

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (92) АВГУСТ 2010



Здравоохранение.
Курс - модернизация.



Алтайский край сегодня - динамично развивающийся индустриально-аграрный регион России. Благоприятный инвестиционный климат, стабильная социальная обстановка и положительные темпы экономического развития ставят его в ряд наиболее привлекательных для вложения финансовых средств и ведения бизнеса регионов.

Сельское хозяйство является доминантой нашего социально-экономического развития, а регион вносит существенный вклад в обеспечение продовольственной безопасности страны.

Наш край широко известен еще и как здравница. Здесь расположен популярный город-курорт федерального значения Белокуриха. Регион богат рекреационными ресурсами - минеральными лечебными и лечебно-столовыми водами, сульфидными иловыми грязями, лекарственными растениями. Многообразная, сохранившаяся практически в первозданном виде алтайская природа, комфортный климат позволяют обеспечивать и оздоровление, и полноценный отдых в любое время года. Край по праву считается одним из самых перспективных регионов России для развития туризма, а создание на его территории особой экономической зоны туристско-рекреационного типа «Бирюзовая Катунь» и игорной зоны «Сибирская монета» открывает для этого дополнительные возможности.

Сеть здравоохранения региона сформировалась в соответствии с объективными специфическими для Алтайского края особенностями, важнейшими из которых являются высокий удельный вес сельских жителей (почти в два раза превышает средние показатели по Российской Федерации), низкая плотность населения в сельской местности (менее 4,7 человека на квадратный километр при средней по России 14,9 чел./кв.км), а также чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление.

На уровень здоровья населения и демографическую ситуацию существенное негативное влияние оказывает ряд специфических для региона факторов, важнейшими из которых являются радиационное воздействие и «генетический эффект», проявляющийся в последующих поколениях, обусловленные ядерными взрывами на Семипалатинском полигоне или связанные с падением фрагментов ракет-носителей, запускаемых с космодрома «Байконур». В зоне этого воздействия находится до 4% территории края.

Воздействие этих факторов во многом обусловило значительно более высокий, чем в Российской Федерации, уровень общей заболеваемости (в 1,5 - 2,2 раза), следствием чего является более высокая потребность населения края во всех видах медицинской помощи.

Наша социальная политика направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения, что требует повышения эффективности и модернизации отрасли здравоохранения.

На территории края активно реализуются все сегменты национального проекта «Здоровье», Алтайский край вошел в число регионов, где созданы первые региональные сосудистые центры. Реализация данного направления позволила снизить смертность от сосудистых заболеваний в 2009 г. на 19,8%, за 5-месячный период 2010 г. на 21,6%. Более 60% больных, перенесших инсульт, сохраняют способность к самообслуживанию.

Мы всегда уделяли большое внимание развитию онкологической службы. Сегодня регион располагает централизованной системой онкологической помощи населению, включающей ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», онкологические кабинеты в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях. Онкологическая служба построена по диспансерному принципу и имеет строго определенные функции и задачи, направленные на профилактику, диагностику, лечение, диспансеризацию и реабилитацию онкологических больных.

Регион включен в федеральную онкологическую программу. Участие в ней позволило привлечь 437 млн. рублей из федерального бюджета на приобретение новейшего высокоэффективного оборудования для ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований для поликлиники онкоцентра «Надежда». Из краевого бюджета в рамках софинансирования данной программы планируется выделение 174 млн. рублей, в первую очередь на приобретение лечебно-диагностического оборудования для первичного онкологического звена в структуре лечебно-профилактических учреждений. В регионе скоро будет создано 24 первичных онкологических кабинета.

Приоритеты здравоохранению отдаются и при формировании различных региональных социальных программ. Так, из 75 социальных объектов, включенных в программу «75 x 75», приуроченную к 75-летию Алтайского края, 24 - объекты здравоохранения.

Алтайский край выбран местом проведения V Общероссийского медицинского форума, который пройдет 9-10 сентября в г. Барнауле. Его организаторами выступили Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни», Всероссийская политическая партия «Единая Россия», Общероссийское объединение медицинских работников и Администрация Алтайского края при поддержке Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации. Это можно расценивать как факт признания тех принципиальных стратегических подходов к развитию здравоохранения, которые мы реализуем в крае. Уверен, что проведение такого авторитетного форума даст дополнительный импульс решению вопросов сохранения здоровья жителей региона.

А.Б. Карлин,
Губернатор Алтайского края



Модернизация здравоохранения - приоритет в государственной политике

(По итогам депутатских слушаний 22 июня 2010 года)

С состоянием здоровья россиян в современной России ситуация тревожная: более 60% имеют те или иные заболевания, а треть - хронические заболевания, которые в 30% случаев приводят к преждевременной смерти.

Эти показатели в 4-5 раз выше, чем в развитых странах. Такой процент заболеваемости характерен для всех возрастных групп россиян, в том числе для детей. На каждые 34-35 здоровых новорожденных в России сегодня приходится один ребенок, уже имеющих отклонения в развитии. Продолжительность жизни россиян сегодня составляет 69 лет, в то время как в развитых странах она приближается к 80 годам. По уровню заболеваемости и смертности Россия уступает даже развивающимся странам, например, Китаю и Индии. Трудная демографическая ситуация - причина того, что в стране с каждым годом становится все меньше работающего населения, да и качество труда постепенно снижается.

В 2008-2009 годах государству удалось снизить темпы убыли населения. Очевидно, что в ближайшие 5-6 лет его задача - закрепить эти позитивные тренды и развить их.

По словам **Татьяны ГОЛИКОВОЙ, министра Минздравсоцразвития РФ**, «нам нужно, во-первых, стабилизировать численность населения в России на уровне 142-143 миллионов человек. Во-вторых, преодолеть наконец-то рубеж 70 лет в ожидаемой продолжительности жизни».

Сделать это можно при условии реформирования системы медицинской помощи в стране.

Состояние здравоохранения в стране напрямую зависит от государственной политики в этой отрасли.

Председатель Правительства РФ Владимир ПУТИН в своем отчете Государственной Думе РФ

о деятельности правительства заявил, что в 2010 году будет увеличена ставка страховых взносов на ОМС (обязательное медицинское страхование) с 3,1 до 5,1%, и изложил основные цели предстоящей масштабной реформы здравоохранения. В течение двух лет накопленная сумма должна составить около 460 млрд. рублей, которые будут инвестированы в три направления.

Первое - модернизация материально-технической базы, ремонт и техническое переоснащение лечебных учреждений. На эти цели государство намерено израсходовать 300 млрд. рублей.

Второе направление финансирования - информатизация здравоохранения. Прежде всего, это введение электронного полиса ОМС на базе единой социальной карты. Сегодня, несмотря на продекларированный в законе принцип свободного обращения полиса ОМС по всей территории страны, россиянин, переехав в другой регион, не может получить бесплатную медицинскую помощь, даже имея на руках полис. Планируется, что в медицинских учреждениях будут созданы телекоммуникационные системы, которые позволят эффективнее организовать работу учреждений с электронными полисами. Всего на информатизацию здравоохранения из госбюджета выделено 24 млрд. рублей.

Наконец, **третье направление инвестиций** - повышение стандартов оказания медицинской помощи: увеличение зарплат врачам, обеспечение лекарствами и питанием больных, покупка средств диагностики и т.д. В общей сложности государство намерено потратить на это 136 млрд. рублей. Сегодня в разных регионах одно и то же заболевание нередко лечат по-разному, - насколько позволяет квалификация врачей и наличие нужного оборудования. Это, по меньшей мере, несправедливо. Внедрение стандартов требует и оснащения единым оборудованием.

К концу этого года согласно требованиям правительства местные власти должны будут разработать программы модернизации медицинской помощи, которые учитывают структуру заболеваемости и смертности в регионе. Именно такая программа повышения качества медицинских услуг, оптимизации сети медицинских учреждений, набора необходимых медицинских служб, обучения врачей и т.д. - всего того, благодаря чему люди получали бы именно ту медицинскую помощь, в которой они нуждаются, причем, за счет системы медицинского страхования, - в Алтайском крае стала предметом обсуждения участников депутатских слушаний, прошедших 22 июня т.г. Всего они собрали более ста специалистов из



А.Ф. Лазарев, Н.Ф. Герасименко,
И.И. Лоор, Б.А. Трофимов



Гражданское общество. Обсуждаем реформу

Барнаула, Бийска, Заринска, Новоалтайска, Рубцовска, а также других городов и районов края.

- В Алтайском крае есть все предпосылки для принятия Программы модернизации здравоохранения: совершенствуется региональное законодательство в сфере здравоохранения, приняты и действуют «Концепция развития здравоохранения Алтайского края на период до 2013 года», программа «Демографическое развитие Алтайского края на 2008-2015 годы», краевые целевые и ведомственные программы в сфере здравоохранения. Регион располагает мощным научным и кадровым потенциалом. И мы обязаны успешно решить задачи модернизации здравоохранения - во благо жителей края, - подчеркнул, открывая слушания, председатель АКЗС **И.И. ЛООР**.

Свое видение проблем краевой системы здравоохранения и перспективы ее модернизации представили эксперты. Среди них - заместитель председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья **Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО**, начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **В.В. ЯКОВЛЕВ**, председатель комитета АКЗС по здравоохранению и науке **А.Ф. ЛАЗАРЕВ**, проректор по учебной работе Алтайского государственного медицинского университета **В.В. ФЕДОРОВ**, заместитель председателя Совета Общественной палаты Алтайского края **И.В. КОЗЛОВА** и другие.

- **Повышение эффективности системы оказания медицинской помощи для увеличения рождаемости, продолжительности жизни и снижения смертности населения на основе соблюдения стандартов медицинской помощи; внедрение современных информационных систем в здравоохранение; обеспечение дополнительных социальных гарантий неработающим пенсионерам; совершенствование организации финансового обеспечения и учета оказываемой медицинской помощи**, - так определил цели и задачи предстоящей модернизации отрасли **Александр Федорович ЛАЗАРЕВ**, председатель комитета АКЗС по здравоохранению и науке, д.м.н., профессор. - Здравоохранение выхо-



А.И. Кайдалов, Л.С. Скрыбига

дит на первые роли в социальных вопросах государственной политики.

Для реализации этих задач должны быть разработаны **региональные, муниципальные, локальные программы**. Основное место в них должно быть уделено обеспечению доступности качества медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения, они должны обеспечить выполнение стандартов, способствующих развитию медицинской помощи в первичном звене, обеспечить профессиональную переподготовку медицинского персонала, оснащение необходимым оборудованием и внедрение современных информационных систем.

Планирование программ также должно осуществляться на основе целевых показателей базовых точек опоры, но их должны определять на местах.

Бесплатность, доступность, обеспеченность - должны лежать в основе всей системы оказания медицинской помощи.

Основные моменты реализации программы: модернизация инфраструктуры государственных МУЗ и создание специализированных высокотехнологичных центров, где будут представлены самые новейшие технологии.

Второе направление: обеспечение эффективной и информационной поддержки и организация здравоохранения граждан в рамках процесса управления медицинской помощью. Эти мероприятия должны включать совершенствование системы медицинского страхования, создание локальных сетей и каналов связи, учета анализа деятельности, электронные амбулаторные карты и истории болезней, регистры, информационное взаимодействие с Фондом ОМС и другими ЛПУ.

Третья задача: улучшение доступности качества медицинской помощи неработающим пенсионерам - выплата, льготное обеспечение лекарствами, оказание помощи на дому.

Еще одна задача - обеспечение эффективного расходования финансовых средств, внедрение тарифа оплаты на основе стандарта, оплата по результату, внедрение персонифицированного учета услуг.



И.В. Долгова, В.Н. Карташев



Здравоохранение Алтайского края

Гражданин должен выбирать страховую компанию, лечебное учреждение, врача - это будет обеспечивать равнодоступность медицинской помощи на местах.

Процесс модернизации - это не кратковременная кампания, это достаточно длительный процесс, - подчеркнул Александр Федорович. - И мы должны почувствовать, понять и определить порядок работы в этом направлении. Сейчас идет первый этап, который касается подробной разъяснительной работы. Мы должны понять, что делать, как и из чего. Второй блок будет касаться принятия законов и внесения изменений в действующие законы. Третий блок - принятие региональных программ и их мониторинг.

Очень серьезный момент - формирование нового менталитета нашего населения. Если мы от деклараций не перейдем к конкретным действиям в плане развития здорового образа жизни, мы ничего не изменим. Высокотехнологичные центры влияют на 0,5-1%, если человек не бросит курить, злоупотреблять алкоголем, - многие болезни с ним останутся.

Владимир Васильевич ФЕДОРОВ, проректор по учебной работе АГМУ, д.м.н., профессор:

- В этом году в нашем университете - 51-й выпуск врачей-лечебников и первый выпуск экономистов-менеджеров для лечебно-профилактических учреждений нашего края, Республик Алтай, Тыва. За все эти годы подготовлено 25 тысяч врачей и провизоров. Наш вуз успешно прошел аккредитацию только что и подтвердил статус университета. Среди штатных преподавателей почти 77% имеют ученые степени, каждый пятый - доктор медицинских наук. По «остепенности» мы занимаем шестое место среди всех медвузов РФ. Тестирование по 32 дисциплинам показало, что наши студенты (тестировано было 800 человек) имеют глубокие знания по всем дисциплинам. Все выпускники, поступившие по целевым договорам, направлены по месту постоянного жительства, за исключением тех, кто от глав районов получил разрешение на свободное трудоустройство. Анализ показал, что доезд выпускников по целевым договорам по месту прописки составляет 80-85%. Целевую подготовку мы и далее будем развивать - так как на селе имеется дефицит врачебных кадров. В этом году мы имеем 207 целевых мест. При этом сократили бюджетный прием на 50 мест, особенно это заметно на медико-профилактическом факультете: из 25 мест оставили только 10 - к сожалению, из Минздрава это сокращение с нами никто не согласовал.

Наши предложения при формировании программы модернизации здравоохранения края:

- ◆ поддержать наш вуз в Минздраве России по целевому приему из сельских районов края и сохранить число бюджетных мест;

- ◆ рассмотреть вопрос о возможности освобождении вуза от оплаты коммунальных расходов за учебные помещения клинических кафедр;

- ◆ помочь в приобретении жилья на льготных условиях молодым перспективным преподавателям;



Г.Г. Пекшев, И.Г. Беккер

- ◆ создать необходимые социальные условия для специалистов, направленных в сельскую местность: жилье, детские сады, трудоустройство супругов и т.д.;

- ◆ рациональнее использовать научный профессиональный потенциал профессорско-преподавательского состава университета (выезды в сельские закрепленные районы для консультирования и пр.);

- ◆ при лицензировании частных стоматологических кабинетов и аптек учитывать участие этих учреждений в производственной практике студентов мединститута;

- ◆ согласовать вопрос о повышении квалификации среднего медицинского персонала на базе АГМУ совместно с управлением по здравоохранению Алтайского края. У нас есть мощная база, есть лицензия, есть кадровый потенциал.

- Цель формируемой Программы модернизации - это, безусловно, в первую очередь, влияние на демографические показатели: сверхсмертность от управляемых причин и повышение рождаемости. Предложения в программу формировались «эволюционно», ее отдельные разделы прошли различные формы профессиональной и общественной экспертизы, - отметила **Ирина Валентиновна КОЗЛОВА**, заместитель председателя Совета ОПАК. - Сложившаяся ситуация со смертностью (в России в 2,5 раза выше, чем в среднем в Европе и почти в 4 раза, чем в Финляндии) связана с высокой распространенностью факторов риска. К сожалению, улучшение диагностики и лечения этих заболеваний (в том числе и высокотехнологичными методами), безусловно, сможет снизить абсолютные показатели смертности и чуть увеличить среднюю продолжительность жизни, но... не может принципиально снизить заболеваемость (а следовательно, и смертность как социальный показатель!).

Ситуация еще усугубляется универсальным и необратимым процессом старения населения Земли, о чем свидетельствует доклад ООН, опубликованный в декабре 2009 года, о старении населения. А это еще дополнительное бремя нагрузки на систему здравоохранения в обозримом будущем и необходимость учитывать особенности патологии пожилого возраста. ►



Здравоохранение Алтайского края

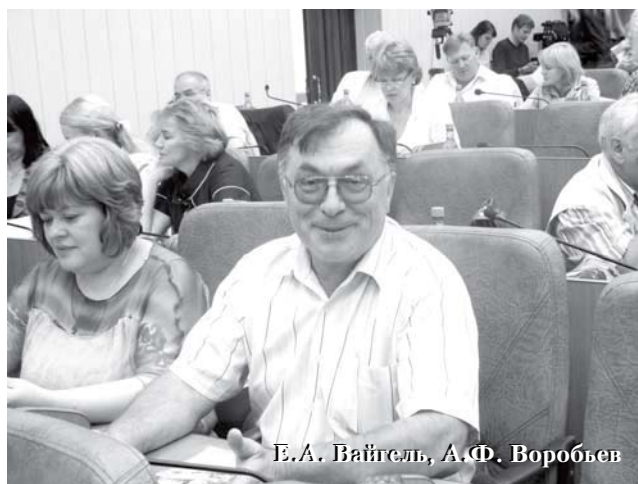
Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были и существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Но кроме того, **резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья.**

До тех пор, пока подобное изменение социального климата не произойдет и у нас, Россия не сможет ответить на становящийся все более грозным вызов смертности.

Идеологический фактор, изменение сознания людей, мотивация их заботиться и быть ответственными за состояние собственного здоровья - пожалуй, самая сложная задача этого периода.

Мы убеждены, что наряду с развитием спорта, фитнес-центров должна формироваться система обучения населения принципам и навыкам здорового образа жизни. И надеемся, что довольно скоро в этом и будет состоять главное предназначение врача! Обучению специалистов - врачей, средних медицинских работников навыкам ведения профилактической работы по формированию здорового образа жизни уже сегодня нужно отдать приоритет.

Не исключаем важность различных акций и общественных инициатив по противостоянию, например, алкоголизации населения и табакокурению. (Пять лет тому назад сентябрь был провозглашен в США месяцем воздержания от алкоголя. В это время медицинские организации проводят встречи с общественностью, рассказывая о вреде, который наносит алкоголь здоровью: провоцирует рак желудка, печени, сердечно-сосудистые заболевания и слабоумие. На лечение только этих заболеваний в США тратится до 180 млрд. долларов в год. Но там не так остро стоит вопрос о курении вообще и особых категорий работ-



Е.А. Вайгель, А.Ф. Воробьев

ников: медиков, педагогов, госслужащих, в частности.)

Если мы говорим о системе мер по борьбе с курением, то одним из первых следует назвать добровольный, осознанный отказ от курения на рабочих и в публичных местах - работников администраций, учреждений образования и, безусловно, медиков. Требуется включение «поощрительных» и «наказывающих» мер в программы обязательного и добровольного медицинского и социального страхования. Поощрение и поддержка общественной нетерпимости к пособничеству курению в общественных местах: кафе, библиотеках, учреждениях культуры и т.д.

Мы должны воспользоваться моментом формирования позитивного образа нашего региона - «Алтай - туристический рай!» - и постепенно прийти к тому, чтобы «ворота» в край (аэропорты, вокзалы), гостиницы, туристические комплексы, были объявлены зонами без курения.

Участники проекта «Здоровая семья - это здорово! Начни с себя!» вышли с инициативой: **объявить ноябрь - месяцем активного противодействия табакокурению.** Мы просим участников депутатских слушаний поддержать эту инициативу.

Особая роль в модернизации здравоохранения - роль самого медицинского сообщества. Медицинская деятельность - это, прежде всего, профессиональная деятельность, и она не ставит своей целью извлечение прибыли (это не предполагает и нищенское положение отрасли). **Значительная роль в повышении качества должна отводиться профессиональным саморегулируемым организациям,** - считает Ирина Валентиновна. - Это еще одно из направлений модернизации здравоохранения и в части качества подготовки, переподготовки и даже «допуска» в профессию специалистов, и эта работа требует осмысления, дискуссий, но и практических шагов.

Говоря о предстоящей реформе все участники общественной дискуссии подчеркивали, что для изменения демографической ситуации в стране новая политика должна охватывать не только материально-технические аспекты (модернизация лечебной инфраструктуры страны, повышение уров-



И.В. Козлова, Т.Л. Альпанская



ня медицинской помощи, улучшение снабжения больных лекарствами и питанием и т.д.), но и идейные.

По экспертным оценкам, состояние здоровья человека на 30% зависит от уровня оказываемых медицинских услуг. И на 50% - от того, какой образ жизни ведет человек: есть ли у него вредные привычки, избыточный вес, высокие артериальное давление и уровень холестерина, насколько правильно он питается.

Здоровье в России не является общественной и персональной ценностью. **Россияне не склонны думать о здоровье как о собственном ресурсе и капитале.** Согласно опросам ВЦИОМ, проведенным в 2006 году, более трети россиян вообще не думают о своем здоровье. А многие из тех, кто утверждает, что заботится о нем, делают это весьма пассивно. Вот почему необходимо заниматься пропагандой здорового образа жизни среди россиян.

Финансирование модернизации здравоохранения будет осуществляться за счет федеральных средств, но что бы их получить необходимо в крайне сжатые сроки представить на утверждение конкретную краевую программу реформирования здравоохранения, обосновать ее и защитить ее в Минсоцразвитии (в помощь министерство уже на своем сайте разместило примерную программу - www.minzdravsoc.ru) Концепция финансирования медицинской помощи – лишь часть новой демографической политики, проводимой Минздравсоцразвития России. Помимо качественных медицинских услуг населения нужно обеспечить доступными лекарствами. А это невозможно без контроля за ценообразованием на фармацевтическом рынке. Однако чтобы они были доступны по цене всем слоям населения, нужно развивать их производство внутри страны.

Окончательный вариант краевой программы должен быть принят до 1 октября 2010 года.

В Алтайском крае 9-10 сентября текущего года пройдет V Общероссийский медицинский форум, в рамках которого пройдет всестороннее обсуждение предстоящей модернизации здравоохранения. С мнениями участников форума мы познакомим наших читателей. ☺



Табак ОТКЛЮЧАЕТ МОЗГИ



Ко всем известным пагубным свойствам курения добавилось еще одно: оказывает, оно резко понижает коэффициент интеллекта.

За последние годы медицина чего только не узнала о табаке: он провоцирует сердечно-сосудистые болезни и недуги

дыхательной системы, вызывает несколько видов рака, замедляет развитие детей курящих родителей, ухудшает обоняние и вкус... Израильские ученые выяснили, что он еще и негативно влияет на уровень интеллекта!

Они обследовали 20 тысяч юношей в возрасте от 18 до 21 года и выяснили, что у выкуривающих до пачки сигарет в день коэффициент умственного развития (IQ) ниже, чем у некурящих. **И чем больше сигарет юноша выкуривает, тем хуже его умственные способности.** Если у некурящих IQ в среднем равнялся 101 баллу, то у типичного курильщика он снижался до 94, а у тех, кто выкуривал больше пачки в день, не превышал 90.

Важным доказательством стали исследования близнецов, которые часто применяются в подобных сравнительных проектах. У них результаты IQ-тестов четко различались в зависимости от того, курили они или нет. Некурящие братья показали значительно лучшие результаты, чем курящие. И если во всех прочих случаях можно было предположить, что связь между курением и коэффициентом интеллекта обратная (то есть менее развитые люди чаще выбирают курение, чем более развитые интеллектуально), то в случае с близнецами этот аргумент не работает. Как правило, от природы умственные способности у них бывают одинаковыми.

Причиной резкого ухудшения интеллекта курильщиков, скорее всего, служит то, что их головной мозг получает недостаточно кислорода. Он потребляет львиную долю кислорода, поступающего в организм, - до 2,5% от всей массы тела человека. А табачный дым объем вдыхаемого кислорода резко сокращает. Кроме этого, в мозг попадают 4000 химических соединений, 30 из которых особенно ядовиты. Аммиак, ацетон, бензол, метанол, пестициды, полоний, сероводород, синильная кислота, углекислый газ, формальдегид, бензопирен, дибензопирен – это далеко не полный список.

После попадания сигаретного дыма в легкие уже через 7 секунд в головной мозг попадает и никотин. Поначалу он может слегка простимулировать его работу, но дальше наступает обратный эффект - спад умственной и физической активности. **1-2 пачки сигарет содержат смертельную дозу никотина.** Курильщика «спасает» только то, что эта доза вводится в организм не сразу, а по частям. ☺

Подводим итоги - строим планы

Координаторы общественного демографического проекта «Здоровая семья - это здорово!» на очередном семинаре-тренинге, который прошел 28 июля текущего года, обсудили ряд задач на предстоящий период работы.



В числе плановых вопросов - общественная экспертиза краевой целевой программы «Формирование и пропаганда здорового образа жизни среди населения Алтайского края на 2010-2013 годы», подготовленной Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. В обсуж-

дении проекта приняла участие заместитель начальника Управления **Елена Артуровна ВАЙГЕЛЬ**.

Несмотря на то, что программа эта ведомственная, участники обсуждения были единодушны в том, что **такая программа действий по формированию здорового стиля жизни должна носить межведомственный характер и прежде всего быть направлена на молодежь и детей.** Медицинские работники, по мнению участников обсуждения, должны быть идеологами такой работы в детских дошкольных учреждениях, школах, как в ученической среде, так и среди родителей.

Медицинские учреждения, как стационары, так и поликлиники, **должны иметь условия для санитарно-гигиенического обучения населения.**

Как вариант - оборудование мониторами холлов Диагностического центра, детской и взрослой краевых поликлиник с постоянно идущими передачами по здоровому образу жизни. На краевом телеканале «Катунь-24» должна появиться постоянная передача по вопросам профилактики и сохранению здоровья. Первичные учреждения здравоохранения - ФАПы, врачебные амбулатории - должны иметь стандарты оснащения и методики (а значит, и подготовленных специалистов) для ведения такой работы.

Вновь созданные в крае учреждения - центры здоровья - нарабатывают опыт профилактической работы. По информации **Е.А. Вайгель**, эта программа на этапе обсуждения уже получила серьезное развитие и не будет вноситься на рассмотрение в первоначальном варианте. После ее доработки участники проекта повторно вернуться к ее обсуждению.

Большой интерес вызвала информация координатора проекта в Бурлинском районе **Татьяна Семеновна ЧЕРТОВСКИХ** о том, как организована в Год учителя работа в педагогических коллективах по проекту «Здоровая семья - это здорово!». Свое выступление Татьяна Семеновна начала с восточного изречения



«На Востоке говорят: если ты хочешь узнать путь, ведущий в гору, спроси у того, кто по нему ходит. Но даже если тебе расскажут, то идти все равно придется самому, и это будет уже твой путь. У каждого свой путь, к здоровью - тоже».



Заместитель главы администрации Бурлинского района **Николай Дмитриевич ЗАХАРИЮТА** под-

твердил, что социальное партнерство по проекту «Здоровая семья - это здорово!» будет поддержано в последующем и в районе обязательно в рамках месячника активных действий противодействия табакокурению в ноябре текущего года пройдут различные мероприятия.

Эта наша «ноябрьская» антитабачная инициатива стала предметом особого обсуждения, и то, что ряды ее сторонников расширяются, - это хороший знак.

Общественная палата Алтайского края включила участие в этой акции в свой перспективный план работы. Акцию поддержало и **Алтайское краевое научное общество кардиологов**, конкретные мероприятия будут согласованы на октябрьском заседании общества.

Присутствующие на семинаре председатель **Союза журналистов Алтайского края Раиса Петровна ГОЛОВАНЕВА** и председатель **Совета Алтайской краевой общественной организации «Молодые журналисты Алтай»**, член **ОПАК Сергей Юрьевич КАНАРЕВ** также увидели место и роль в этой работе своих НКО.





Специалисты **Краевого перинатального центра** - «за» проведение такой работы, особенно среди молодых девушек и беременных женщин: *«И мы обязательно примем в ней участие»*, - подтвердила главный врач Центра **Елена Германовна ЕРШОВА**.

Тема здорового образа жизни, можно сказать, является одним из обязательных элементов молодежной политики в крае. И молодежь активно работает в этом направлении - такую позицию озвучила **Юлия Викторовна ПЯТКОВА**, специалист Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи.

Свои предложения по участию в акции вы можете направить по адресу: г. Барнаул, ул. Пролетарская, 113, офис 200, т/ф (8-3852) 35-46-42, e-mail: nebolem@mail.ru.



С.Ю. Канарев

Станьте сами организатором мероприятий в своем классе, студенческой группе, коллективе. Поступите разумно - бросьте курить, не будьте равнодушны к вредным привычкам своих родных и близких. Начните с себя!

Участники семинара были проинформированы об итогах Краевого благотворительного марафона «Поддержим ребенка!» и тех задачах, которые предстоит решить в рамках марафона в последующем. ☺



Со светлыми чувствами мы вместе вспомнили искреннего человека и надежного нашего партнера по проекту «Здоровая семья - это здорово!» в г.Бийске

МЕДВЕДЕВУ

Надежду Михайловну.

Ее жизнь была ярким примером общественно-государственного служения, человеколюбия и благородства. Потеря эта невосполнима... Сопереживаем родным и близким, коллегам Надежды Михайловны.

Мультфильм ужасов

Ваш ребенок обожает смотреть по телевизору кровавые боевики или жестокие иностранные мультфильмы? Он не сможет делать это в ваше отсутствие. Госдума в июне 2010 года приняла во втором чтении проект Федерального закона «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», согласно которому подобная продукция может транслироваться только с 11 вечера до 6 утра.



Законопроект предполагает классификацию информационной продукции в зависимости от возраста детей. При этом **соответствующая маркировка** (исходя из шести возрастных групп - для детей, не достигших шести лет, старше шести лет, старше 12 лет, старше 16-ти и старше 18-ти) **будет наноситься самим правообладателем**, к примеру, на обложки печатных материалов и компьютерных дисков. Также закон определяет, какая именно продукция может оказать негативное влияние на детей, и вводит ряд недостающих в российском законодательстве определений.

Законодатели решили поделить «сомнительную» информацию на две категории. К первой относятся передачи, которые не стоит смотреть даже впечатлительным взрослым, а уж детям-то и подавно, - в них призывают пить-курить, употреблять наркотики и мучить животных. Порнография, разумеется, проходит по этому же разряду. Во вторую категорию вошла продукция, где эти сцены (кроме порно) тоже имеются, но не пропагандируются. Такие передачи детям можно смотреть вместе с родителями.

Но насилие насилию рознь, уверены законодатели. Если «в информационной продукции содержится идея торжества добра над злом», то эпизодически оно оправданно. Так что сериалу «Ну, погоди!» ничто не угрожает. Мыши, издевающиеся над котом Леопольдом, тоже пострадать не должны - авторы мультфильма сопереживают бедолаге, значит, такая продукция разрешена.

Под действие проекта попадает не только телепродукция, но и радиотрансляции, книги, журналы, компьютерные игры и даже произведения изобразительного искусства. Их оборот также предлагается регулировать. Непонятно только, как быть с Интернетом, заменяющим все вышеуказанное. ☺



ОТ РЕДАКЦИИ. В августе 2007 года мы впервые представили нашим читателям коллектив школы №19 г.Новоалтайска. На протяжении этих лет мы постоянно поддерживали отношения с коллективами педагогов и учеников школы. 2010 год - Год учителя - мы начали с приветствия учеников школы, занявших 35 призовых мест по итогам городских олимпиад среди школьников (журнал №1, 2010г.).

Школа как зеркало общества

Накануне нового учебного года - наша беседа о роли и месте учителя в обществе, задачах по гармоничному развитию и сохранению здоровья детей с О.А. ДОЛМАТОВЫМ, директором школы, и В.В. КОЗЛОВЫМ, председателем Попечительского совета школы, генеральным директором Издательства «ВН - Добрый День».

- Сохранение здоровья молодежи - одно из важных условий сохранения нации, - говорит Олег Александрович. - Я бы даже сказал, что под этим девизом коллектив школы №19 г.Новоалтайска организует всю работу по воспитанию культуры здоровья (как физического, так и психического, нравственного) у ребят. На развитие потребности в здоровье и здоровом образе жизни, физическое совершенствование детей направлены работы по здоровьесбережению учащихся.



- Вы считаете, что у коллектива педагогов есть свои инновационные подходы?

- Безусловно. Осознать нравственные ценности, сохранить и укрепить психологическое здоровье, адаптироваться и находить пути решения в трудных жизненных ситуациях - это задачи программы «Тропинка к собственному Я», которая применяется в нашей школе.

Ток-шоу, театрализованные представления, круглые столы, публичная презентация газет и плакатов, совместный просмотр видеофильмов с последующим их обсуждением, беседы о личной гигиене, о вреде алкоголизма и табакокурения, последствиях наркомании, СПИДа для человеческого организма - мы используем самые различные формы работы по привитию навыков здорового образа жизни и профилактике вредных привычек. Среди учащихся 9-11 классов большой популярностью пользуются элективные курсы «Химия в повседневной жизни», «Я и мое здоровье». Работает волонтерский отряд, пропагандирующий ЗОЖ.

- Поддерживают ли ваши инициативы родители?

- Вы правы. Работа по здоровьесбережению более эффективна, когда в нее включаются родители, показывающие на своем примере стремление к ЗОЖ. Ежегодно проводятся соревнования «Папа, мама, я - спортивная семья», фотоконкурсы «Спортивные достижения моей семьи», агитвыступления «Здоровая семья - это здорово!». В школьной газете введена рубрика «Здоровая семья -

здоровые дети. Здоровые дети - умные дети». Проводим цикл родительских собраний «Здоровье наших детей» с приглашением врачей-специалистов. Следует отметить, что из 720 учащихся школы ни один не находится на наркологическом учете.

Занятия спортом, регулярные физические нагрузки делают школьников более выносливыми, укрепляют иммунитет, следовательно, помогают бороться с болезнями. **Во всех классах введен дополнительный** (третий в неделю) **урок физкультуры.** Работают волейбольная, баскетбольная, футбольная, лыжная, легкоатлетическая секции, кружок общефизической подготовки. Администрация школы многое сделала, чтобы уроки физкультуры и тренировки ребят проходили в хороших условиях: спортзал ярко покрашен, модернизирована система освещения, оборудованы современные раздевалки и душевые комнаты, тренажерный зал. Традиционными стали спортивные соревнования «Веселые старты», «Рыцарский турнир», «А ну-ка, мальчишки!»; Дни здоровья, выпуск стенгазет, плакатов; конкурсы рисунков на темы спорта и здоровья. Ежегодно в апреле проходит месячник спортивных мероприятий «В здоровом теле - здоровый дух!».

Развитие и популяризация спорта в школе позволили достичь заметных результатов: **40% учащихся занимаются в школьных спортивных секциях** (по статистике, в РФ физической культурой систематически занимается лишь 10,6% населения) и **38% наших детей посещают городские спортивные клубы.** Спортсмены школы принимают участие во всех городских соревнованиях и постоянно занимают призовые места.



- Что вам позволяет судить о том, что ваши усилия не напрасны?

- Учащиеся школы являются победителями различных городских и краевых творческих конкурсов: «Здоровье. Будущее. Дети», «Деловые люди Алтая», «День птиц», «Безопасное колесо» и др. Много лет школа №19 входит в тройку лучших школ города по итогам городских олимпиад и сдачи ЕГЭ. На олимпиаде по ОБЖ, проводившейся в нынешнем учебном году



◀ впервые, ученики нашей школы заняли 4 призовых места из шести.

Но главным результатом работы школы по здоровьесбережению является снижение количества заболеваний учеников, пропусков уроков по болезни.

В работе по сохранению и улучшению здоровья детей как основы их успешной адаптации ко все быстрее меняющейся внешней среде школе активно помогают общественность и социально ответственный бизнес: газета «Вечерний Новоалтайск», журнал «Здоровье алтайской семьи», краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие». Особый разговор - первый опыт работы Попечительского совета школы.



Тему продолжает Вадим Владимирович Козлов:

- В образовании, как и в любой сфере человеческой жизни, - свои правила, подъемы и кризисы, а также радикальные реформы, принципиально меняющие содержание, цели и критерии значимости всего процесса, определяемого очередным этапом развития человечества.

Россия, хоть и с опозданием на 30-40 лет от развитых стран, со своей спецификой, с трудом, но входит в постиндустриальное общество. Суть его в том, что сегодня именно **знание становится основной производительной силой и основой любого богатства и власти.** Осмысление этого факта привело к колоссальному кризису всей системы образования цивилизованного мира в 70-80-е годы.

Новая эпоха, эпоха знаний, требует новое качество учителя. Возможность любого ученика получать уроки у лучших педагогов страны, наверное, снизит в перспективе ценность методических навыков. Но гарантированно поднимет ценность умения учить учиться, воспитания человеческих качеств и социализации детей в меняющемся мире. Учитель должен стать неким образцом нового человека, человека будущего.

- Учитель - безусловно, одна из наиболее значимых для развития общества профессий. Не считаете ли вы, что со стороны государства она «недооценена»?

- Доказано, что любое государство, становясь все более громоздким, все с большим трудом удовлетворяет свое население в качественных услугах, в том числе и общеобразовательных. Поэтому государство объективно будет сосредотачиваться на гарантированном предоставлении некоего усредненного (а то и минимального!) уровня услуг. И проблема любого общеобразовательного учреждения - **в поиске собственного пути в системном изменении содержания процесса, его качества и расширении возможностей.** В рамках развития различных институтов гражданского общества, привлечения общественности к решению конкретных проблем можно достаточно радикально изменить ситуацию.

Суть этого подхода такова. **При учреждении создается реально действующий общественный совет попечителей.** Они определяют специфику вектора развития конкретной школы. Создают внебюджетный фонд для реализации планов и контролируют порядок его расходования на нужды школы, учеников, педагогического коллектива.

Более того, они на правах общественного контроля (или - если угодно - социального заказчика) вникают в содержание и качество учебного процесса. **И главное - его оценивают: нравственно, организационно и материально.**

Во всем мире подобный процесс существует и развивается более 400 лет! Практически при всех высших учебных заведениях активно работают попечительские советы, а созданные 100-200-300 лет назад фонды достигают десятков миллиардов долларов!

- Согласитесь, что это процесс в какой-то мере «эволюционный». Где-то даже понятно, когда, допустим, школа получает поддержку от фермера, который не только обеспечивает занятость, но и решает массу других социальных вопросов для односельчан. В городах же «шефство» предприятий над школами в основном утрачено...

- Кто раньше встанет на веками накатанный путь, тот дальше и уйдет. Мы познакомились с директором моей родной школы №19 О.А. Долматовым буднично. Только заступив на должность и ужаснувшись состоянию школы, он среди, наверное, многих, посетил и меня. Попросил «по мелочам», не помню точно. К его (да и моему тоже!) удивлению он получил отказ, а от идеи создания Попечительского совета (реального!) он, в свою очередь, тоже отказался. Мы шли к взаимопониманию несколько лет.

Сегодня мы в жарких спорах подходим к единому пониманию целей и задач Попечительского совета новой формации, соответствующей неумолимо наступающей постиндустриальной эпохе, эпохе Знаний. Пока мы вместе только нащупываем «дорожку». После двух лет дебатов школа перешла на самостоятельный бухгалтерский баланс и готовится к реорганизации в автономное общеобразовательное учреждение (Олег Александрович сначала был категорически против этого).

Регулярно издается школьная газета. Завершается первый школьный конкурс «Лучший учитель школы №19». Его итоги с вручением 50тыс. рублей победителю планируется подвести на торжественном праздновании 43-й годовщины школы 10 сентября. Уже решено продолжить этот конкурс в дальнейшем. Чествуем учеников и награждаем ценными подарками и денежными средствами победителей олимпиад всех уровней. С целью привлечения молодежи в школу планируем сформировать специальный фонд поддержки молодых учителей, который позволил бы удвоить их реальную зарплату.

Но главная задача - сделать за 3-5 лет этот процесс саморазвивающимся и не зависящим от личности отдельного директора или попечителя. По нашему представлению, основой этого должна стать реально ведущаяся история школы и постоянная связь школы со своими выпускниками. Именно они - конечный результат работы педагогического коллектива, его слава и гордость, а главное - потенциал развития школы в будущем. К сожалению, сами учителя, по-моему, весьма скептически смотрят (чаще всего со стороны!) на наши первые шаги. И, похоже, пока не верят. Именно этим я объясняю тот факт, что объявленный Попечительским советом в прошлом году грант в размере 50 тыс. рублей на создание истории школы не вызвал даже интереса. Когда ни один учитель не хочет фактически в рабочее время совместно с детьми писать свою историю, историю своей школы, - этот факт заставляет о многом задуматься. А так называемые «маленькие зарплаты» точно не играют в этом никакой роли. ☹



Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта



Ирина Владимировна ДЕМКИНА,

врач-стоматолог высшей категории, МУЗ «Детская поликлиника №9», г.Барнаул

Стоматологические заболевания - это наиболее распространенные поражения человеческого организма. Особое место среди них занимают болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР). Часто встречаемой группой заболеваний СОПР и губ, с которыми врач-стоматолог встречается в своей повседневной работе, являются так называемые самостоятельные стоматиты.

Стоматитами называют все заболевания, которые способствуют развитию воспалительного процесса слизистой оболочки ротовой полости.

Практически каждый человек прямо или косвенно сталкивается в своей жизни с таким стоматологическим заболеванием. Бытует мнение, что стоматит - это непосредственно детское заболевание. На самом деле это суждение ошибочно. Более того, стоматит у взрослых встречается довольно-таки часто и требует такого же лечения, как и у маленьких деток.

Для каждого возраста наиболее характерны «свои» виды стоматитов, так как строение эпителия СОПР формируется постепенно и имеет характерные возрастные особенности. Кроме того, существуют так называемые симптоматические стоматиты, которые являются проявлением какого-либо другого заболевания.

Грибковый стоматит (молочница) чаще всего возникает из-за дрожжеподобных грибков рода *Candida*. От него чаще страдают дети.

Герпетический стоматит вызывается вирусом простого герпеса. Острым герпетическим стоматитом чаще болеют малыши от 6 месяцев до 3 лет, так как у совсем маленьких деток есть к нему антитела, полученные от мамы. Заражение происходит от больного человека или носителя вируса контактным (через игрушки, соски, посуду) или воздушно-капельным путем.

Бактериальный (травматический) стоматит возникает при попадании инфекции на травмированную слизистую. Например, если малыш оцарапал щечку об игрушку, и в эту ранку попали бактерии, а так же, если щечка ребенка постоянно травмируется неправильным выросшим зубом.

Аллергический стоматит не является отдельным заболеванием, а относится к общей аллергической реакции на какой-либо из аллергенов и лечится вместе с основным заболеванием.

Как не пропустить стоматит или не спутать его с другими заболеваниями?

Основными проявлениями заболевания являются:

- повышение температуры тела до 39-40°C;
- увеличение лимфатических узлов, отказ от еды в связи с болью и общим ухудшением состояния;
- слизистая оболочка становится ярко-красной, припухшей;
- на внутренней поверхности щек и губ появляются болезненные высыпания - афты, эрозии, язвочки (при герпетическом стоматите они могут быть и на коже вокруг рта);
- при грибковом стоматите появляется налет, похожий на свернувшееся молоко);
- ребенок испытывает жажду, слюна становится пенистой.

Любимые детьми чипсы могут быть причиной заболевания, так как содержат много углеводов, что способствует бурному размножению микробов.

При начальной стадии заболевания стоматитом слизистая оболочка языка и десен краснеет, становится блестящей и сухой. Если малыш начал капризничать, отказываться от еды и жаловаться на боль в ротике, - проверьте внимательно рот ребенка, под язычком, за губой. Если вовремя не распознать стоматит, то спустя 1-2 дня на язычке появляется белый налет, со временем он охватывает всю внутреннюю слизистую поверхность щек, языка, небо, а также губы, часто в уголках рта появляются «заеды». Визуально он похож на капельки молока или крупинки творожка и легко снимается. Следу-



ющая стадия - когда на месте белого налета образуются язвочки и ранки.

Безусловно, определить форму, тяжесть, период заболевания может лишь врач, и только он может назначить необходимое лечение. Ни в коем случае не пытайтесь лечиться сами!

Профилактика заболеваний СОПР направлена на исключение или уменьшение влияния внешних и внутренних факторов.

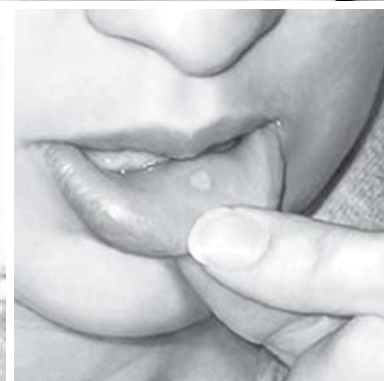
К индивидуальной профилактике относятся постоянный и тщательный уход за полостью рта, тщательное мытье рук перед приемом пищи и регулярные профилактические осмотры стоматологом.

Профилактика механических повреждений СОПР являет собой удаление разрушенных зубов, своевременное пломбирование кариозных зубов, сошлифовывание острых краев зубов, пломб, устранение вредных привычек (прикусывания слизистой щек, губ, языка), изготовление новых и коррекция старых протезов.

Особое внимание необходимо уделять тем людям, которые во время работы соприкасаются с вредными для организма веществами, что вызывает соответствующие изменения СОПР.

Кандидомикоз (молочница) может поражать как грудничков, так и взрослых. Своевременное лечение беременной женщины, санация родовых путей относятся к профилактике молочницы у новорожденных и грудных детей. **Из местных факторов, способствующих развитию кандидомикоза, имеют значение:** плохая гигиена полости рта, наличие кариозных зубов, заболеваний пародонта, длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними. Поэтому для профилактики этого заболевания необходимо проводить рациональную гигиену полости рта, осуществлять лечение зубов и десен.

Нередко кандидомикоз является следствием **длительной антибиотикотерапии и лечения кортикостероидами**. Часто именно такой стоматит является признаком дис-



бактериоза в пищеварительной системе. Если пациент получает антибиотики или кортикостероиды, которые подавляют естественную сопротивляемость организма к грибковым инфекциям, то необходимо обсудить с врачом целесообразность дальнейшего их приема или возможность снижения дозы этих препаратов и приема их одновременно с десенсибилизирующей терапией.

Причиной развития **контактного аллергического стоматита** также могут стать используемые в стоматологии материалы. Тщательно собранный анамнез нередко предотвращает возникновение лекарственной аллергии.

Помните, что **стоматит - болезнь, которой быстро можно заразить окружающих**. Поэтому заболевшего нужно изолировать - выделить свое полотенце, свою посуду и т.д., не разрешать детям играть с больным ребенком, регулярно проветривать комнату и проводить влажную уборку.

Полноценное питание, правильный уход, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, пребывание на воздухе способствуют предупреждению многих болезней, в том числе и стоматитов. ☺

Чтобы предупредить инфекционные заболевания, проявляющиеся на СОПР, необходимо исключить попадание инфекции в организм. Повышайте неспецифическую реактивность организма с помощью иммуномодуляторов, общеукрепляющих средств. Важно устранить очаги хронической инфекции в организме больного, направить усилия на общее оздоровление.



Инновации. Качество.



Информационные стенды ПАСМР централизованно оформлены в каждом ЛПУ



- Сегодня деятельность нашей Ассоциации на протяжении всего периода можно назвать творческой - это важное событие в жизни здравоохранения Алтайского края. Происходит постепенное признание значимости и роли медицинской сестры - со стороны как коллег, так и общества в целом. Врачи начинают смотреть на медицинскую сестру не как на некое «подспорье» в лечебном процессе, а видят в ней партнера, специалиста сестринского дела, умеющего и выполняющего квалифицированный уход за пациентами, - говорит президент АРОО «ПАСМР» **Л.А. ПЛИГИНА**. - Так, на базе МУЗ «Краевая клиническая больница» с 2006г. проводится внедрение сестринского процесса, с опытом этой работы постоянно знакомится сестринский актив ЛПУ края.

В любом деле всегда есть первопроходцы. В декабре 2006 года Правление Ассоциации утвердило положение об «Учебно-методическом кабинете ЛПУ», которое было опубликовано в сборнике нормативных документов АРОО «ПАСМР», проведены семинары по организации работы со всеми главными медицинскими сестрами ЛПУ.

Главная медсестра МУЗ «Городская больница №4» **Е.А. ВЕТХОЛОВА** проявила профессиональную заинтересованность, организаторские способности и лидерские качества в достижении поставленной цели. В декабре 2008 года состоялась презентация первого в регионе учебно-методического кабинета, созданного на базе МУЗ «Городская больница №4» г.Барнаула, где осуществляются практическая подготовка, усовершенствование профессиональных навыков медицинских работников.

- Сформировать единую систему оценки эффективности сестринской деятельности, контроля ее качества и дальнейшего внедрения в практику - одна из наших наиважнейших задач, - считают члены правления ПАСМР.

Повышение престижа сестринской профессии и качества сестринской помощи невозможно без внедрения системы контроля качества, которая подразумевает внедрение стандартов в профессиональную деятельность медицинской сестры. На достижение этих целей направлено участие членов Правления Ассоциации в работе Краевой аттестационной комиссии и Краевого центра по лицензированию.

2009 год ознаменовался первым выпуском специалистов сестринского дела с высшим образованием по специальности «Менеджер сестринского дела», получившим образование на базе открытого в 2005 году факультета ВСО в Алтайском государственном медицинском университете.

Нам предстоит продолжать работу по повышению эффективности и качества оказываемых нами услуг, своего профессионализма. Для этого мы продолжим:

- ◆ проведение региональных съездов, научно-практических конференций, семинаров, конкурсов;
- ◆ внедрение в практику кумулятивной системы повышения квалификации сестринского персонала;
- ◆ внедрение в практическую деятельность СМР протоколов технологичных простых медицинских услуг;
- ◆ освоение и внедрение инновационных сестринских технологий в ЛПУ города и края;
- ◆ участие Ассоциации в подготовке и реализации программ по сертификации и аттестации специалистов сестринского персонала на квалификационную категорию;
- ◆ создание единого информационного пространства. Организация учебно-методических кабинетов в ЛПУ города и Алтайского края. Развитие научных исследований в области сестринского дела.

Первые шаги по развитию сестринского дела в регионе сделаны, они дали нам уверенность в реализации намеченных целей и правильном направлении работы, но основная работа - впереди. Ее результаты будут зависеть от личного вклада каждого специалиста со средним медицинским образованием, от их понимания значимости и ответственности за происходящие в здравоохранении и обществе перемены.

Мы стремимся к тому, чтобы каждый специалист был причастен к процессу перемен, происходящих в сестринском деле, и реализовывал свой личный потенциал через активную деятельность в Ассоциации.



Будущее профессии - создадим вместе!

Профессионализм

Все усилия нашей организации все эти годы были направлены, прежде всего, на повышение профессионализма, рост общественного признания сестринской профессии, улучшение условий труда специалистов и качества сестринских услуг, а также формирование общественного мнения о востребованности независимой профессии медицинской сестры не только в Алтайском крае, но и в России в целом.

Уникальность деятельности Ассоциации заключается в равном внимании к проблемам, волнующим не только медицинских сестер различных специальностей, но также акушерок, фельдшеров, лаборантов, что свидетельствует о проявлении системного подхода к повышению качества медицинской помощи и ухода, оказываемых населению Алтайского края.

Члены ПАСМР - участники международных и организаторы краевых профессиональных конкурсов.

У нас сложилась целая система проведения собственных мероприятий по повышению квалификации сестринского персонала. Это ежегодные краевые семинары, ежеквартальные «Дни специалистов» для главных и старших медицинских сестер. Особо хотелось бы отметить профессиональные конкурсы:



О.М. СЕМЕНЧУК

2001 год: «Лучшая медицинская сестра г.Барнаула»,

2005 год: «Лучший сестринский коллектив ЛПУ»,

2007 год: «Лучшая медицинская сестра 2006г.» (ею стала медицинская сестра МУЗ Городская больница №4 г.Барнаула **О.М. СЕМЕНЧУК**),

2008 год: «Алтайские медицинские сестры - за здоровый образ жизни»,

2009 год: «Лучший медицинский работник 2009г.» в номинациях: «Лучшая медицинская сестра», «Лучший фельдшер», «Лучшая акушерка», «Лучший лаборант»,

2009 год: конкурс «Лучшая семья года» проведен совместно с краевым комитетом профсоюза медицинских работников,

2010 год: дан старт профессиональному творческому конкурсу «Летопись милосердия», посвященному сестринским династиям.

Мы - участники международного проекта по профилактике туберкулеза. Так, за 2008-2009гг. на семинарах по каскадному методу обучены 620 медицинских сестер современным методам профилактики туберкулеза, выявления и ухода за больными туберкулезом.

А по итогам международного конкурса в 2009 году второе место заняла старшая медицинская сестра КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» **Т.А. СУРАЗАКОВА**.

Не случайно Ассоциация медицинских училищ и колледжей Урала, Сибири и Дальнего Востока, Государственное образовательное учреждение среднего медицинского образования на базе Барнаульского базового медицинского колледжа провели семинар-совещание «Социальное партнерство медицинских колледжей и училищ с профессиональными ассоциациями средних медицинских работников».

Члены Ассоциации в составе делегации приняли участие в работе международных, всероссийских конференций, съездов, семинаров в гг.Санкт-Петербурге, Москве, Ижевске, Екатеринбург, Чите, Кемерово, Омске, Новосибирске, Казани, Астрахани. Число делегатов, командированных Ассоциацией на такие мероприятия, за эти годы составило 161 человек.

Отчеты по материалам этих мероприятий систематически публикуются в нашей рубрике «Вестник Ассоциации» в краевом медико-социальном журнале «Здоровье алтайской семьи». ☺



Участники международного проекта по профилактике туберкулеза: Т.Суразакова, В.Овчаренко, О.Кулигина, Н.Косорукова с ассистентами программы М.Крушель (Швеция)



Победитель профессионального конкурса «Лучшая медицинская сестра 2001 года» А.Екшибайрова



Награждение финалистов и победителей краевого конкурса «Лучшая медицинская сестра 2006 года»



Победители конкурса «Алтайские медицинские сестры - за здоровый образ жизни», 2008г.



Уход в домашних условиях за пациентами, перенесшими инсульт



Светлана Николаевна МЕДВЕДЕВА,

медицинская сестра нейрохирургического отделения, вторая квалификационная категория, ГУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2003 года

Инсульт - это нарушение мозгового кровообращения, одно из самых тяжелых заболеваний нервной системы. В России ежегодно им болеет свыше 450 тысяч человек. Инсульт занимает второе место среди причин смерти и первое - среди причин первичной инвалидности. К труду могут возвратиться не более 15% заболевших, а остальные, как правило до конца жизни нуждаются в помторонней помощи.

Вследствие инсульта резко ухудшается качество жизни семьи заболевшего, так как он нуждается в помощи проживающих с ним родных и близких. Чаще всего инсульты возникают у пожилых людей на фоне повышенных цифр артериального давления, распространенного атеросклероза, сахарного диабета. Однако в последнее время наметилась тенденция к омолаживанию данной патологии, что связывается с неблагоприятной экологической обстановкой, стрессами, злоупотреблением алкоголем, курением.

Как ухаживать за больным после инсульта?

Важным моментом в уходе является контроль за дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной системами; мониторинг температуры тела, пульса и артериального давления. Следует помнить, что тахикардия может быть признаком кровотечения и падения артериального давления. Важно вовремя определить лихорадку, которая свидетельствует об инфекции.

При задержке стула более трех дней необходимо сделать очистительную клизму. Нужно соблюдать диету, способствующую избеганию запоров, потреблять больше жидкости.

В случае задержки мочи и повышения температуры необходимо срочно сообщить об этом лечащему врачу.

Для предупреждения осложнений, связанных с использованием постоянного катетера, следует:

- ◆ выполнять все требования, связанные с профилактикой инфекции мочевыводящих путей;
- ◆ менять катетер не менее чем каждые 3-4 недели;
- ◆ наблюдать за проходимость катетера (почти у 50% пациентов наблюдается закупорка катетера мочевыми камнями); в дневнике фиксировать продолжительность нормального функционирования катетера и начало его закупорки - это позволит вовремя его заменить;
- ◆ при нарушении оттока мочи по катетеру - нужно промыть мочевой пузырь стерильным раствором фурацилина, по-

догретым до температуры тела, и заменить катетер;

- ◆ регулярно осуществлять уход за промежностью, «спереди-назад», с последующим тщательным осушением;

- ◆ наблюдать за состоянием кожи промежности;

- ◆ убедиться, что обеспечен свободный отток мочи;

- ◆ наблюдать за количеством, цветом, прозрачностью, запахом мочи;

- ◆ все процедуры, связанные с уходом за катетером, выполнять в перчатках.

Комната, в которой находится больной, должна быть светлой, защищенной от шума. В помещении желательно 1-2 раза в день проводить влажную уборку, регулярно проветривать, избегая сквозняков, поддерживая температуру в помещении +18 - +22 градуса.

Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Наиболее гигиеничен и удобен поролоновый матрац. Если больной не контролирует свои физиологические отправления, на матрац положите клеенку или наденьте памперс. Смена постельного белья производится по мере необходимости, но не реже 1 раза в три дня.

Обязательно умыть больного, наблюдать за состоянием видимых слизистых оболочек и кожных покровов, регулярно обтирать тело больного при помощи влажного полотенца, смоченного в слабом мыльном растворе, с дальнейшим протиранием насухо. Нужно иметь подкладное судно. Необходимо уделять внимание туалету полости рта.

Целесообразно по несколько раз в день проводить с больным **дыхательную гимнастику** - это надувание воздушных шариков, резиновых игрушек. С целью профилактики пролежней и застойных явлений в легких больных необходимо переворачивать в постели каждые 2-3 часа, проводить массаж с легким постукиванием ладонью по боковым отделам грудной клетки и по лопаткам.

Начинать активные самостоятельные движения больной должен под наблюдением. Пациенту в любой момент может понадобиться помощь. Организация ближайшей зоны его обитания зависит от тех, кто ему оказывает помощь. Если помощ-



Советы медицинской сестры

ника нет, необходимо позаботиться о том, чтобы пациент мог сам помочь себе изменить положение в постели, проявить рациональную двигательную активность, почувствовать себя самостоятельным. Например, над изголовьем кровати на специальную опору крепится «кольцо», за которое пациент может ухватываться руками и приподняться. Можно зафиксировать стул за ножки к кровати спинкой вовнутрь, пациент сможет ухватиться и перевернуться на бок самостоятельно. Возле кровати ставят прикроватный столик, где находятся личные вещи пациента.

Перестилая пациенту постель, и переворачивая его набок, следите, чтобы на простыне не было складок, крошек, постель должна быть сухой и чистой. Под крестец и копчик необходимо подкладывать резиновый круг, помещенный в чехол. Под пятки, локти, затылок подкладывать ватно-марлевые круги, по возможности использовать противопролежневый матрац.

Утром и вечером обмывать места возможного образования пролежней теплой водой, протирать их ватным тампоном, смоченным в 10%-ном растворе камфорного спирта или 0,5%-ном растворе нашатырного спирта или 1%-ным раствором салицилового спирта или разведенным столовым уксусом. Делать легкий массаж этим же тампоном. С целью профилактики контрактур необходимо придавать парализованной конечности в течение 1-2 часов в сутки специальные положения, показанные на рисунках 1-5.

Рисунок 1. Убедитесь:

- ◆ «больное» плечо вынесено вперед;
- ◆ «больная» нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;
 - ◆ не кладите ничего в «больную» руку или на ладонь;
 - ◆ «больная» стопа ни во что не упирается;
 - ◆ голова находится на одной линии с туловищем.

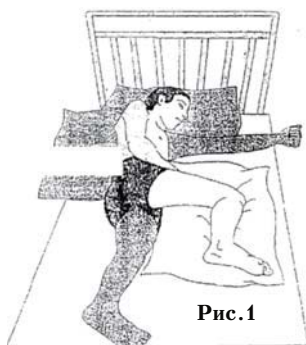


Рис.1

Рисунок 2. Убедитесь:

- ◆ вес тела пациента равномерно распределен на обе ягодицы;
- ◆ плечо вынесено вперед и поддерживается подушкой;

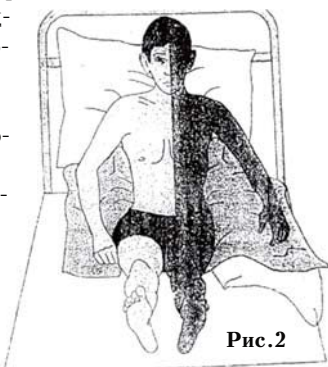


Рис.2

◆ ягодица с пораженной стороны приподнята - таз выровнен;

- ◆ «больная» нога не развернута кнаружи; Следите, чтобы ноги ни во что не упирались.

Рисунок 3. Убедитесь:

- ◆ пациент сидит симметрично;
- ◆ «больная» рука поддерживается под локоть подушкой;
 - ◆ кисть не свисает;
 - ◆ плечо с «больной» стороны вынесено вперед;
 - ◆ бедра полностью поддерживаются сидением;
 - ◆ стопы полностью стоят на полу/подставке.

Рисунок 4. Убедитесь:

- ◆ рука хорошо поддерживается столом/подушкой;

- ◆ стопы полностью расположены на поверхности опоры;
- ◆ бедра полностью поддерживаются сидением.

Рисунок 5. Убедитесь:

- ◆ голова находится по средней линии;
- ◆ туловище на пораженной стороне вытянуто;
- ◆ плечо поддерживается подушкой;
- ◆ под ягодицей находится подушка, «больная» нога не развернута кнаружи;



Рис.3

- ◆ ничего не кладите в руку или на ладонь;
- ◆ следите, чтобы стопа ни во что не упиралась.

Ранняя вертикализация пациентов предусматривает поднятие

головного конца кровати уже в первые дни пребывания больного в палате интенсивной терапии, возвышенное положения туловища при приеме пищи. В последующие дни - опускание нижних конечностей и пересаживание пациента. Водят больного - со стороны пареза, закидывая ослабленную руку себе на плечо. Постепенно

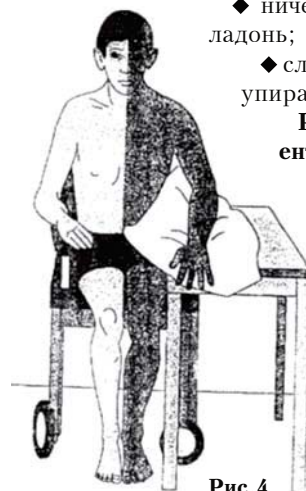


Рис.4


напоминать больному, что он должен работать: паретичной рукой брать в руки предметы обихода, листать книги, заводить будильник, самостоятельно одеваться, застегивать пуговицы.

У больных, перенесших инсульт, заостряются характерологические особенности личности. Значительно снижается память, плохо запоминаются текущие события, у многих нарушена речь.

Важным моментом реабилитации является **правильное кормление больного**. Калорийность диеты должна быть снижена до 2200-2500ккал в сутки, в основном за счет углеводов и животных жиров, употребление мучных продуктов, сахара следует резко снизить, больше давать овощей и фруктов. Исключить из рациона соленую и жареную пищу. Желательно кормить больного 4-5 раз в день с калорийной основной нагрузкой в утренние и дневные часы. ☺



Рис.5

	<p>Контактный телефон Алтайской региональной профессиональной Ассоциации средних медицинских работников: (8-3852) 34-80-04</p>
---	---



Белуха покорилась нам

Молодежная горная экспедиция «Высшие точки России» взяла свое начало в прошлом году. Тогда туристы-путешественники из Алтайского края приняли участие в экспедиции «Алтай - Эльбрус»! Более двух недель назад шестеро смелых отправились покорять вершину горы Белуха, и это стало вторым этапом экспедиции «Высшие точки России».

Кроме руководителей экспедиции - директора КГУ «Краевой дворец молодежи» **Алексея КИЗИЛОВА** и руководителя проекта **Дениса ВАЛЯЕВА**, восхождение на Белуху совершали еще четыре участника, среди которых была девушка.

Алексей Кизилов отмечает, что, как и ожидалось, восхождение оказалось сложным, но поскольку все участники прошли достаточную психологическую, спортивную и туристскую подготовку, все трудности были по плечу. Стоит отметить, что наши туристы во время восхождения встретилась с другой

экспедицией, которую возглавлял **Эдуард МЫСЛОВСКИЙ**, заслуженный мастер спорта СССР по альпинизму, президент Евро-Азиатской ассоциации альпинизма и скалолазания, действительный член Русского географического общества. Эдуард Викентьевич вместе со своей командой пожелал алтайским коллегам новых восхождений не только в горах, но и в жизни.

В планах организаторов и участников - в будущем году провести третий этап экспедиции «Высшие точки России»: совершить восхождение на высшую точку Дальнего Востока -



вулкан Ключевской, который находится на Камчатке.

Краевая молодежная горная экспедиция «Высшие точки России» проводится в целях популяризации спортивного туризма среди молодежи, пропаганды здорового образа жизни, воспитания патриотизма и высоких моральных качеств, укрепления престижа Алтайского края как туристско-спортивного региона. ☺

«Здоровье - в каждый двор!»

В Алтайском крае вот уже третий год успешно реализуется проект «Служба дворовых инструкторов. Здоровье - в каждый двор!». В этом году к его реализации приступил Крутихинский район.

Молодежь села Крутихи помимо спортивных секций и тренировочных залов, в вечернее время посещает две летние дворовые площадки - стадионы общеобразовательных школ. Ребята - разного возраста, в том числе из семей, относящихся к так называемым «группам особого внимания», подростки, состоящие на учете в комиссии по делам несовершеннолетних, - все они активно посещают площадки, занятия на которых проводят опытные педагоги-инструкторы.

Дворовая спортивная площадка Крутихинской средней школы - са-



мая многочисленная, ежедневно ее посещают около 30 ребят. Территории площадок оснащены всем необходимым: баскетбольные щиты, футбольные ворота, турникеты, волейбольные площадки и сетки. Инструкторы организуют не только спортивные мероприятия, но и проводят лекции о здоровом образе жизни, организуют просмотр фильмов о вреде наркомании «Жизнь без допинга». По словам инструкторов **Анастасии ШУЛЬЦ** и **Валерии СЛОБОДЯНИК**, ребята с желанием бегут на площадку. Кто-то приходит ради общения с друзьями, которых они реже видят во время летних каникул, но большинство все-таки - ради любви к спорту и стремления к ведению здорового образа жизни.

Социальный проект «Служба дворовых инструкторов. Здоровье - в каждый двор!» направлен на профилак-



тику безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, предотвращение преступлений и правонарушений несовершеннолетних, организацию досуга детей и подростков, пропаганду здорового образа жизни. В 2010 году в рамках конкурса грантов Администрации края в сфере молодежной политики этот проект успешно реализуется в Бийском, Немецком национальном, Курьинском, Крутихинском, Баевском районах, а также в городах Славгороде, Заринске, Алейске. ☺

Информация предоставлена пресс-службой управления по образованию и молодежи Алтайского края





Эктопическая беременность: штрихи к портрету



Внематочная беременность - это беременность, при которой прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки; опасное для жизни и здоровья женщины состояние, требующее неотложной медицинской помощи.

Впервые внематочная беременность была описана арабским врачом Albucasis в 963 году нашей эры. Тем не менее, до XVII века ученые не допускали возможности расположения плодного яйца вне полости матки, хотя отдельные подобные случаи описывались. В 1741 году Levret систематизировал случаи эктопической беременности и составил первую классификацию с указанием основных локализаций и вариантах течения заболевания. В России впервые о данном заболевании как о причине смерти высказался И.М. Амбодик в «Искусстве повивания или науке о бабичьем деле» в 1784 году. Клинический прижизненный диагноз внематочной беременности впервые был поставлен в 1812 году.

Частота возникновения внематочной беременности составляет 5-6% от числа всех беременностей. Чаще всего встречается трубная беременность (98%). Значительно реже встречается яичниковая, брюшная беременность и беременность в рудиментарном роге матки.

Процесс оплодотворения - встреча яйцеклетки и сперматозоида - происходит в самой широкой части маточной трубы - в ампулярном отделе. В течение суток из сотни тысяч сперматозоидов, участвующих в оплодотворении, в яйцеклетку должен проникнуть только один, который и оплодотворяет ее. После оплодотворения яйцеклетка еще три дня катится по маточной трубе по направлению к полости матки. Во время этого движения плодное яйцо непрерывно делится, проходя стадии от зиготы до бластоцисты. Попав в полость матки, эмбрион растворяет внешнюю оболочку и погружается в наиболее благоприятный участок слизистой оболочки матки (эндометрия).

При внематочной беременности эмбрион начинает развиваться вне полости матки. **Причины внематочной беременности кроются либо в маточных трубах, либо в самом эмбрионе.** *Основной причиной внематочной беременности являются:* перенесенные ранее воспалительные заболевания органов малого таза, которые приводят к изменению функционального состояния и строения стенок маточных труб: они теряют свою сократительную способность и не могут в полной мере осуществлять транспорт оплодотворенной яйцеклетки в матку.

Реже причиной внематочной беременности становится само плодное яйцо. Доказано, что в трети случаев эмбрион, развивающийся вне полости матки, генетически не полноценен. Например, это бывает при оплодотворении одной яйцеклетки несколькими сперматозоидами. Такой эмбрион быстро развивается и приобретает способность к имплантации до попадания в полость матки.

К факторам риска по развитию внематочной беременности относят:

- ◆ воспалительные заболевания половых органов;
- ◆ бесплодие;
- ◆ оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе;
- ◆ аномалии развития половых органов;
- ◆ внутриматочную контрацепцию;
- ◆ применение синтетических гестагенов (постинора) в целях контрацепции;
- ◆ опухоли в малом тазу;
- ◆ возраст старше 35-ти лет;
- ◆ эндометриоз;
- ◆ курение.



Школа ответственного родительства

Частота наступления внематочной беременности значительно увеличивается при наличии двух и более вышеперечисленных факторов риска.

Как же распознать внематочную беременность, чтобы, с одной стороны, не упустить время, а с другой, - не подозревать у себя несуществующую проблему?

Симптомы внематочной беременности могут быть такими, как и при нормальной беременности:

- ◆ задержка очередной менструации,
- ◆ субъективные признаки беременности (изменения вкуса, тошнота, рвота, нагрубание молочных желез),

- ◆ положительный тест на беременность.

В то же время для внематочной беременности характерны и особые признаки:

- ◆ боли внизу живота,
- ◆ мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Чаще всего внематочная беременность прерывается при сроке 5-6 недель (срок беременности считается с первого дня последней менструации). Таким образом, **появление скудных мажущих выделений при задержке месячных на одну-две недели и боли внизу живота требуют незамедлительного обращения к врачу.**

Диагностика внематочной беременности возможна уже в раннем сроке: при ультразвуковом исследовании малого таза, желательного трансвагинальным датчиком. Однако обнаружение плодного яйца вне полости матки при УЗИ случается довольно редко, **в большинстве случаев ориентируются на такие признаки, как:** его отсутствие в матке, наличие свободной жидкости за маткой и неоднородного одностороннего объемного образования в области придатков.

При подозрении на внематочную беременность пациентка должна срочно обратиться в дежурное гинекологическое отделение. Пункция заднего свода влагалища позволяет подтвердить внутрибрюшное крово-



Фаллопиева труба

Яичник

Живот

Шейка матки

Возможные места прикрепления плодного яйца вне матки

течение и ускорить проведение оперативного вмешательства. Если диагноз внематочной беременности остается под сомнением, врачи часто прибегают к диагностической лапароскопии. Если внематочная беременность подтверждается, диагностическая лапароскопия переходит в лечебную манипуляцию.

Раньше единственным вариантом операции было удаление маточной трубы. С развитием лапароскопической хирургии стало возможным проведение органосохраняющих операций: удаление плодного яйца с восстановлением целостности маточной трубы. В послеоперационном периоде необходим курс реабилитационного лечения. Его цель - уменьшение выраженности воспалительных изменений в оперированной трубе, сохранение ее функциональных свойств - трубопровод плодного яйца от яичника к матке, профилактика вторичного бесплодия трубного генеза или повторной внематочной беременности.

Специфических способов профилактики внематочной беременности нет. Вместе с тем, профилактика воспалительных заболеваний половых органов значительно снижает вероятность внематочной беременности. ☺

После перенесенной внематочной беременности вероятность нормальной беременности и родов составляет около 50%, повторной внематочной беременности - около 20%, бесплодия - около 30%. После оперативного лечения внематочной беременности планирование беременности возможно не раньше, чем через шесть месяцев.



Мальчик в настоящем - Мужчина в будущем



**Анастасия Михайловна
БОРОДИНА,**

детский психолог, КГУСО
«Краевой кризисный
центр для мужчин»,
г.Барнаул

Вы замечаете, как ваш маленький мальчик взрослеет день ото дня, как меняются его настроение и энергетика в разные периоды жизни. Задача состоит в том, чтобы понять, что требуется ребенку и когда.

В первую очередь, надо четко понимать и помнить, что девочки и мальчики отличаются не только физиологическим развитием, но и психическим. А значит, приемы и методы воспитания тоже будут различаться.

У мальчиков обычно есть особые потребности, которые менее важны для девочек, и наоборот. Конечно же, главная потребность для тех и других - **любовь**. Но любовь может выражаться по-разному. Любовь родителей, в первую очередь, проявляется через доверие и заботу. Естественно, каждому ребенку нужны и доверие, и забота, но в разных пропорциях. Все хорошо в меру. **До девятилетнего возраста всем детям требуется много заботы и несколько меньше доверия. После девяти лет дети начинают естественным образом отдаляться от родителей и становятся более независимыми.** Первый признак, что ребенок от вас отдаляется, - он стесняется вашего поведения.

Приблизительно **в девятилетнем возрасте у ребенка начинает развиваться чувство собственного «я» как отдельной от родителей сущности.** С этого момента и до восемнадцатилетнего возраста детям требуется больше доверия, хотя и забота тоже по-прежнему нужна.

Независимо от возраста **мальчикам требуется больше доверия, чем девочкам.** Мальчик доволен собой, если может действовать самостоятельно. Добиваясь чего-то без посторонней помощи, он обретает уверенность в себе и чувство собственного достоинства.

Мальчики не растут сами по себе, ровно и гладко. **Необходимо следовать определенной программе воспитания.** Если вы - наблюдательные родители, то наверняка не раз замечали, как ваш мальчик взрослеет день ото дня, как меняются его

настроение и энергетика в разные периоды жизни. Задача состоит в том, чтобы понять, что требуется ребенку и когда.

Каждая мировая культура сталкивалась с проблемой воспитания мальчишек и предлагала свои решения. Это только в последние десятилетия, когда ритм жизни стал особенно бурным, мы как-то упустили из виду необходимость создания реальной программы воспитания мальчиков. Мы просто слишком заняты другими делами! Три стадии отрочества универсальны и существуют вне времени. Обсуждая их с родителями, я всякий раз слышу: «Верно!», потому что опыт воспитания подтверждает правильность этих постулатов.

Коротко об этих трех стадиях развития:

- **первая стадия охватывает период с рождения до шести лет** - возраст, в течение которого мальчик крепче всего связан с матерью. Это «ее» мальчик, даже при том, что отец может играть очень большую роль в жизни ребенка. Цель воспитания в этот период - передать мальчику большую любовь и ощущение безопасности, «зарядить» его на жизнь как на большое и увлекательное путешествие;

- **вторая стадия длится с шести до четырнадцати лет** - возрастной период, в течение которого мальчик, следуя собственным внутренним ощущениям, хочет учиться быть мужчиной и все больше присматривается к отцу, его интересам и поступкам (хотя мать остается очень близким человеком, а окружающий мир становится все интереснее). Цель воспитания в этот период - повысить уровень знаний ребенка и развить его способности, не забывая о доброте и открытости, - то есть стремиться к развитию гармоничной личности. Именно в этом воз-



расте к вашему сыну приходит ощущение радости и комфорта оттого, что он - мальчик;

- **третья стадия - это период от четырнадцати лет до совершеннолетия**, - когда мальчику необходимо участие мужчины-наставника, если он хочет быть полностью подготовленным ко взрослой жизни. Мама и папа несколько отступают на задний план, но они должны подыскать своему сыну достойного наставника, чтобы ему не пришлось довольствоваться знаниями и опытом своих некомпетентных сверстников. Цель воспитания на этом этапе - обучить навыкам, привить чувство ответственности и самоуважения, активно вовлекая во взрослую жизнь.

Итак, подведем итоги вышесказанного.

- Любовь родителей в первую очередь проявляется через доверие и заботу.

- Независимо от возраста мальчикам требуется больше доверия, чем девочкам.

- Пожалуйста, помните: три стадии развития ни в коем случае не предполагают внезапного или резкого перехода влияния на ребенка от одного родителя к другому. Лучше всего, когда оба родителя принимают активное участие в жизни сына с детства до совершеннолетия. Стадии отрочества лишь указывают на смещение акцентов: так, скажем, отец выходит на первый план в возрасте сына от шести до тринадцати лет, а влияние наставников возрастает с четырнадцати лет. Основными критериями при выборе наставника остаются безопасность и честность.

- Зная об этих трех стадиях, можно четко определить для себя план действий. Например, совершенно очевидно, что отцы мальчиков в возрасте от шести до четырнадцати лет не должны быть трудоголиками, как не должны устраниваться от семьи ни морально, ни физически. Если это происходит, то исключительно - во вред сыновьям. (И все-таки современные отцы именно так и поступают, многие из нас могут это подтвердить из опыта своего детства).



Стадии развития мальчиков подсказывают, что **нам необходима дополнительная помощь со стороны общества, когда наши сыновья достигают подросткового возраста.** Когда-то такую поддержку оказывали родственники (дяди и дедушки) или мастера-ремесленники, бравшие мальчиков в ученики и подмастерья.

К сожалению, сегодня слишком часто случается так, что подростки выходят в большой мир, но там их словно никто не ждет, не протягивает руку помощи, и они вынуждены проводить свое отрочество и юность в опасной беспризорности. Некоторые так и не взрослеют.

Будет справедливо сказать, что многие проблемы - особенно связанные с поведением мальчишек, их недостаточной мотивацией в школе, а потом и неприятности с законом (езда в пьяном виде, драки и прочее), - проистекают из того, что мы не знали об особенностях мальчишеского развития и вовремя не обеспечили им необходимой помощи. ☹

Независимо от возраста мальчикам требуется больше доверия, чем девочкам. Мальчик доволен собой, если может действовать самостоятельно. Добиваясь чего-то без посторонней помощи, он обретает уверенность в себе и чувство собственного достоинства.





**Геннадий
Петрович
ШАТЕРНИКОВ,**

главный врач,
врач высшей
квалификационной
категории по
социальной гигиене
и организации
здравоохранения,
Заслуженный
врач РФ



**Ирина
Алексеевна
КАМАНИНА,**

заместитель
главного врача по
детству,
врач высшей
квалификационной
категории по
фтизиатрии



**Григорий
Исаевич
ЕЛЬЕВИЧ,**

заместитель
главного врача по
диспансерному
разделу работы,
врач первой
квалификационной
категории по
фтизиатрии

Туберкулез: инфицированный - значит больной?

Борьба с туберкулезом «стоит на трех китах»: **раннее выявление, эффективное лечение и успешная профилактика.**

Несмотря на большой объем проводимых мероприятий, в том числе и профилактического характера, **от туберкулеза люди умирают чаще, чем от всех других инфекционных заболеваний.** Главным «камнем преткновения» является лечение: чудо-таблетки, разом избавляющей от туберкулеза, нет. А действие применяемых лекарств во многом ограничено. К тому же возбудитель инфекции, микобактерия, словно испытывая медиков, непрерывно мутирует, проявляя устойчивость к препаратам. И эта лекарственная резистентность (устойчивость) приобрела усиливающийся характер. Поэтому сегодня фтизиатры не всегда могут гарантировать, что назначенное лечение в итоге будет успешным.

При ограниченной форме болезни и добросовестном, ответственном подходе к режиму лечение туберкулеза можно проводить в дневном стационаре. Но более тяжелые формы, особенно активные, лечатся только в больнице под круглосуточным наблюдением врачей! Таким больным длительное время назначается много препаратов: четыре противотуберкулезных лекарства в течение двух месяцев, и еще два - в течение последующего полугодия. То есть срок лечения достигает 8 месяцев. С туберкулезными больными работают врачи, медсестры, психологи, но самое главное - это поддержка близких людей.

Лечение должно проводиться оптимальными дозами, обязательно - без перерывов, постоянно.

Длительный срок лечения, десятки препаратов, многие из которых оказывают тяжелые побочные действия, - подобное выдержать нелегко. **Но больной туберкулезом - должен, вл имя собственного выздоровления.**

Вернемся к общемировой проблеме в борьбе с туберкулезом - к лекарственной устойчивости. **До 25% людей, у которых болезнь выявлена впервые, уже имеют невосприимчивость к одному или нескольким препаратам.** Безусловно, самая серьезная проблема - это проблема множественной лекарственной устойчивости. При этом лечение туберкулеза должно быть комп-

лексным: кроме лекарственной терапии, пациентам показан курс физиопроцедур, которые в значительной степени облегчают их состояние.

Сегодня борьбу с туберкулезом врачи ведут по принятой в мире стратегии ДОТС (с англ. «укороченный курс под непосредственным контролем»). Она предполагает, что прием лекарств осуществляется лишь в присутствии медработника, а при заразных формах туберкулеза больной может даже принуждаться к изолированному лечению в стационаре.

К сожалению, **туберкулез - это та болезнь, с которой нельзя распрощаться раз и навсегда.** При благоприятном исходе лечения, но при сопутствующих небла-

Кто в группе риска: люди всех возрастных групп - от новорожденных до лиц старческого возраста. Особенно подвержены туберкулезу беременные женщины, больные СПИДом, люди, страдающие различными хроническими заболеваниями легких, сахарным диабетом, психическими расстройствами, язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, алкоголизмом, наркоманией, а также те, кто проходит курс лечения большими дозами гормональных препаратов.

Источники инфекции: больной человек, мясомолочные продукты от животных, больных туберкулезом. Почти в 90% случаев не удается установить источник инфицирования, что говорит о наличии значительного резервуара туберкулезной инфекции среди населения.

Пути передачи: чаще - воздушно-капельный, реже - алиментарный; возможен трансплацентарный путь инфицирования (от беременной к плоду).

Факторы передачи инфекции: длительный контакт с бактериовыделителем; плохие социально-бытовые условия; голодание; иммунодепрессия.

Контагиозность (степень заразности): невысока, во многом зависит от состояния защитных сил макроорганизма.

Сезонность и периодичность заболеваемости: не характерны.



Школы здоровья - школы профилактики

гоприятных условиях, недуг нередко возвращается. Вот почему выписка из туберкулезного стационара должна стать моментом начала абсолютно другой жизни.

Сложнее всего с вредоносной палочкой Коха справиться детскому, еще неокрепшему организму. **Риск развития заболевания тем выше, чем младше ребенок в период инфицирования.** Помочь ему как можно легче перенести встречу с болезнью поможет **вакцинация.** Значимость открытия противотуберкулезной вакцины для общества трудно переоценить до сих пор. В России вакцинация детей начинается в роддоме: на 3-4 день новорожденного прививают живой вакциной (БЦЖ) - она достаточно небезопасна. *Но защита от нее только от генерализованных форм туберкулеза: то есть, в окружении больных туберкулезом даже привитой ребенок может заболеть.*

Вакцинация дает временный иммунитет к определенным видам возбудителя туберкулеза. Поэтому прививка - это не средство «не заболеть», а лишь возможность легче болезнь перенести. Естественно, **вакцинация обязательно должна подкрепляться другими оздоровительными мероприятиями, регулярным прохождением флюорографического обследования.** Каждый человек сам должен укреплять свой иммунитет, сознательно отказаться от вредных привычек, уделять должное внимание занятиям спортом и правильному питанию.

Туберкулез - это социальная проблема, бремя которой нельзя полностью перекладывать на медицинских работников. Без личной ответственности за свое здоровье, без социальных гарантий на достойное качество жизни населения туберкулез останется в числе главных угроз нашему будущему. Радуют прогнозы ВОЗ, согласно которым к 2050 году туберкулез будет встречаться у одного человека на миллион землян. Эта статистика благодаря новым стратегиям по выявлению, лечению и профилактике туберкулеза вполне может стать реальностью.

Не каждый заразившийся палочкой Коха обязательно заболевает. Манифестная форма (клинически выраженная) туберкулеза развивается в 5-15% случаев, у остальных зараженных формируется нестерильный иммунитет (носительство). Около 90% людей даже и не подозревают о грозящей им опасности. Иммунная система или полностью справляется с инфекцией, или, что бывает гораздо чаще, держит ее под контролем, не давая болезни развиваться в организме. Такая «дремлющая» форма туберкулеза называется латентной. **Носители**

«спящей» палочки Коха не опасны для окружающих и не проявляют никаких симптомов болезни. Однако любое ослабление иммунной системы может привести к размножению и активизации микобактерии. Это происходит, например, при заболевании диабетом, СПИДом, при отравлениях, в результате стрессов или при ухудшении условий жизни, в преклонном возрасте.

В последние годы туберкулез в нашей стране «помолодел». Если в начале 90-х годов заболевали главным образом люди от 35 до 55 лет, то сейчас большинство новых случаев приходится на возраст от 25 до 45 лет.

Основной путь заражения - это **воздушно-капельный**, поэтому туберкулез легких встречается чаще других видов болезни. Однако коварная палочка Коха поражает и другие органы, например, глаза, кожу, кости, кишечник, мочеполовую систему. Заразиться можно где угодно, необязательно при тесном контакте с больным, ведь возбудитель, как уже отмечалось, не боится холода, тепла, влажности и месяцами сохраняется на страницах книг, в воде и в земле. В крупном городе человек может встретиться с больным туберкулезом 7-8 раз в сутки (в общественном транспорте, в гостях, в магазинах и т.д.). **По статистике, каждый больной-бацилловыделитель способен заразить 10-15 человек.**

Самый большой риск заболеть - у людей, длительное время находящихся в тесном контакте с больными активной формой туберкулеза. Переполненность помещений, отсутствие в них солнечного света, плохое питание, антисанитария, несвоевременная и неточная диагностика способствуют быстрому распространению болезни. Ни для кого не секрет, что «центрами» заражения часто становятся тюрьмы, казармы, больничные палаты, но иногда и обычные городские квартиры. Практически каждый человек, содержащийся в СИЗО, заражен палочкой Коха, а каждый десятый страдает активной формой и опасен для окружающих. После отбывания срока наказания бывшие заключенные возвращаются в общество, принося с собой и болезнь.

Если заболевание протекает в активной форме, палочка Коха быстро размножается и выделяет токсины, отравляя организм, - происходит так называемая **туберкулезная интоксикация.** Половина людей, по какой-либо причине не лечившихся, умирают в течение 1-2 лет. У остальных **болезнь переходит в хроническую форму:** не выявленные и не госпитализированные, как раз они становятся активными распространителями туберкулеза. ☹



**Татьяна
Анатольевна
ЮДИНА,**
заместитель
главного
врача по ОМР,
врач первой
квалификационной
категории по
социальной гигиене
и организации
здравоохранения



**Сергей
Александрович
ЖДАНОВ,**
заведующий
организационно-
методическим
отделом,
врач высшей
квалификационной
категории по
хирургии



**Наталья
Васильевна
ГРИШКОВА,**
главная медицинская
сестра, высшая
квалификационная
категория по
сестринскому делу
**- КГУЗ «Алтайский
краевой
туберкулезный
диспансер»**



«Полосатый» сезон в разгаре

О правилах реализации бахчевых культур, в летний период года

В Алтайском крае традиционно в большом количестве продаются арбузы и дыни, выращенные как на территории России (в Волгоградской, Оренбургской и Астраханской областях), так и за пределами Российской Федерации (Казахстан, Узбекистан).

Однако **во избежание неприятностей надо соблюдать элементарные правила безопасности:** не покупать арбузы и дыни с поврежденной коркой, избегать торговых точек на автомобильных трассах и в других загрязненных местах, не просить продавца разрезать ягоду.

Правила продажи растительных пищевых продуктов определены санитарными правилами СП 2.3.6.1066-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов». Согласно этим требованиям продажа плодоовощной продукции должна производиться в предприятиях торговли, специализированных плодоовощных отделах рынка и секциях, специально предназначенных для этих целей.

Продажа бахчевых допускается также только на прилегающей к стационарным организациям территории.

В период массового поступления свежей плодоовощной продукции допускается продажа овощей и фруктов с лотков, тележек и другого, а также на открытых овощных базарах в специально оборудованных местах.

В специализированных организациях торговли рекомендуется осуществлять мытье корнепло-



дов и их фасовку (после просушивания) в сетки и пакеты.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.05.2007 №297 утвержден «Перечень сельскохозяйственной продукции, продажа которой осуществляется на сельскохозяйственном рынке и сельскохозяйственном кооперативном рынке», включающий около 40 наименований продовольственной продукции. Торговля на территориях рынков носит организованный характер, для продавцов имеются условия для соблюдения правил личной гигиены, туалеты, складские помещения для хранения плодоовощной продукции. Продавцы должны быть в чистой санитарной одежде, иметь личные медицинские книжки, фирменный нагрудный знак.

Хранение передвижного и переносного торгового оборудования и реализуемых пищевых продуктов на дому у продавцов запрещено.

В целях профилактики иерсиниоза и псевдотуберкулеза овощи в процессе хранения периодически проверяются и подвергаются переборке и очистке.

Ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение вышеперечисленных требований установлена в ст.6.3 и ч.2 ст.14.4 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях. ☺

Т.Г. КОРОВИНА,
начальник отдела
надзора за гигиеной питания
Управления Роспотребнадзора
по Алтайскому краю

Под запретом:

- продажа бахчевых навалом, с земли, а также вдоль автомобильных дорог;
- продажа бахчевых частями и с надрезами;
- реализация бахчевых без документов, подтверждающих их происхождение, качество и безопасность (декларации о соответствии, сертификата соответствия).





Между здоровьем и болезнью

Любовь Андреевна ТИТОВА,

врач-эндокринолог,
врач высшей
квалификационной
категории, кандидат
медицинских наук,
КГУЗ «Диагностический
центр Алтайского края»

Состояние человека, лежащее между здоровьем и болезнью, совмещает в себе и то, и другое. Еще классик античной медицины Гален назвал его «третьим состоянием». Так же, как и болезнь, третье (пограничное) состояние может быть вызвано самыми разными причинами. Современные условия жизни порождают воздействия на организм человека физической, химической, биологической, психической природы. Они приводят к так называемым болезням цивилизации.

По мнению некоторых ученых, те же воздействия вызывают общие симптомы, свойственные третьему состоянию. Это - **неврастения, потеря аппетита, раздражительность, головные боли, усталость, сухость кожи, изменение самочувствия, работоспособности.**

К людям, находящимся в третьем состоянии, нельзя не отнести *потребляющих алкоголь*. Это еще не алкоголики, не больные, но спиртное отнимает у них часть здоровья, рабочего и творческого потенциала. Сюда же относятся и *курящие*. *Работники ночных профессий и люди, по роду деятельности перемещающиеся из одного часового пояса в другой*, тоже могут оказаться в третьем состоянии. С ограничением жизнедеятельности связаны и *периоды созревания и угасания половой функции, предродовой и послеродовой периоды* и, наконец, *старость*.

Одна из самых частых причин третьего состояния - **неправильное питание**. Причем нарушения возникают часто и при достаточной калорийности, но при обедненном питании с точки зрения его структуры. Нерациональное питание и несоблюдение других правил здорового образа жизни приводят к третьему состоянию людей с излишним весом, которых теперь около половины, и, конечно, страдающих от ожирения. Часть здоровья чуть ли не все мы теряем из-за кариеса зубов.

Остановимся подробнее на двух наиболее распространенных его проявлениях - гипотонии и гипогликемии.

Чаще всего термин **«гипотония»** применяют для обозначения пониженного кровяного давления, вызванного ослаблением тонуса сердечно-сосудистой системы (нижняя граница нормы для систолического давления - 100-105 мм рт.ст., для диастолического - 60-65 мм рт.ст.). Есть люди, у которых давление снижено годами, иногда в течение всей жизни, но они чувствуют себя хорошо, вполне работоспособны и лечить их не нужно.

Но пониженное артериальное давление может быть связано и с патоло-

гическими процессами. Когда гипотония выражена ярко, конечно, требуется лечение. Но в большинстве случаев ее можно отнести к третьему состоянию.

Гипотония в основном наблюдается в молодом возрасте, у женщин чаще, чем у мужчин. Ее возникновению способствуют *нервные переживания и неправильное питание* (особенно увлечение углеводистыми и мало-белковыми рационами), *физическое и умственное утомление и перенапряжение, хронические интоксикации, неблагоприятные природно-климатические условия.*

Симптомы гипотонического состояния могут быть самыми разнообразными. Это - *пульсирующие давящие боли в области лба и висков; потемнение в глазах при резком изменении положения тела; гипотонические кризы в виде кратковременного обморочного состояния, общая слабость, нарушения сна*. При биохимических обследованиях в этих случаях обнаруживается снижение витамина С в крови и некоторых гормонов в суточной моче.

Как можно бороться с гипотонией? Прежде всего, **пересмотреть свой образ жизни**: заняться физической культурой, закаливанием, наладить сон. Необходимы правильная структура питания, витамины. Из лекарств помогут женьшень, пантокрин, экстракт элеутерококка.

Пониженное содержание сахара (глюкозы) в крови, или **гипогликемия**, когда она возникает у здоровых людей, получила название спонтанной, или реактивной.

При гипогликемии инсулин выбрасывается в кровь тогда, когда сахар уже достиг нормы, поэтому и происходит снижение его концентрации в крови. Если такие состояния повторяются часто, то поджелудочная железа истощается, наступает сахарный диабет, при котором уровень глюкозы в крови повышен. И диабет, и гипогликемия вызываются нарушением секреторной функции поджелудочной железы. По существу, это два аспекта одной и той же болезни.



Гипогликемию можно заподозрить по наступлению острого ощущения голода между приемами пищи, гипотонии, депрессии и другим симптомам. Вызывает ее главным образом повышенное потребление сахара и других высокоуглеводистых продуктов (хлеб из муки тонкого помола, кондитерские и макаронные изделия). Главная опасность возникает тогда, когда рафинированный сахар потребляется с очищенной, высшего сорта, мукой.

Гипогликемия подстерегает и людей, потребляющих много крепкого кофе или чая, и курящих. Ощущение голода подавляется сладким, кофе, сигаретой или алкоголем, что только усугубляет гипогликемию. Чтобы не допустить ее, весьма важен полноценный завтрак, которым многие, особенно молодежь, пренебрегают.

Состояние гипогликемии обычно наступает около 11 и 16 часов, особенно если предшествующие приемы пищи сопровождались потреблением большого количества сладких углеводистых продуктов, дефицитных по белку. Частые и длительные - в течение многих месяцев и лет повторяющиеся - явления гипогликемии приводят к своеобразному состоянию, которое пациенты выражают словами: «Я чувствую все время усталость. Мне все достается с трудом. Независимо от того, сколько я спал, я просыпаюсь утомленным. Я чувствую себя ужасно, но врач ничего у меня не находит».

Гипогликемия сопровождается разнообразными симптомами: депрессия, нервозность, раздражительность; сонливость, головокружения, головные боли, расстройства пищеварения; беспокойство, бессонница, тревожность, трепетание сердца и учащение пульса, мышечные боли, потливость. Несколько реже встречаются такие симптомы, как расстройства координации движения, неясное зрение, затрудненное дыхание, аллергия, слабая или кричащая речь, вздыхания и зевания, отсутствие сексуальных устремлений, импотенция, ночные страхи и т.д. Но чаще всего гипогликемия проявляется в депрессии. Это состояние напоминает простуду, причем не только распространенностью, но и опасными последствиями.

Гипогликемия для детей, любящих сладкое, представляет большую опасность, чем для взрослых: у них возможны задержка умственного развития и серьезные нарушения мозговых функций. Чаще всего это проявляется состоянием гиперактивности. Дети становятся невротичными, в ряде случаев возникают психопатические явления. Они беспокойны, неуемны, все время стремятся куда-то бежать, агрессивны в слепом побуждении к разрушению. Они отрицают все, противодействуют всему, отказываются от всего.

По некоторым данным, не только сладкоедение, но и синтетические пищевые добавки в продуктах могут стать причиной гиперактивности детей. Транквилизаторы, успокаивающие и другие фармакологические средства оказываются малоэффективными. Помогают большие дозы витаминов. **Лучшее средство профилактики и лечения гиперактивности детей, как и гипогликемии взрослых, - диета.** Она должна быть высокобелковой, высоковитаминной и малоуглеводистой (совершенно недопустимы рафинированные углеводы - рафинированный сахар, белая мука). Необходим полный отказ взрослых от сладостей и алкогольных напитков, резкое сокращение приема кофе и чая. Для профилактики и лечения гипогликемии нужно употреблять в пищу как можно больше природных продуктов.

Как было уже сказано, больше половины людей находятся в пограничном состоянии. Оно имеет ряд существенных отличий как от здоровья, так и от болезней. В третьем состоянии человек не использует все психические и физические возможности, заложенные в него природой, и, вероятно, в ряде случаев ему не суждено сделать главное в своей жизни. В этом состоянии и истоки многих болезней. ☺



После открытия инсулина установили, что его передозировка вызывает гипогликемию с определенными симптомами, которые устраняются приемом сахара. Но те же симптомы заметили у некоторых пациентов, которым инсулин не вводился.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-47-16 - справочная,
26-17-62 - отделение эндоскопии №2.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а



Решение проблем психологического здоровья методом системных семейных расстановок

Напомним, что в предыдущей статье мы обозначили, что немецкий психотерапевт Б.Хеллингер в разработанном методе системных семейных расстановок выделяет три закона: принадлежности, иерархии и баланса.



Продолжим наш разговор на эту тему с **Евгенией Эвальдовой КРИГЕР**, кандидатом педагогических наук, доцентом кафедры здоровьесберегающих технологий Алтайского краевого института повышения квалификации работников образования. Примечательно, что Евгения Эвальдовна в 2009 году получила право на использование данного метода и на сегодня она является единственным в Алтайском крае сертифицированным специалистом по системно-феноменологическому подходу в психологическом консультировании, Институт консультирования и системных решений: сертификат WISL - ИКСР (Германия - Россия).

- Евгения Эвальдовна, давайте разберем действия этих трех законов на примерах из жизни.

- Проявление каждого Порядка любви может сопровождаться раз-

нообразными динамиками в отношениях. Вот некоторые ситуации, которые могут проявляться как следствия нарушения действующих в системах законов.

Закон Принадлежности.

Одним из порядков функционирования семейных систем является то, что ни один элемент не может быть исключен из системы или забыт в системе. Такое правило позволяет системам выжить успешнее. В применении к семейным системам это значит, что ни один из членов рода не должен быть забыт или не уважен, несмотря на любые поступки или обстоятельства его жизни. В повседневной жизни часто бывает, что про некоторых своих родственников мы стараемся умалчивать или не помнить. Например, об отцах, которые бросили детей с матерью, пьяницах и наркоманах, убийцах и самоубийцах, просто о тех людях, поведение которых нам кажется недостойным. Но когда в семье есть «забытые» члены рода, в силу закона существования систем более младшие члены рода берут на себя и повторяют судьбу «изгнанных» или «забытых» родственников. Они делают это для всей системы, но расплачиваются за это в своей жизни.

Далее - **закон Иерархии**. Наличие определенной иерархии в системе. Другой стороной функционирования семьи и рода как системы является то, что иногда мы из любви к своим родителям или родственникам начинаем играть роли важных или значимых для

них людей. Чтобы помочь своим родным нести что-то тяжелое или страшное. Разделить их судьбу. Облегчить им жизнь. И тогда человек лишается своей жизни и начинает проживать чужую.

Например, ребенок из бессознательной любви к матери может начать «замещать» или играть роль ее рано умершей сестры, по которой та скорбит всю жизнь. И тогда мать в дочке видит свою сестру, а дочка видит в матери равную себе сверстницу. Отношения в такой паре могут быть очень теплые, но дочка лишается мамы, а мать - дочери. И, по сути, девочка в таких отношениях остается без мамы. При этом эмоции, которые испытывает мама к дочери, и требования, которые она к ней предъявляет, могут быть полностью неадекватны и продиктованы взятыми роликами.

Третий закон - **закон Баланса**. В каждой системе между всеми ее членами существует взаимообмен. Дети получают жизнь и воспитание от родителей и передают их дальше. Родители в этих отношениях дают, а дети берут. И нет возможности детям отплатить родителям за подаренную жизнь. Ее можно только передать дальше - своим детям. Это и будет лучшая плата для родителей. В партнерские отношения мы приходим уже взрослыми людьми. Мы в них сами даем и сами получаем. И мы вместе с партнером передаем накопленное дальше - своим детям. И не должны требовать от них платы за их рождение. Их рождение - это наш подарок своим родителям. Если же мы не можем в силу каких-то причин свободно брать у своих родителей, то нам нечего будет и передать детям.



2010 год - Год учителя на Алтае!

- Давайте рассмотрим сам процесс расстановки, которым вы пользуетесь на практических занятиях. Что он дает в итоге участникам?

- Работа методом семейных расстановок Берта Хеллингера состоит в том, что в группе выбираются участники - заместители членов семьи клиента и расставляются в пространстве с использованием очень сдержанных выразительных средств - только направление взгляда, без каких-либо жестов или позы. Хеллингер открыл, что при медленной, серьезной и уважительной работе ведущего и группы заместители членов семьи чувствуют то же, что и их реальные прототипы, несмотря на то, что они не знакомы и какая-либо информация о них отсутствует.

Терапевт спрашивает заместителей о том, что с ними сейчас происходит. И шаг за шагом помогает прояснить ситуацию в семье настолько, насколько это важно для человека и для его запроса. В процессе расстановки терапевт предлагает заместителям произносить определенные фразы, менять положение в пространстве, с тем чтобы найти такой порядок в семье, где все заместители чувствуют себя хорошо. В заключение, сам человек становится на свое место в расстановке и впускает в себя новую картину («правильный порядок»), с тем чтобы она начала работать в его душе.

Хорошим результатом расстановок в первую очередь можно считать обретение внутренней позиции смирения и осознания своей судьбоносной включенности в систему. Принятие родителей, как бы ни было трудно, с благодарностью и уважением. Понимание своего места в системе и отказ от искупления вины, переживаемой поколениями. Конструктивные действия вместо страданий. Осознанная любовь и гармония с тем, что больше нас. Это то, что вырастает со временем в душе, когда человеку удается навести внутри себя порядок. Иногда хорошее решение невозможно найти, но и в таком случае человек получает ценную информацию и энергию, которые может использовать в своей жизни для принятия важных решений. После семейной расстановки требуется внутреннее принятие клиента и время для внутренних и внешних измене-



ний. Те процессы, которые были в расстановке, в реальной жизни могут занять несколько месяцев.

И еще об одном мне бы хотелось сказать. Сегодня, к сожалению, большое количество неквалифицированных ведущих используют метод расстановок в своей практике, что не позволяет получить необходимый результат и, хуже того, может разрушительно действовать на личность.

Организация, ведущая подготовку в области системных расстановок, должна быть признана Немецким (IAG/DGfS) или Международным обществом системных решений (ISCA) и соответствовать международным критериям качества, предъявляемым к подготовке специалистов, использующих в своей практике системные расстановки. Список сертифицированных ведущих, в области системных расстановок, представлен на сайте Института консультирования и системных решений (<http://www.mostik.org>).

Ведущие, использующие метод расстановок в своей практике, несут персональную и юридическую ответственность как перед клиентами, так и перед профессиональным сообществом. ☺

В процессе расстановки терапевт предлагает заместителям произносить определенные фразы, менять положение в пространстве, с тем чтобы найти такой порядок в семье, где все заместители чувствуют себя хорошо.

В заключение, сам человек становится на свое место в расстановке и впускает в себя новую картину («правильный порядок»), с тем чтобы она начала работать в его душе.



Содержание



Четыре этапа перемен



Уход в домашних условиях за пациентами, перенесшими инсульт



Мальчик в настоящем - Мужчина в будущем



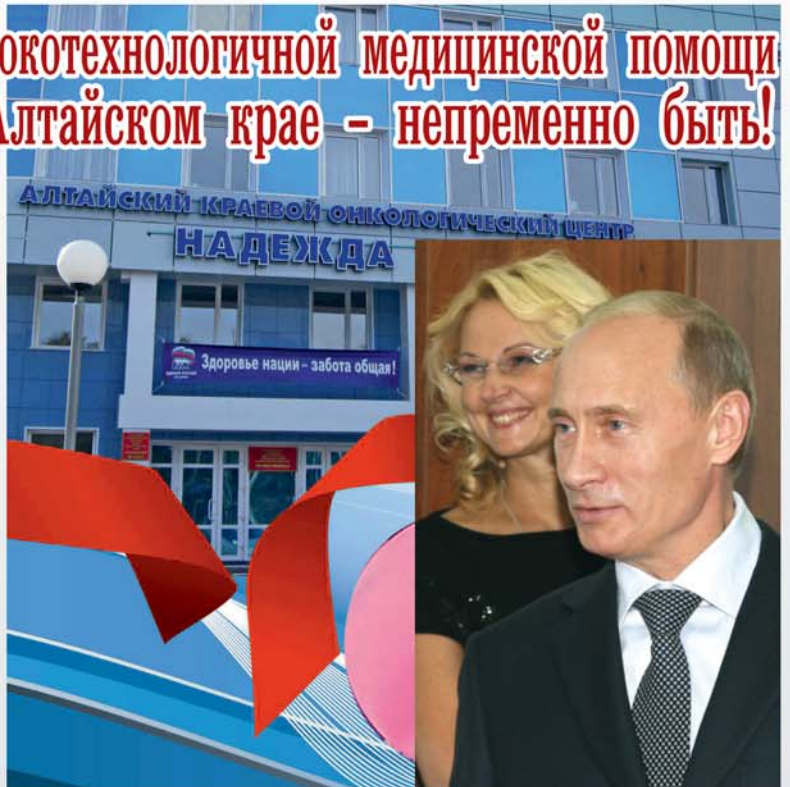
Решение проблем психологического здоровья методом системных расстановок

Модернизация здравоохранения - приоритет в государственной политике	1-5
Табак отключает мозги	5
Подводим итоги - строим планы	6-7
Мультфильм ужасов	7
Мир и медицина	8
Школа как зеркало общества	9-10
Четыре этапа перемен	11-12
Правильно питаться - это не трудно!	12
«Сок горы»... Уникальное мумиё	13-14
Мир и медицина	15
И.В. Демкина. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта	16-17
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
Иновации. Качество. Профессионализм	18-19
С.Н. Медведева. Уход в домашних условиях за пациентами, перенесшими инсульт	20-21
Белуха покорила нам	22
«Здоровье в каждый двор!»	22
Нас ждет медицинский адвокат	23
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
В.В. Востриков. Эктопическая беременность: штрихи к портрету ..	24-25
А.М. Бородина. Мальчик в настоящем - Мужчина в будущем	26-27
Туберкулез: инфицированный - значит больной? (Семинар 2)	28-29
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
Т.Г. Коровина. «Полосатый» сезон в разгаре	
О правилах реализации бахчевых культур, в летний период года ...	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Синдром лишения отпуска - это заразно!	34
Мир и медицина	35
Л.А. Титова. Между здоровьем и болезнью	36-37
Решение проблем психологического здоровья методом системных семейных расстановок	38-39
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ	
Ищем здоровый образ жизни в питании	40-41
Тест: Ваш творческий потенциал	42-43





Федеральным центрам высокотехнологичной медицинской помощи в Алтайском крае - непременно быть!



(Использованы фотографии с площадки формирующегося "нагорного" медицинского кластера от 19 июня 2009 г.)