПИГРАФА

**Черепашенок лезет на дерево. Карбакается и падает. Ломает коготки, но вновь поднимается с земли и лезет на дерево. За его усилиями наблюдает пара обезьян, сидящих на ветке этого дерева. Самец говорит самке:**

**- Жалко бедолагу. Может, скажем, что он неродной и мы его усыновили?**

# Тайна усыновления... Быть или не быть?

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

**Как бы грубо это ни звучало, но приемные родители играют в «настоящих», сколько бы времени ни прошло после появления в семье ребенка. Действительность игнорируется или предопределяется, а по сути - извращается. Так можно ли назвать естественными такие взаимоотношения? Поневоле они носят искусственный характер. Искусственные отношения требуют и особого искусства.**

Трудно передать ту гамму чувств, которая сопровождает новых родителей! Это и любовь, и жалость, и огорчение, и страх, и много-много других. Они являются спутником любого человека, выбравшего путь усыновления. Смена чувств зависит и от сложившихся взаимоотношений, и от обстоятельств, и от темперамента человека, одним словом, от всего того, что внутри и вокруг нас. Пожалуй, неизменной остается тревога, то нарастающая, то утихающая, но изматывающая и такая живучая! Есть тайна, есть и тревога, которая появилась вместе с ребенком. **Да, существует положение о неразглашении тайны усыновления. Но на самом деле в этой ситуации есть две стороны - правовая и житейская. Всегда ли они совпадают?**

Представьте ситуацию, когда ребенок не знает о том, что живет у неродных родителей. Место жительства сменить не удалось, процедура усыновления связана с несколькими инстанциями. И на каждом этапе есть самые разные люди, склонные пересказывать друг другу все, что увидели, услышали, узнали. А еще вокруг множество знакомых, родных.... Семья живет под дамокловым мечом.



Каким образом тайна может перестать быть тайной? Путь для этого немало. Например, «добрые люди» расскажут. Или сами приемные родители, не справившись с родительским «бременем», устав, могут в сердцах бросить: «А вообще, ты не родной!» Бывает и так: у родителей, лишенных прав на детей, родственные чувства (или, может быть, инстинкты) все же остаются. Люди спохватываются, начинают судорожно разыскивать своих сыновей и дочек.

**Разглашение таким образом тайны больно бьет по сознанию ребенка в любом возрасте.** Трудно даже вообразить себе, что он чувствует, ведь в жизни все внезапно сместилось, обрушилось! Согласитесь, не каждый взрослый выдержит психологическую нагрузку, какой требует необходимость выбора: с одной стороны, надежный, уютный и в полном смысле слова родной дом, с другой - правда о кровных родителях.

**Так быть или не быть тайне усыновления?** А если и не быть, то как и когда рассказать ребенку о его появлении в приемной семье? Все же решение Вам предстоит принять самим. **Так свой выбор сделали и герои приведенных примеров.**





- Усыновляя своего сына Саню, я не задумывалась о проблемах тайны усыновления. Правда, немного было жаль, что мальчик будет знать неверную дату рождения. Но то, что в этот момент я ожидала и рождения биологического ребенка, казалось, создает надежную завесу над прошлым моего крохи.

Через некоторое время, когда Санька уже жил с нами, я почувствовала, что с моей жизнью происходит что-то неладное. Будучи достаточно общительной, я вдруг стала контролировать себя, чтобы не проговориться. Был случай, когда зашел разговор о негативном отношении к чиновникам, а я выступила в противовес огульному обобщению. Для примера у меня вырвался случай, произведший на меня большое впечатление: то, как нас встретил чиновник в органах опеки и попечительства. Догадываетесь, что было дальше? Правильно, мне пришлось громоздить новую ложь, чтобы объяснить собеседникам, что я в этом учреждении делала. И такие случаи были не раз и не два. Потому что у меня появилось что-то новое в жизни, какой-то опыт в новой для меня области. Это занимало меня, я готова была делиться с окружающим миром своими мыслями, но...

**Тайна.** Все мои коммуникации того времени можно сравнить с походом по минному полю: здесь говорим - здесь не говорим - это слишком близко к теме - срочно сменить тему.

Так ли необходимо было вообще делиться своими ощущениями? Для меня - да. Счастье переполняло меня. Санька так изумительно вошел в нашу семью. Мой муж говорит сейчас о том, что именно Саня сделал его отцом. И это при том, что Санька наш четвертый ребенок. Муж прекрасно мог ухаживать за детьми с раннего возраста, играть и общаться. А Санек установил с ним такие тесные отношения, что папа стал получать тоже новые ощущения. И об этом нельзя говорить с окружающими людьми?

Я прожила в таком угнетенном состоянии два года. И все это время возвращалась к мыслям о тайне усыновления в моей семье. Пожалуй, это наиболее точно отражает мое состояние в то время - в моей семье появилась Тайна.

Решение о том, что тайны не будет, было принято мною чуть раньше, чем мужем. **Я хотела защитить Саньку. Да, именно защитить, потому что, открытие тайны извне могло ранить его.** Тайна усыновления не защищала его, она делала его более уязвимым.

Нет тайны - нечем и уколоть. Есть просто ребенок. Обычный усыновленный ребенок.

С этого времени (а Саньке было около двух лет) в его присутствии спокой-

но произносились фразы о том, что он подарок для нас, что мы рады ему и прочее. Открытость внутри семьи, в комфортной для него обстановке, закладывала его мироощущение.

Когда друзья узнали правду, они словно бы выдохнули: «Ну, наконец-то, а то мы все думали, когда вы начнете говорить». Самые разные люди из нашего обширного круга знакомств сказали нам, что они что-то подозревали, или догадывались, или были уверены точно. Представляю, на что стала похожа тогда моя жизнь - мой секрет возвел забор, и все строили заборы. Я скрывала от них - они скрывали от меня, что знают, что я скрываю от них.

Мы ни разу не встретились с резкой негативной реакцией окружающих. Были шутки по поводу нестандартного рождения двойни, было много вопросов по существу, на которые мы отвечали со всей искренностью, так как многие люди действительно впервые встретились с этой темой, с живым примером. И наш опыт был интересен им. Кстати, оказалось, что многие готовы принять ребенка в свою семью. Несколько семей уже сделали это после нас. Некоторые высказали мысль о том, что в будущем, подрастив своего ребенка, могут принять и приемного.

Получился своеобразный эффект кругов на воде. Я потом часто встречалась с этим эффектом, происходящим в круге общения счастливых и открытых усыновителей.

Пожалуй, лишь совершенно посторонние люди задавали недоуменные вопросы. Иногда начинались разговоры о героизме. Тему героизма прикрывала сразу, так как считаю, что героический поступок - для избранных, а усыновление ребенка - это обыденный поступок, иное рождение малыша. Это поступок, от которого многих людей отделяет багаж мифов и собственных страхов. И, если можно живым примером изменить эту ситуацию, я делаю это.

Но главное, что стало гармоничным для меня, - это то, что **мой ребенок будет иметь информацию, соответствующую действительности.** С самого начала его жизнь не начинается с неправды.

**У меня есть глубокое внутреннее ощущение, что ребенок имеет право знать о себе все, скрывая что-то, даже из «лучших побуждений», родители не делают лучше для него. «Лучшие побуждения», может быть, просто маскируют нежелание взрослых глубоко принять ситуацию, страх быть отвергнутыми окружающими.**

Отрицательно на правду прореагировала только свекровь, но для нее и

четвертый наш ребенок, кровный Митька, был лишним, «сильно снижающим уровень жизни». Мне кажется, что ее реакция на прием Саньки - это лишь повод еще раз выразить свое несогласие с нашим образом жизни. Кстати, она до сих пор подчеркивает, что для нее есть лишь три внука - наши старшие Николай, Леонид и Константин. Мне кажется, что ей нужно больше времени, чтобы принять эту ситуацию.

Все же спустя два года мы получили канонический случай: свекровь пояснила Сане, что он не должен называть папу папой, потому что он ему не папа. Наш четырехлетний говорилка-размышлялка, который впитывает в себя все, как губка, даже не обратил на эти слова внимания, настолько он был защищен нашей любовью. А для мужа это было потрясением. Он считал, что в состоянии сохранить тайну усыновления, и он увидел всю непрочность ситуации, которую может разрушить даже член семьи. И если до этого он просто соглашался на мои действия, то теперь стал сторонником жизни без тайны.

А я благодарю первую маму Саньки за то, что она уступила нам возможность вырастить ее сына. Нашего сына Саню. Мальчика, в жизни которого две мамы и любящая семья.

Таким образом, теперь я могу говорить, что интуитивно нашла правильное решение проблемы и могу назвать причины, которые заставили искать решение.

Я боялась, что откуда-то тайна «вылезет на свет». Многие люди были «в курсе» происшедшего - официальные инстанции, врачи, несколько друзей-подруг, мои родители. И я понимаю, что в течение жизни такие люди будут еще появляться. Могут где-то выплыть бумажки. Боюсь и шантажа (если кто-то будет думать, что я храню тайну и все сделаю, чтобы ее сохранить), боюсь просто травмы ребенку в ненужном возрасте в ненужное время в ненужном месте ненужными людьми.

Да и у меня язык еще тот, все меня несет рассказать, что «а вот там девочка взяла мальчика, он такой хорошенький...», и кто не в курсе - начнут подозревать, у ребенка вопросы будут. Несет агитировать, несет распространять бумажки и журналы, несет говорить на эту тему.

Можно подумать, что я сделала что-то стыдное. И жить всю жизнь с мыслью, что надо крепко скрывать что-то от родного человека, вздрагивать, и прислушиваться, и искать второй смысл в его словах...

Я всегда считала, что надо говорить правду. Ребенок все и без нас знает, у него это в подсознании сидит. ►







По советам американских врачей я сыну про откуда дети берутся рассказала в 2-3 года с реальными названиями половых органов и с правдой насчет того, откуда клеточка папина взялась и «как я родился». Мне было легко, он лишних вопросов не задавал. И параллельно **я всегда говорила, что есть еще другой способ появления детей в семье, когда они рождаются у других людей и по разным причинам попадают в приемную семью.** Главное, не очернять тех, других, родителей, давших ребенку жизнь, и стараться не уходить далеко от правды. И, конечно, главное успокоиться самой. Ребенок чувствует напряжение по этому поводу со стороны волнующейся мамы и реагирует на это, как сможет, ему тоже непросто.

Вот я поняла, что внутренне ну совсем уже раскрепостилась по поводу того, что дети появляются разными способами.

Мы с мужем тоже долго копались в себе и поняли, что в первую очередь, **когда мы скрываем от всех, что ребенок усыновлен, то заботимся не о ребенке, а о себе.** Очень боимся того, что про нас подумают другие. Если ребенок будет с рождения знать, что он усыновлен, то для него это будет нормальной ситуацией, а не трагедией всей жизни.

Я вот подумала, что растут дети без пап (вообще или после развода), или у бабушек-дедушек и т.п. Растут с рождения и воспринимают ситуацию как правильную. А если ребенку изначально (с двух лет и т.п.) говорить (например, показывая фото), что вот тут ты в доме ребенка, а вот тут я тебя уже домой забрала, - может, тогда у него не будет никакой травмы, так как это будет единственной (и правдивой!) трактовкой событий? То есть **не будет оппозиции «мама» - «не мама».** Ребенок же изначально не знает, кто такая мама (что это, например, женщина, которая родила), и он постепенно будет узнавать, что его мама (именно мама!) взяла его из дома ребенка, принесла домой, стала любить и растить и т.п. Потом, правда, будет некоторый «пунктик» по поводу того, что некоторые мамы еще и рожают, но это будет уже достаточно внешний, не внутренний, пунктик. Типа, вот бывает еще и так.

Но в данном случае (приемная мама) нет никаких признаков возможной ущербности, а **есть только «иной способ появления в семье».** И мне кажется, чем раньше этот способ будет озвучен и станет привычным, домашним, тем меньше вероятность стресса и дискомфорта.

Как объяснять, что ребенок усыновлен? Так же, как и все остальное. Каждый день им объясняешь кучу разных вещей. Что-то они понимают, что-то запоминают.

Возможно, «объяснение» свяжется с появлением нового маленького, может, еще с чем-то. В конце концов, как чувствую, так и буду объяснять. Есть много вещей, которые объяснить сложнее.

**Что касается истины - она в ЛЮБВИ родителей друг к другу, а также к собственным родителям, я на этой «базе» строю и буду строить свою систему отношений и объяснений.**

Что касается другой мамы, пусть знает о ней. Когда ему будет обидно, у него будет как бы запасной вообразимый вариант, где его другая мама будет доброй и хорошей. Я понимаю, что эта мысль вызывает невы-

носимую ревность, тем не менее, мне не кажется это страшным и ужасным. Так уж получилось, что родила его она, ничего с этим уже не сделаешь, да ведь **в этом же и смысл - чужой ребенок становится своим.** На самом деле это словами не объяснишь, он сам многое поймет и почувствует.

Мы идею усыновления вынашивали много лет, первоначально и даже мысли скрывать не было, можно сказать, что чуть ли не напоказ собирались выставлять, чтобы все видели, что это нормальные, обычные дети, надеялись, что многие пойдут по нашим стопам. Но все изменилось очень быстро. Когда я только понесла эту идею в массы, то услышала столько грязи и пошлости от близких и друзей, что поняла: мой приемный ребенок никогда не будет иметь такого же отношения к себе, как и родной. И решила однозначно: **я заставлю всех поверить, что ребенок кровный, чтобы никто, нигде и никогда ни за что не обидел его, при этом дите будет знать правду.**

Сейчас мы скрыли от окружающих, от родни мужа правду происхождения дочери, расскажем ли мы ей, - пока точно не решили. Мы много обсуждали этот вопрос и **предполагаем в возрасте 7-9 лет рассказать окончательную правду,** рассчитываем сделать это до полового созревания, а то потом будет все воспринято «в штыки». Хотя посмотрим по обстоятельствам. Чем дольше дочка со мной, тем меньше мне самой хочется верить, что она не кровная, просто мы так с мужем чувствуем, а дальше время покажет. Пока у нас нет точного ответа на вопрос, но считаем для решения проблемы оптимальным возраст в 7-9 лет.

Наверное, (пока я не уверена) надо сказать года в 3-4, когда возникнет первый вопрос. «Очень многие детки появляются из маминого животика, а НЕКОТОРЫЕ...», - а дальше сердце и любовь подскажут, как говорить этому самому родному на свете малышу, что он неродной. Признаюсь, я тоже очень боюсь, что малыш может рассказать деткам во дворе и его могут обидеть...

*Любишь - как дышишь. С неродным ребенком все по-другому, иначе.*

*Стоит чуть-чуть перегнуть палку, как ребенок почувствует фальшь. Избыток «направленного тепла» переносится ничуть не лучше, чем его недостаток.*

*Вверять дитя человеческое можно сильным рукам и бесстрашному сердцу. Это очень сложный момент - сказать ребенку правду. К этому надо готовиться, и это надо суметь сделать. Отношения должны выстраиваться таким образом, чтобы у ребенка уже до получения неожиданного известия был прочный*

*фундамент под ногами, и этот фундамент должен иметь четко выраженное Ваше лицо. Ребенок должен видеть, что никто не напрягается, все вполне естественно. Он растет с этой мыслью.*

*Не сам процесс передачи информации важен, а важно создать такую прочную систему отношений ты-ребенок, чтобы уже эту крепость ничто не смогло пробить, и у ребенка при любой информации будет ощущение единства с Вами, а кто-то - другая мама или человек, давший свою оценку событиям, - будет восприниматься несоизмеримо менее значимо. ☺*





# Медицинская общественность обсуждает концепцию развития здравоохранения



(Фоторепортаж с IV съезда врачей Алтайского края)

