

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (95) НОЯБРЬ 2010



С Днем матери!

ОТ РЕДАКТОРА



«Если счастлив сам, счастьем поделись с другим».., или Еще раз о благотворительности, волонтерстве

Честно говоря, о благотворительности в этом номере журнала я собиралась написать несколько в другом контексте. Потрясенные ситуацией, в которой оказались около 300 семей с Николаевки, пострадавших от безжалостного пожара, женщины из Совета женщин Табунского района, не только участвовали в сборе средств для погорельцев, но и решили, что к сдаче домов (а свои обязательства по строительству жилья и федеральные, и краевые власти, да и строители уже выполнили) - подготовят памятные подарки. Общественная женская палата поддержала инициативу по проведению благотворительной акции «Быть добру», когда передаваемые от семьи к семье подарки станут символом человеческой заботы и участия, внимания. Быть добру! – так зачастую мы желаем друг другу. На Руси испокон веков были сильны традиции соучастия, неравнодушия к горю тех, кто рядом. Но как – быть сегодня? Как ни обидно об этом говорить, но эти традиции с годами стали слабеть, теряться, мы стали черствее, прогматичнее. Все чаще мы стали обращаться к зарубежному волонтерскому опыту, пренебрегая своим, а то и за помощью...

Недавно я ознакомилась с результатами исследований Рейтинга частной благотворительной деятельности стран, которые провела благотворительная организация GAF на основании ВСЕМИРНОГО опроса.

В мире у людей - разное представление о том, каков должен быть личный вклад в благосостояние общества. Например, в Литве только 4% населения жертвуют на благотворительность, а на Мальте – 83%!

В общем зачете первую и вторую строчку рейтинга поделили Австралия и Новая Зеландия - средний процент населения, вовлеченного в благотворительную деятельность, в том числе и через личное участие, там составил 57%. На третьем и четвертом местах – Канада и Ирландия, на пятом и шестом расположились Швейцария и США. В десятку лидеров вошли также Нидерланды, Великобритания, Шри-Ланка и Австрия.

Россия заняла 138-е место из 153 стран-участниц рейтинга!

Одна из причин такой низкой позиции России в рейтинге – выявленная авторами исследования закономерность: **степень удовлетворенности качеством жизни или СЧАСТЬЯ, граждан - ключевое условие роста частной благотворительности.** В мировом рейтинге счастья (Happy Planet Index) Россия находится за пределами первой сотни, там же она оказалась и в рейтинге благотворительности. Ситуация в корпоративной благотворительности обстоит несколько лучше, чем в частной, однако сами компании, осуществляющие такие социальные инвестиции, еще не удовлетворены их эффективностью.

Такое место России в рейтинге не может не отрезвлять - энтузиазма отдельных людей и организаций в этом вопросе явно недостаточно, это обстоятельство, видимо, определило появление «президентских», региональных - «молодежных», «культурных» и иных грантов.

Мне непосредственно довольно часто приходится встречаться с людьми, которые небезразличны к судьбе других, посторонних им, людей, стараются поддержать их.

Второй год в крае продолжается благотворительный марафон «Поддержим ребенка!», Попечительский Совет «Демидовского фонда» уже в 19(!) раз объявил конкурс на соискание гуманитарных Демидовских премий по итогам 2010 года. Буквально вчера, 25 ноября, в Залесовском районе я стала участником первого районного слета школьников-волонтеров «Дорогою добра», и, надеюсь, для ребят окажется важным этот первый в жизни опыт благотворительности.

Наш демографический проект «Здоровая семья – это здорово!» - тоже результат энтузиазма определенного числа очень ответственных и благородных людей – волонтеров. Так называют их в мире. То есть людей, отдающих прежде всего свое время на благородные цели помощи другим, нуждающимся в этом.

Не все в жизни измеряется деньгами (честно говоря, я и не большой сторонник материальной помощи тем, кто обращение за ней сделал чуть ли не своей профессией), видимо, поэтому личное участие, время, отданное на добрые дела, ценятся неизмеримо выше, чем просто пожертвование средств.

Поделитесь своим счастьем - проявите участие!

Содержание



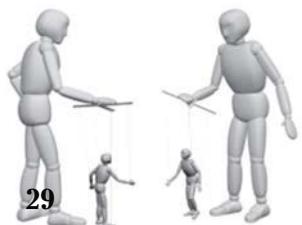
7

Взгляд православного врача на беременность и роды



18

Охота на мужчин



29

Учимся противостоять манипуляторам



41

Грудное или искусственное вскармливание?

Модернизация системы родовспоможения в Алтайском крае	2-6	
Шесть правил медицинской страховки	6	
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА		
Е.В. Харченко, Т.В. Немцева, В.Ф. Леонова, Т.В. Аристова.		
Взгляд православного врача на беременность и роды	7-10	
Мир и медицина	11	
Когда мороз беспощаден	12-13	
Перекур окончен	14	
Национальная программа "Доступная урология"	15	
Что такое счастье?	16-17	
14 ноября - Всемирный день борьбы с диабетом	17	
Охота на мужчин	18-19	
Мир и медицина	20	
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.		
Поздравляем!	21	
И.В. Бражникова. Курение или здоровье?	21-22	
Л.А. Ананьева. Мочекаменная болезнь	23-24	
Е.Б.Мирская, Е.Г. Борячек.		
Мост в облака. Аутичные дети: понять непонятное	25-26	
Как расшифровать диагноз (о медицинских названиях)	27-28	
Учимся противостоять манипуляторам	29-30	
Я поведу тебя в музей	31	
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА		32-33
Наш партнер - "Алтайский вестник Роспотребнадзора"		
Если «грипповать» не по душе	34	
«МЫ ЗДОРОВЬЮ СКАЖЕМ «ДА»		
Забавя Мефистофеля. Наши дни	35-36	
Тест: Что мешает бросить курить?	37	
Химиопрепараты. Рак легкого и туберкулез	38-39	
В.М. Ремнев, И.Г. Брусенцов.		
Большому кораблю - большое плавание	40-41	
Грудное или искусственное вскармливание?	42-43	
Мир и медицина	44	



ОТ РЕДАКЦИИ

Здоровье населения, состояние отечественного здравоохранения, дискуссии о том, что нужно предпринять, чтобы остановить вымирание нации, изменить демографическую ситуацию, что нужно сделать власти, обществу, специалистам, - наверное, одна из самых волнующих население и обсуждаемых на разных уровнях проблем.

Мы, жители, получаем информацию о грядущих системных реформах в охране здоровья населения, причем, информацию противоречивую. Кто-то восторженно воспринимает реформы, кто-то - настороженно... Но, справедливости ради, нужно сказать, что в целом восприятие ожидаемых реформ больше критическое, причем, зачастую огульное, без аргументации: «Знаю - будет только хуже».

Мы на протяжении восьми лет старались давать информацию об изменениях, происходящих в системе здравоохранения края: о новых технологиях и учреждениях, специалистах, работающих в ведущих клиниках, проблемах как в системе здравоохранения, так и в охране здоровья граждан в целом.

Мы не можем сказать, что мнение общественности при принятии тех или иных решений игнорируется. Как положительный пример такого партнерства - Программа «Демографическое развитие Алтайского края на 2008-2015 годы», которая в этом году получила существенное дополнительное развитие. Но вместе с тем у нас есть твердое убеждение в том, что сегодня очень многие проблемы, непонимание реформ происходят и от того, что не выстроен нормальный, конструктивный диалог между населением (чаще опасаясь любых реформ) и специалистами, управленцами от здравоохранения, и в определенной мере - слабостью институтов гражданского общества, работающих в этом направлении.

Как иллюстрация такого мнения - письмо, которое мы получили от Любови Петровны БОГАТОВОЙ из Змеиногорского района и решили опубликовать. Нам показалось небезынтересным ознакомить вас, уважаемые читатели, и с мнением по этому поводу Заслуженного врача РФ, известного хирурга И.А. ЕГОРОВОЙ.

Продолжая тему модернизации здравоохранения, а этой теме в значительной мере был посвящен августовский номер журнала, накануне Дня матери - наш разговор с главным акушером-гинекологом края, кандидатом медицинских наук И.В. МОЛЧАНОВОЙ.

Модернизация

- *Ирина Владимировна, тема нашего разговора определена довольно узко: модернизация системы родовспоможения в Алтайском крае.*

- На сегодняшний день много говорится о системной реформе здравоохранения, проводимой в стране. При этом чаще всего обсуждаются отдельные сегменты преобразований, без цельной картины происходящего (а такая необходимость назрела, - прим.ред.). Именно поэтому в очередной раз хочется вернуться к модернизации системы родовспоможения в крае, изложить свой взгляд и получить комментарии или мнение о предстоящих изменениях от специалистов, пациентов, будущих и настоящих мам, просто жителей края.

Итак, может ли нас удовлетворять существующая в крае система родовспоможения? На первый взгляд, в крае создана стройная система медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, состоящая из **64 учреждений родовспоможения, 87 женских консультаций и 88 кабинетов врача акушера-гинеколога**. С учетом особенностей нашего края (обширная территория с низкой плотностью населения) **в основу оказания помощи женщинам положен принцип этапности**. Это значит, что все пациентки за время врачебного наблюдения за течением беременности делятся на три группы: с физиологическим течением остаются рожать в ЦРБ, со средней степенью риска развития осложнений направляются в лечебно-профилактические учреждения второго уровня (межрайонные перинатальные центры и городские больницы), а беременные с тяжелыми осложнениями, которые напрямую угрожают жизни матери и ребенку, - в краевой перинатальный центр. В результате такого распределения в 2009 году в ЦРБ рожали **19%** женщин, на втором уровне - **71%**, в краевом перинатальном центре - **10%**.

При этом анализ деятельности службы показывает, что **основная масса осложнений во время беременности, родов и послеродового периода все же происходит в ЦРБ**, койки в которых составляют **75%** от всех родильных домов. В результате показатели материнской и младенческой смертности среди сельского населения края почти на порядок превышают таковые среди городских жителей. **Мириться с такой ситуацией мы никак не можем.**

- *Существует еще такое понятие, как качество оказываемых услуг. Расскажите, как идет внедрение новых технологий?*

- Если же говорить об удовлетворенности населения оказанием акушерско-гинекологической помощи, то в последнее время, как снежный ком, **нарастают**



СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ в Алтайском крае

обращения граждан на качество услуг. Причем если сельское население чаще беспокоит качество оказания медицинской помощи, то городских жителей, особенно жителей краевой столицы, не удовлетворяют бытовые условия, отношение медицинского персонала, отсутствие возможности пребывания в роддоме совместно с родственниками.

И действительно, современное родовспоможение предусматривает ряд новых технологий, которые вчера еще казались нам из области фантастики. Это прежде всего - выхаживание детей с экстремально низкой массой тела, которые весят всего 500 граммов, это проведение родов через естественные родовые пути с рубцом на матке, это хирургическое устранение внутриутробной патологии во время беременности, это роды в индивидуальных родильных залах, совместное пребывание матери и ребенка в отдельной палате после родов и свободное посещение родственников.

- Следовательно, системные изменения в службе родовспоможения необходимы как населению края, так и медицинским работникам?

- Да, я бы даже сформулировала ваш вопрос в утвердительной форме - системные изменения в службе родовспоможения необходимы как населению края, так и медицинским работникам.

Что предполагается сделать? В первую очередь, следует помнить, что **серьезные перемены планируются во всей системе здравоохранения**, и поэтому готовится законодательная база. Уже принят федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ», проходит обсуждение проекта еще двух базовых законов: «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и «О защите прав пациентов».

Сама же **программа модернизации**, по предложению Минздравсоцразвития РФ, **имеет три главных направления**: во-первых, предстоит укрепить материально-техническую базу клиник, во-вторых, провести информатизацию отрасли и, в-третьих, перейти на единые для всей территории страны стандарты оказания медицинской помощи.

Основополагающим в программе модернизации, на наш взгляд, является именно третье направление. При анализе деятельности акушерско-гинекологической службы края за 20 лет выяснено, что реальные результаты по снижению материнской и младенческой смертности были достигнуты при внедрении в практику новых медицинских технологий, таких, как расширение показаний к кесареву сечению, ультразвуковой трехразовый скрининг, телемедицина. Однако каждый регион внедрял новые технологии на свое усмотрение, хотя о стандартизации медицинской помощи говорилось давно и много. Пожалуй, **первой**



попыткой стандартизировать акушерско-гинекологическую помощь на уровне всей страны стал выход порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ только в октябре 2009 года. Данный документ регламентировал технологию оказания помощи, определил состав необходимого оборудования дифференцированно для каждого уровня, необходимый кадровый потенциал учреждений. Готовы проекты федеральных стандартов, составленных с учетом использования новейших достижений акушерской науки и практики. Лечение пациентов согласно этим стандартам мы и будем внедрять в крае в течение 2011-2012 годов (этот срок определен для реализации программы модернизации).

- Учреждения службы родовспоможения готовы к этому?

- Нет, для выполнения требований современного стандарта лечения не все учреждения родовспоможения края имеют необходимую структуру и оснащение. Поэтому **требуется структурная перестройка акушерско-гинекологической службы, с укреплением материально-технической базы клиник**, что является уже вторым направлением реализации программы модернизации.

Учреждения первой группы составляют в структуре акушерско-гинекологической службы 75% - 48 учреждений. В большинстве из них в год происходит от **30 до 200 родов**. **При такой низкой нагрузке поддерживать необходимый уровень квалификации медицинского персонала для оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям очень сложно.** Даже поставки дорогостоящего оборудования в эти учреждения, проводимые в рамках национального проекта «Здоровье», денежные вливания программы «Родо-



вой сертификат», систематические повышения квалификации специалистов не дали ожидаемого эффекта. Сегодня именно в этих учреждениях чаще всего регистрируются неблагоприятные исходы при родах.

- Что же делать?

- Выход из ситуации мы видим в укрупнении этих учреждений, с направлением женщин на роды из соседних районов. Например, из Шелаболихинского района, где в 2009 году родили 64 женщины, - в МУЗ «Павловская ЦРБ». **Таких маломощных родильных отделений у нас 15. Оставшиеся 33 учреждения будут оснащены в соответствии с порядком оказания акушерско-гинекологической помощи.**

Однако есть одно «но», которое заставляет задуматься, - это большие расстояния между населенными пунктами. Не снизим ли мы этим доступность оказания помощи? Для решения этой проблемы в каждой ЦРБ, не имеющей родильного отделения, в составе операционного блока открыт индивидуальный родильный зал для оказания экстренной помощи, разработаны четкие маршруты доставки беременных в то или иное лечебное учреждение (что зависит от вида и тяжести патологии), будут созданы мобильные врачебные бригады в межрайонных перинатальных центрах, которые смогут оказать медицинскую помощь «на месте».

Причем следует отметить, что опыт такой работы у нас уже имеется. Исторически так сложилось, что в 13 муниципальных образованиях в настоящее время нет родильных домов. Причем среди них такие отдаленные от крупных городских центров районы, как Целинный, Красногорский, Ельцовский. Показатели перинатальной и младенческой смертности в этих районах ниже краевых. **Приоритетом деятельности акушерско-гинекологической службы в этих муниципальных образованиях является профилактический принцип, реализуемый на уровне амбулаторно-поликлинического звена.** Беременные заблаговременно доставляются в лечебные учреждения по разработанному маршрутам.

- Какие из проблем, которые буквально назрели, вы бы обозначили еще?

- Алтайский край характеризуется **высокой заболеваемостью беременных:** так, патология сердечно-сосудистой системы у беременных встречается в **1,8** раза чаще, чем по стране в целом, а gestoзы - в **1,3** раза. **Традиционно высокая заболеваемость беременных женщин в крае и ее рост за последние годы продиктовали необходимость развития специализированной помощи беременным и ее доступность для населения отдаленных районов края.**

Решение этой проблемы мы видим в развитии в крае сети межрайонных перинатальных центров (2-я группа учреждений). **Задачей ближайшего времени является открытие в межрайонных перинатальных центрах консультативно-диагностических, неонатологических отделений и отделений для реанимации новорожденных, вторых этапов выхаживания ма-**



ловесных и недоношенных детей. По сути, нам предстоит создать неонатологическую помощь - с открытием реанимационных отделений, оснащением этих отделений и обучением специалистов. В настоящее время в учреждениях родовспоможения 21 реанимационная койка для новорожденных, к концу 2012 года мы планируем открыть еще 45.

Выхаживание недоношенных детей, а особенно детей с низкой и экстремально низкой массой тела, требует их длительного пребывания в медицинских учреждениях. Для этого в каждом межрайонном перинатальном центре будут открыты отделения патологии новорожденных.

- Все эти изменения касаются первых этапов оказания помощи. Нужны ли изменения на краевом уровне?

- Проблема здоровья беременных женщин обуславливает высокий уровень заболеваемости новорожденных, который в 1,3 раза выше, чем в среднем по РФ, и определяет уровень материнской и младенческой смертности.

При этом **в крае отсутствует современный перинатальный центр, позволяющий комплексно решать проблему здоровья матери и ребенка, участия в лечении беременных женщин смежных специалистов, развернуть подразделения для выхаживания маловесных и недоношенных детей, медико-генетическую консультацию, внедрить современные лечебно-реабилитационные технологии.** В рамках программы модернизации не предусмотрено строительство новых объектов. Однако Губернатором края А.Б. Карлиным принято решение о строительстве такого социально важного объекта в нагорной части города. В настоящее время принимается решение о проектных работах.

Таким образом, **преобразование материально-технической базы будет заключаться и в укрупнении учреждений первого уровня, и в развитии сети перинатальных центров, и в строительстве краевого перинатального центра.**

- Важно, чтобы все нововведения работали четко. Что делается для этого?

- Важным направлением в программе модернизации является **информатизация учреждений.** Принципиально новым подходом по мониторингу за проблемной беременностью, контролю за выполнением этапности оказания помощи, а также коллегиальному принятию решения о тактике ведения беремен-





Уважаемая редакция!

ной является **создание электронного регистра беременных**. Это - принципиально новая программа, которая создается как система учета и мониторинга за каждой беременной с позиции использования новых телемедицинских технологий и в перспективе - внедрения электронной версии медицинской карты пациента. Сведения об основных параметрах здоровья беременной женщины заносятся в регистр 4 раза в течение беременности, в автоматизированном режиме передаются в краевой и межрайонные перинатальные центры, где оцениваются экспертами. Затем совет экспертов для каждой женщины с осложненным течением беременности определяет лечебное учреждение, где пациентке смогут оказать весь спектр требуемых медицинских услуг.

В настоящее время закончена работа над оригинальным программным обеспечением. В регистр в качестве пилотного проекта уже занесены сведения о 3000 беременных. Аналогов таких программ в стране нет.

Считаем, что внедрение в крае федеральных стандартов оказания помощи матери и ребенку, укрепление материально-технической базы родильных домов, создание единого информационного поля во всех учреждениях родовспоможения позволит добиться поставленной цели, когда каждая беременность заканчивается рождением живого, здорового ребенка.

ОТ РЕДАКТОРА.

Мы продолжим обсуждение вопросов модернизации в следующем номере журнала. Предварительное согласие на интервью нами получено от начальника Главного управления по здравоохранению и фармакологической деятельности **В.В. ЯКОВЛЕВА**.

Вопросам модернизации бюджетной сферы в сельской местности посвятит свое заседание в декабре текущего года Общественная палата Алтайского края.

Свои предложения, вопросы по данной проблеме вы можете направлять в редакцию.

С интересом прочитала в вашем журнале публикацию «Сельское здравоохранение - продолжаем разговор» и решила написать вам.

Прямо скажу - я не верю, что вы поможете сельскому здравоохранению, но подумала, что если к вашей редакции имеет отношение такой замечательный врач, как И.А. Егорова, которую я лично помню, то не все потеряно.

В нашем селе имеется сельская амбулатория, в которой работает врач **Р.И. Кухаренко**. Если до недавнего времени, кроме врачебного кабинета, имелись лаборатория, физиокабинет, массажный кабинет и т.д., то теперь функционируют только процедурный кабинет и кабинет профилактических осмотров.

Недавно нам стало известно, что закрывают лабораторию. Это значит, что для сдачи анализов придется ездить в Змеиногорскую больницу, а также за результатами анализов. Мягко сказать, что это неудобно, а для некоторых больных это - убийственно.

Три раза этим летом я ездила в лабораторию в Змеиногорск, могу описать приемную для пациентов со знанием дела. Это комнатка размером 12кв.м., половину которой занимает аптечный киоск. В лаборатории ежедневно бывают 30-40 человек, на всю приемную - 4 сиденья. Все эти люди часами стоят в приемной и лаборатории, а ведь все они больные, среди которых матери с детьми, беременные, старики и т.д. У меня, например, сердечная недостаточность, хронический пиелонефрит и сахарный диабет - стоять мне трудно, но не просить же такого же большого человека освободить мне место! Больные сахарным диабетом, которым тоже приходится стоять в очереди, жалуются на то, что им срочно нужно есть, но кровь берут на голодный желудок, поэтому в лаборатории можно достояться до диабетической комы. А сейчас, когда закрывают все сельские лаборатории, каждый день в лаборатории будет собираться толпа в 60-80 человек и страдать от глупости «реформаторов». Не знаю, как из других сел, но из с.Карамышево к больнице подвозит людей всего один автобус - на 8-30 утра, когда людей уже полная лаборатория, недолго и опоздать.

На днях я была у главы Змеиногорской районной администрации, который заверил меня, что в Карамышевской сельской амбулатории с закрытием лаборатории ничего не изменится, кровь и мочу будут забирать в амбулатории ежедневно, анализы будут делать в Змеиногорской лаборатории, машина «скорая помощь» будет забирать и возить результаты анализов. Но заведующая амбулаторией категорически против предложенного порядка, по ее мнению, машина «скорой помощи» не может использоваться не по назначению. На мое предложение сделать так, чтобы в Карамышевской амбулатории забирали анализы хотя бы один раз в неделю, как врач, так и начальство только пожимают плечами.

Все вы медики и понимаете, что без результатов анализов врач будет лечить пациентов вслепую, не все больные смогут съездить в Змеиногорск, чтобы там сдать анализы, то из-за погоды, то из-за состояния здоровья. К чему «реформаторы» дело ведут? К вымиранию населения. Глава Змеиногорской районной администрации сказал мне, что на будущее планируют забрать в сельских амбулаториях машины «скорой помощи». Понятно, почему? Чтобы сельские жители лишились скорой медицинской помощи и скорей умирали. В Змеиногорской горбольнице закрывают роддом. Для чего? Чтобы женщины меньше рожали. Рожениц будут направлять в роддом г.Рубцовска. Сможет ли роженица без отрицательных последствий для себя и не родившегося еще ребенка добраться до Рубцовска за 200км? Конечно, нет. А если это сложные роды?..

Из всего этого можно сделать один вывод: сельское здравоохранение умирает.

Прошу опубликовать мое письмо. С уважением - пенсионерка, инвалид второй группы Л.П. Богатова, 22.09.2010г.



Ия Андреевна ЕГОРОВА,
член Совета ветеранов здравоохранения Алтайского края

Реформы здравоохранения?!

Что мы от них ожидаем и нужны ли они - задают себе вопросы медицинские работники и наши пациенты... Заканчивая статью в журнале «Здоровье алтайской семьи» за июнь 2010 года, я отметила, что вопросов по реформированию много, а ответы на них покажет время.



Пришли отклики на публикации статей о сельском здравоохранении. Одно из них - письмо из с. Карамышево Змеиногорского района от Л.П. Богатовой. Хочу сказать «спасибо» Любви Петровне за ее гражданскую позицию, ведь в письме она высказала боль и крик души за сельское здравоохранение.

Недавно премьер-министр В.В. Путин сказал, что 65% населения не удовлетворены службой здравоохранения, особенно сельского.

Почему же необходимы реформы здравоохранения? И нужны ли они? Следует заметить, что реформам в здравоохранении уже не один год. Но до этого каждый регион решал эту задачу по-своему.

Происходящие сегодня изменения в структуре управления здравоохранением затронут сотни, тысячи пациентов по всей стране.

Реформы необходимы, но при этом важно проведение организационных работ и в рамках подготовительного этапа реализации реформ.

Все ли было сделано? Прежде всего - **мало информации**. Общественность, а это, как правило, бывшие главные специалисты управления здравоохранением, врачи-эксперты, консультанты, практически не вовлекалась в процесс анализа последствий таких реформ. Нет информации - и возникают вопросы: была ли проведена, например, инвентаризация состояния врачебных амбулаторий, их базы, кадров. Насколько взаимосвязано слияние ряда сельских амбулаторий с доступностью медицинской помощи, в том числе - в рамках диагностики и лечения. Как это обсуждалось с населением?

Как разъяснялись населению те или иные предстоящие решения? Коренные перемены в отрасли развития здравоохранения зависят от одного из главных ресурсов отрасли - кадров. Диспропорции в обеспечении населения медицинскими кадрами городской и сельской местности - известны. Что делается для преодоления этих диспропорций, - общественность знает плохо. Как готовятся врачи общей практики? Как будет решаться вопрос адекватной оплаты труда медиков? Будет ли у края возможность уйти от понятия «участковый врач»? Будут ли создаваться больницы сестринского ухода?..

Последний вопрос связан с необходимостью сокращения коечного фонда в целом по краю, что, безусловно, необходимо и правильно. Предполагается в рамках реформирования системы здравоохранения создание (объединение) крупных районных больниц, создание окружных больниц, организация специализированных приемов.

Все эти реформы, по моему мнению, во благо. Только давайте решать вопросы без спешки, продуманно: «семь раз отмерь - один раз отрежь». ☺

Шесть правил медицинской страховки

Госдума в третьем чтении приняла законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Документ определяет новый порядок работы системы ОМС, а также ряд поправок в закон о страховых взносах в Пенсионный фонд, Фонд соцстрахования, Федеральный и территориальные фонды обязательного медстрахования.

Какие изменения припас для нас новый закон? **Первое** - мы получим право реально выбирать для обращения за помощью любое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС (их перечни обнародуют в каждом регионе), а также любого врача и страховую компанию, которую можно будет и менять, но не чаще раза в год.

Второе - всем выдадут полис ОМС единого образца, который будет сохраняться даже в случае смены страховой компании.

Третье - любой гражданин сможет получать медицинскую помощь в любом уголке страны, независимо от места прописки. Установит закон и четкий срок оплаты такой помощи - 25 дней. А у медучреждений появится гарантия того, что их работа будет оплачена.

Четвертое - с вступлением закона в силу в систему ОМС сможет войти медицинская организация любой формы собственности, если она согласится работать по ее тарифам. То есть со своим полисом мы сможем обращаться и в ту частную клинику, которая встроится в систему ОМС.

Пятое - закон установит единый размер платежей в систему за неработающее население. Раньше каждый регион сам определял, сколько денег он может потратить на лечение пенсионеров, безработных, инвалидов и детей. Платежи везде были разными, и этих денег, как правило, всегда было недостаточно.

Шестое - закон введет полный тариф оплаты всех оказанных пациенту медицинских услуг. Прежде за счет системы ОМС финансировались лишь пять статей расходов медицинских учреждений: зарплата и начисления на нее, лекарства в стационарах, мягкий инвентарь и питание пациентов. На все остальное средства должен был либо выделять соответствующий бюджет, либо зарабатывать само учреждение. И того, и другого тоже всегда не хватало.

- *Принятие закона - важный этап в модернизации здравоохранения*, - заявила министр **Татьяна ГОЛИКОВА**. - *Мы переходим к конкурентной модели, в которой на первый план выходят пациент и качество медицинской помощи. Но чтобы система заработала полностью, необходимо в течение 2011-2012 годов привести в порядок региональные медучреждения. На эти цели будут направлены значительные инвестиции - 460 млрд. руб.*

Однако критики законопроекта подчеркивают, что и новый закон не решит всех проблем. Так, непонятно, зачем нужны новые полисы ОМС, если застрахованным будет считаться каждый россиянин, - для получения медпомощи достаточно предъявить гражданский паспорт либо свидетельство о рождении.

Многие считают, что выбор медучреждения для большинства окажется фикцией - в маленьких городах и поселках просто не из чего выбирать. То же и с выбором врача - для этого по новому закону нужно получить его согласие, а многие ли хорошие врачи захотят иметь дополнительную нагрузку без существенного увеличения зарплаты? Сомнения вызывает и предполагаемое желание частных клиник войти в ОМС - тарифы страховой системы намного меньше их расценки, захотят ли они работать себе в убыток?

Принятый Госдумой закон должен пройти через верхнюю палату парламента и получить подпись президента. Предполагается, что все это состоится до конца текущего года. ☺





Взгляд православного врача на беременность и роды

С этой публикацией нас заставили выступить два обстоятельства: первое - многолетний опыт работы в акушерстве, второе - осознание существования духовных основ болезней, которого нас некогда напрочь лишили, отлучив от Православной Церкви. Для данной статьи мы намеренно определили довольно четкий круг вопросов, вызывающих, по нашим наблюдениям, живой интерес у широкой аудитории и требующих комментариев специалиста.

Подготовка к беременности

Большинство заболеваний, даже те из них, которые раньше считались не совместимыми с чадородием, в связи с успехами медицины сегодня позволяют вынашивать ребенка. Поэтому выяснить, нет ли «неожиданных» (ранее не выявленных) заболеваний внутренних органов представляется очень важным - есть возможность оценить их тяжесть и провести коррекцию. Тогда развитие беременности будет проходить в более благоприятных условиях.

Следует выделить отсутствие каких-либо инфекционных процессов, в том числе и связанных со «свободной любовью», т.е. распущенным, нецеломудренным поведением, что может привести к бесплодию, а если беременность все же наступает, то часто осложняется угрозой прерывания, самопроизвольными выкидышами, преждев-

ременными родами. Ребенок рождается маловесным, ослабленным и с внутренне-развившейся инфекцией.

Если беременность наступает «неожиданно» для женщины и у нее сейчас на первом месте иные жизненные планы (закончить институт, вести бизнес, продолжить карьерный рост и др.), зачастую она, вынашивая беременность и продолжая «более важное» для нее дело, имеет осложнения в течении беременности, родов или послеродовом периоде. **Практика показывает: если вы не обращаете на дитя внимание, то оно обратит на себя внимание любым способом, и чаще это будет рождение больного ребенка.**

Поэтому подготовка к беременности должна включать и медицинские, и психологические аспекты, прежде всего, перемену своего сознания, обновление своей жизни.

С ранних сроков беременности начинается недомогание (тошнота, появляется плаксивость, снижение работоспособности, беспокоят головокружения и т.д.), позднее крошатся зубы, становятся ломкими волосы и ногти, «портится» фигура, изменяются взаимоотношения с мужем. Как к этому относиться? Можно рекомендовать особое питание, прием тех или иных таблеток, но важнее понять, что в беременности заложена жертвенность матери в вынашивании плода и рождении ребенка.

Где наблюдать при наступлении беременности?

В женской консультации и в учреждении, где работают высокопрофессиональные медицинские работники. **И чем раньше, - тем лучше.** В настоящее время есть и другие «центры», однако те из них, которые пыта-

Елена Васильевна ХАРЧЕНКО,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог,

Татьяна Валентиновна НЕМЦЕВА,

кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог

- Алтайский государственный медицинский университет;

Валентина Федоровна ЛЕОНОВА,

главный врач,

Тамара Вениаминовна АРИСТОВА,

начмед

- МУЗ «Родильный дом №1», г.Барнаул





Отнеситесь с вниманием к периоду вынашивания своего ребенка, который имеет далеко идущие последствия. Именно этот период, как никакой другой, предоставляет богатые возможности дальнейшего духовно-нравственного развития женщины посредством ее питания, труда и отдыха, внутреннего (психоэмоционального) состояния, а следовательно, способствует зарождению и укреплению чувства материнства, помогающего воспитывать ребенка и развивать его духовно и психически.



ются не заниматься не медицинскими вопросами, а влиять на душу беременной женщины, должны быть если не отвергнуты, то приняты с очень большой осмотрительностью.

В женских консультациях г.Барнаула подготовленные специалисты проводят психопрофилактическую подготовку к родам, которая в своем классическом (авторском) варианте является лучшей в мире.

Из чего складывается наблюдение за беременной женщиной?

В женской консультации будущей маме дают необходимые рекомендации по образу жизни и укреплению своего здоровья, оценивают состояние ее здоровья и динамику его в процессе беременности, а также наблюдают за развитием плода.

Питание беременной женщины должно быть простым, натуральным (сейчас много продуктов с консервантами, красителями, ароматизаторами, генетически модифицированных и т.д.) с достаточным содержанием растительной пищи, рыбы, молочных продуктов. Обязательного ежедневного употребления мяса не требуется, достаточно 2-3 раза в неделю. Не следует руководствоваться весьма распространенным правилом, что в этот период надо есть за двоих.

Дисциплина питания, необходимая для всех, предполагает прием пищи в одно и то же время. Умеренность в ее количестве, обуздывание неразумных прихотей, отказ от потакания своему желанию съесть что-то в любое время - остаются обязательными и для беременной женщины. Это прививает навык воздержания и разумной упорядоченности, укрепляет волю, приучает к самообладанию. Следует заметить, что **подобная культура питания дисциплинирует и внутриутробно живущего ребенка**, так как после всасыва-



ния пищи повышается уровень глюкозы в крови женщины и ребенок тоже начинает завтракать, обедать и ужинать с интервалом 30-40 минут от матери. И если вы не хотите, чтобы ребенок «перепутал день и ночь», - соблюдайте режим! Знайте: воспитание ребенка начинается уже сейчас - с таких «мелочей», как питание.

Режим беременной женщины
Прежде всего надо обратить внимание на **сон**: он должен быть ночным с 22 часов до 7 часов утра, то есть не менее 8 часов. Избыточная его продолжительность (до 11 утра) не способствует укреплению здоровья, а таит в себе развитие лени и недисциплинированности. Во время декретного отпуска **откажитесь от занятий профессиональной деятельностью** (особенно интенсивным ведением бизнеса), учебой (сессии). **Читайте умные, добрые книги, слушайте хорошую музыку, занимайтесь рукоделием, сильным домашним трудом.**

Эти рекомендации кажутся простыми, но как часто в родильном доме, заходя в палату к беременным, видишь на их тумбочках лимонад, кукурузные хлопья, современные детективы, боевики или бульварные романы, плеер, из которого доносится ритмичная рок-музыка, а на окошке - телевизор и т.п. И это в то время, когда беременность осложненная! Какие таблетки тут помогут? Как далеки женщины от понимания глубокого смысла во всем том, что уже накоплено традициями русского народа для вынашивания здорового ребенка.

Отнеситесь с вниманием к периоду вынашивания своего ребенка, который имеет далеко идущие последствия. Именно этот период, как никакой другой, предоставляет богатые возможности дальнейшего духовно-нравственного развития женщины посредством ее питания, труда и отдыха, внутреннего (психоэмоционального) состояния, а следовательно, способствует зарождению и укреплению чувства материнства, помогающего воспитывать ребенка и развивать его духовно и психически.

Оценка состояния плода

Сложилось мнение, что главную роль тут играет метод УЗИ. И поэтому так много возникает вопросов...

Заметим, что изначально этот метод задумывался для выявления пороков развития плода и только потом с его помощью дополнительно стали оценивать, как растет и развивается



Школа ответственного родительства

плод, отклонения в плаценте, пуповине и водах. Если порок выявляется, то, повторив УЗИ, выполнив тесты на альфа-фетопротеин, ХГЧ, возможно, выполнив биопсию хориона (взяв кусочек плаценты), предлагается прервать беременность, при этом называя этого ребенка широко используемым термином - «неперспективный». Как здесь поступить дальше? Решение должна принимать только семья.

Роды

Роды, как правило, ассоциируются с болью, непереносимыми страданиями, страхом. И поэтому так легко согласиться на обезболивание в родах, и чем сильнее обезболивающий эффект, тем лучше. К тому же современные методы позволяют этого достичь. Кажется, все здорово! Но так ли это на самом деле?

В родах происходит не только физическое рождение ребенка, но и рождение новых связей - психологического феномена «материнство». Только он может сделать женщину - матерью.

Кроме того, психиатрами и психологами замечено, что **мать передает ребенку «антистрессовую устойчивость» на всю его последующую жизнь** как важный компонент в целостной реакции человека на те или иные события. Речь идет о том факте, что одни и те же события у одних людей вызывают сильную эмоциональную реакцию на уровне стресса, а у других - нет. Повреждающее действие эмоционального стресса определяется не только силой события, вызывающего стресс, но и устойчивостью психики человека к перенесению этого фактора. Эта устойчивость имеет свои истоки в опыте, переданном матерью. Но чтобы его передать, мать должна иметь *опыт!*

Применение без показаний обезболивающих средств разрушительно действует на связь «мать - ребенок». Именно это может лежать в основе отклонений в поведении детей и подростков, удивляющих своей жесткостью или сверххранимостью, легкостью вовлечения в дурные компании, ранним уходом из семьи.

Наркотические средства, например, промедол, часто применяют во время родов. Врачи знают, что оно не обезболивает, а одурманивает человека. **Есть научные сведения, что вред применения препарата несравнимо больше:** он оставляет в головном мозге ребенка впечатление от своего перво-



го контакта и впоследствии «облегчает» наркотизацию человека.

Широко рекламируются перидуральные методы обезболивания - инъекция в область позвоночника, позволяющая на время снизить интенсивность родовых болей или совсем их убрать. Этот метод применяется при нарушениях в течении родового акта, а также при преждевременных родах. **Следует заметить, что любой метод лечения (а при нормальных родах что можно лечить?) может иметь осложнения как со стороны анестезиологического пособия, так и со стороны влияния на родовой акт:** нарушает нормальное течение периода изгнания плода и часто требует применения сокращающих средств.

Присутствие мужа в родильном зале

В настоящее время есть возможность участия мужа в родах: отдельные родовые палаты для каждой роженицы, отдельные палаты для совместного пребывания матери и ребенка.

Следует признать, что **участие мужа на этапе оказания помощи в период схваток и сразу после родов - это неоценимая помощь и незабываемые благодатные впечатления, ведущие к сплочению семьи. Но к этому надо подготовиться семейной парой.** Если подготовка идет на основе глубокого осмысления родов с духовно-нравственных позиций, а не только как физиологический акт, то она уже на практике показала свою высокую эффективность и в медицинском отношении (здоровые и малоблезненные роды), и в духовно-нравственном развитии семьи.

Но есть и другая сторона. Когда муж хочет видеть сам момент рожде-

В родах происходит не только физическое рождение ребенка, но и рождение новых связей - психологического феномена «материнство». Только он может сделать женщину - матерью. Став матерью, женщина может передать опыт отношения к людям, социальный опыт - опыт жертвенности. Материнство позволяет уловить все оттенки душевного и физического состояния своего ребенка, почувствовать направление его развития и даже тогда, когда он, став взрослым, находится за тысячами километров, в момент опасности, нависшей над ним, почувствовать ее своей сердечной болью и отозваться.



Школа ответственного родительства

ния, часто его «нервы» не выдерживают, и тогда персонал не знает, кому помогать: рожаящей женщине или мужу, сползающему по стенке. Или он, будучи более «мужественным», по-своему оценив ситуацию, начинает предлагать, что, по его мнению, надо сделать, мешая работе акушеров. Также отмечается, что роды на мужа производят такое сильное впечатление, что эта картина буквально «впечатывается» в его память во всех ее физиологических (часто не очень красивых) подробностях, что начинает негативно влиять на его отношение к жене.

Грудное вскармливание

Сегодня снизилось число женщин, вскармливающих своего ребенка до года. Есть сведения, что 30-40% женщин кормят детей грудью до трех месяцев, а 70% новорожденных уже питаются искусственными смесями из коровьего молока. Между тем, если рассматривать медицинские аспекты, то нужно отметить, что **ребенок, находящийся на грудном вскармливании, значительно реже болеет, у него лучше показатели физического и нервно-психического развития, практически нет таких часто встречающихся «сопутствующих» детскому возрасту заболеваний, как диатез, дисбактериоз.** Ученые находят этому объяснение: особую ценность молоку матери придают наличие не только питательных веществ (легкоусваиваемых белков, жиров, углеводов) и минералов, но и веществ, влияющих на рост и развитие ребенка (гормональных и гормоноподобных веществ, соединений, влияющих на формирование и развитие нервной системы, регуляторов физиологических функций и т.п.), обеспечивающих защиту от инфекции (иммунные комплексы), и ферментов, облегчающих пищеварение. Именно поэтому дети-«искусственники» чаще страдают инфекционными заболеваниями, анемией, гипотрофией, рахитом, сахарным диабетом, ожирением, дисбактериозом, имеют более низкий индекс здоровья.

Но, как мы уже отмечали, связь между матерью и ребенком - это особая связь, и с перерезыванием пуповины она не прекращается. Если приложить ребенка к груди сразу после рождения, то у него появляется первое впечатление, которое успокаивает ребенка, знакомит его с его матерью, и появляется ощущение безопасности. Дети, вскормленные молоком своей ма-



тери, имеют с ней более прочную психологическую связь во все оставшиеся периоды жизни.

Питаясь молоком матери, дитя воспринимает первые уроки любви, Любви с большой буквы.

Таким образом, беременность и роды, вынашивание своего чада и его рождение являются важнейшими событиями в жизни женщины, которые способствуют созреванию и проявлению духовного и нравственного начала в ней. ☺

Важно, чтобы любой процесс, в том числе и вынашивание, подготовка к родам, роды и воспитание ребенка, был созвучен русским православным традициям и сочетался с высоким профессионализмом акушеров и врачей.

Кесарево сечение - хорошо это или плохо?



Доля нормальных родов сегодня составляет 32%. Операцией кесарево сечение - родоразрешаются 15-18% рожениц. Это - много: 20-30 лет назад эта цифра составляла лишь 3%. Одной из главных причин столь частого оперативного родоразрешения является слабое здоровье рожаящих женщин и их детей.

Кесарево сечение - это метод извлечения плода из плодовместилища путем разреза передней брюшной стенки матки в обход естественных родовых путей (Гентер Г.Г.), то есть **это - метод появления человека на свет противоестественным путем.** Это - операция, со всеми вытекающими последствиями для матери; существует риск оперативного вмешательства со стороны анестезиологического пособия, риск развития осложнений, связанных непосредственно с операцией, и инфекционных осложнений, отдаленных последствий (спаечный процесс, нарушение кровоснабжения органов и развитие варикозной болезни).

Однако в различных способах рождения есть особенности и для ребенка. Дело в том, что **ребенок, рожденный через естественные родовые пути, - это ребенок, перенесший родовый стресс, который способствует резкой активизации его жизненных сил (адаптационных процессов) и который помогает приспособиться к новой среде проживания.** Это более жизнеспособный ребенок не только в момент рождения, но и в последующем психологи отмечают у таких детей более активную жизненную позицию, они более устойчивы к перенесению жизненных невзгод. Наоборот, **дети, рожденные при операции кесарева сечения, не получают такого мощного импульса к разворачиванию жизненных сил в ранний период жизни.** Им требуется более длительный интервал для становления своих органов и систем (длительный адаптационный период), а в психологическом отношении такой человек менее активен в жизни при достижении своих целей, у них чаще отмечается непереносимость стрессовых переживаний.



Алтайская региональная
общественная организация
«Профессиональная ассоциация
средних медицинских работников»

ПОЗДРАВЛЯЕТ

коллектив

ГОУ СГО «Барнаульский базовый
медицинский колледж»
с 80-летним юбилеем
со дня основания!

Уважаемые коллеги!

Позади - восемьдесят лет сложного, тернистого пути, который могли осилить лишь самые преданные профессионалы своего дела.

Восемьдесят лет - это солидная дата, подтверждающая победу вашего коллектива над равнодушием, которым поражено наше общество.

Благодаря сплоченности вашего коллектива и духовному вкладу в подготовку специалистов сестринского дела для практического здравоохранения в нашем мире становится больше милосердия, разума, добра, любви.



Ваша готовность отдать талант служению профессии в огромной мере способствует совершенствованию подготовки молодых специалистов, нашему общему успеху в достижении главной цели - повышении качества медицинской помощи населению Алтайского края!

Пусть в этой благородной миссии сопутствуют вам успех, здоровье, мир и благоденствие!

*Искренне желаем творческих сил,
новых свершений в достижении
поставленных целей, благополучия и мирного неба.*

**Президент
АРОО «ПАСМР»
Л.А. ПЛИГИНА**

Редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» присоединяется к теплым поздравлениям, адресованным юбиляру - Барнаульскому базовому медицинскому колледжу, история которого началась в 1930 году. Это многопрофильное учебное заведение, отвечающее современным требованиям, ежегодно выпускает более 250 средних медицинских работников и медицинских сестер.

Желаем слаженному профессиональному коллективу БМК дальнейших успехов и удач!

Курение или здоровье?

Ирина

**Владимировна
БРАЖНИКОВА,**

старшая медсестра-анестезистка, вторая квалификационная категория,
МУЗ «Косихинская ЦРБ»,
член АРОО «ПАСМР»
с 2003 года



Избавление от курения - дело не только самого курящего, которого неустанно агитируют, но и забота общества и государства.

Табак - это однолетнее растение семейства пасленовых, в листьях которого содержится никотин. Впервые с ним познакомились участники экспедиции Христофора Колумба, который и ввез табак в Европу.

Зачем люди курят? Сотни тысяч раз специалисты пытались выявить мотивы. Опрос школьников по этому поводу показал, что ведущий мотив - «удовольствие и развлечение».

Кто и что влияет на курение подростка? Родители, братья, сестры, сверстники; иногда - низкая успеваемость в школе, часто - бунтарство и нежелание выглядеть «белой вороной» среди остальных.

Известно, что каждый из нас выкуривает в год 1,55кг табака. Но если я не курю, значит, кто-то рядом выкуривает 3,10кг! А если еще кто-то один не курит, значит, тот, третий, выкуривает 4,5, а то и 6кг табака! А при этом смертельная доза для человека равна 0,06-0,08 грамма.

Почему же люди не умирают сразу, выкурив одну сигарету? Дело в том, что никотин поступает в организм небольшими порциями, часть его успевает нейтрализоваться, так развивается постепенное привыкание к нему.

Эксперты ВОЗ, обобщив данные по многим странам, сделали следующие выводы:

- ◆ смертность среди курильщиков на 30-80% выше, чем у некурящих;
- ◆ смертность вырастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет;
- ◆ смертность выше среди людей, начавших курить в молодом возрасте.

Особо не надеясь, что столь общие факты смогут поколебать курильщиков, врачи конкретизируют:



Советы медицинской сестры

◆ по сравнению с некурящими длительно курящие люди в 13 раз чаще страдают болезнями сердца, в 10 раз - язвой желудка;

◆ курильщики составляют 96-100% всех больных раком легких;

◆ каждый седьмой долгое время курящий болеет тяжким недугом кровеносных сосудов.

Жесточайший удар по организму наносит курение вместе с алкоголем!

Между тем исследования говорят, что 85% людей не знают о серьезной опасности курения или существенно недооценивают ее. Специалисты здравоохранения утверждают: **пристрастие к курению табака соответствует понятию «наркотик»!** Казалось бы, есть над чем задуматься. И все-таки, согласно данным ВОЗ, число курильщиков ежегодно увеличивается на 5%. Для нашей страны это - 10 миллионов человек. Оглянитесь вокруг! Разве это не так?!

Курение - это не просто вредная привычка. У современного человека, который вовремя не остановился, развивается зависимость от никотина. 60% людей знают, что курение вредно, но далеко не всем известно, что вредно для всех, кто находится в помещении, где курят.

Пребывание некурящего в течение часа в закрытом накуреном помещении соответствует «выкуриванию» им четырех сигарет. Эксперименты показывают: 25% вредных веществ, содержащихся в сигарете, сгорают, 25% поглощает курящий, 50% отравляют воздух в помещении, где курят. Во имя чего таким воздухом должен дышать человек, который не приемлет курения?

Особенно опасно приобщение к курению детей и подростков. Еще не окрепшие нервная и кровеносная системы болезненно реагируют на табак. Необходимо подчеркнуть, что курение не является естественной потребностью организма, как еда или сон. Курение табака также не яв-



ляется признаком сильной личности и взрослого человека. Так что же толкает именно в подростковом возрасте к сигарете?

В процессе приобщения к курению просматриваются четыре стадии. Узнавание происходит в раннем детстве, когда ребенок видит вокруг себя курящих взрослых. Будучи пассивным курильщиком, он привыкает к запаху и виду сигарет. Со временем возникает желание попробовать самому. Как правило, эксперимент начинается в группе и происходит с одобрения сверстников. Боязнь быть отвергнутым усиливает желание. Появляется вера в то, что курение успокаивает нервы, улучшает настроение. Развивается привычка, вызванная привыканием организма к действию никотина, переходящая в никотиновую зависимость. Никотин возбуждает ЦНС, повышает артериальное давление и увеличивает работу сердца. А в целом создает субъективные ощущения повышения работоспособности, уменьшения усталости, легкого возбуждения. Такова первая реакция. Во время второй происходит спазм кровеносных сосудов курильщика и ухудшается кровоснабжение клеток мозга. Все это становится условным рефлексом: закурил - начал работать.

И все идет по известному кругу: ухудшается работоспособность, кровоснабжение мозга, и рука тянется за новой сигаретой.

Если мальчики начинают курить в начальных классах, а девочки чуть позже, то это возможно только благодаря нашему безразличию. Сегодня возраст 12-13 лет считается наиболее опасным - чаще всего именно в этом возрасте подростки пробуют курить. Как часто курильщики в ответ на предостережение гордо отвечают: «Здоровье мое!». А исполнение долга перед государством? В зависимости от здоровья! Человек с большими легкими делает меньше... А он больше и не может! Не кажется ли вам, что надо быть беспощадными по отношению, в первую очередь, к самим себе? И не заниматься демагогией в отношении здорового образа жизни, а утверждать его!

Курение давно перестало быть личным делом. И до тех пор, пока это зло не станет предметом государственного и общественного обнародованных выводов, дело с мертвой точки не сдвинется. Любовь к подрастающему поколению побуждает нас предостеречь юношей и девушек от курения! ☹



Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь (МКБ), или уролитиаз, - это заболевание, проявляющееся образованием камней в почках и других органах мочевыделительной системы.

Это одно из наиболее частых урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1-3% населения, причем наиболее часто у людей в трудоспособном возрасте - 20-50 лет. Больные уролитиазом составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров.

Какие бывают камни?

Чаще всего различают две группы камней мочевой системы. В первой решающим является *катион* - неорганический кальций, а относят оксалаты и фосфаты. Во второй группе на первом месте стоит *анион*, и сюда относят низкомолекулярные вещества: мочевую кислоту и ее соли, цистин, ксантин. Камни, относящиеся к первой группе, в основе своей имеют химическое вещество, однородное по составу. От них по химическому составу отличаются мочекислые, уратные, а также цистиновые камни. Таким образом, различают неорганическую и органико-кристаллическую группу камней, что и является основой их классификации.

Почему начинают образовываться камни?

Факторов камнеобразования можно выделить несколько:

◆ *климатический*: если вы живете в жарком климате, то вы потеете на много больше, чем житель средней полосы. В результате в организме повышается концентрация некоторых солей и могут начать образовываться камни;

◆ *географический*: здесь определяющая роль состава воды (жесткая вода с большим содержанием кальциевых солей способствует появлению уролитиаза) и пищи (острая и кислая пища повышает кислотность мочи, от чего камни образуются легче);

◆ *постоянный недостаток* витаминов в пище и ультрафиолетовых лучей;

◆ *травмы и заболевания костей* (остеомиелит, остеопороз);

◆ *хронические заболевания желудка и кишечника* (хронический гастрит, колит, язвенная болезнь), *органов мочеполовой системы* (пиелонефрит, гидронефроз, нефроптоз, цистит, аденома предстательной железы, простатит и другие);

◆ *обезвоживание* организма (при инфекционном заболевании или отравлении).

Профилактика МКБ

Рекомендуется не только **не передавать**, то есть ограничивать общий объем пищи, **выпивать не менее 2л жидкости в сутки** (причем, летом нужно пить столько, чтобы никогда не ощущать чувство жажды), но и **исключать** поваренную соль, мясные бульоны; жирную, острую и жареную пищу; крепкий чай, кофе, какао, шоколад. Регулярно **принимайте мочегонные настои** или отвары различных трав. **Следите за поясницей**, которую нужно всегда держать в тепле. Сильно не переохлаждайтесь.

При появлении пусть даже **небольших неприятных ощущений в области поясницы немедленно обращайтесь к врачу-урологу по месту жительства.**

Каковы симптомы уролитиаза?

Болевой симптом зависит от величины, формы, расположения и степени подвижности камня.

Почечная колика возникает внезапно, без видимых причин, днем или ночью, в покое или при движении. Боли носят нестерпимый характер и локализируются в левой или правой поясничной области с распространением вниз по ходу мочеточника в подвздошную область, в пах, внутренние поверхности бедра и наружные половые органы. Длительность приступа составляет от нескольких минут до суток и более. Отмечается дизурия, то есть дис-



Лидия Анатольевна АНАНЬЕВА,

медицинская сестра урологического отделения, первая квалификационная категория, ГУЗ «Краевая клиническая больница», член Ассоциации с 2004 года

Мочекаменная болезнь - это одно из наиболее частых урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1-3% населения, причем наиболее часто у людей в трудоспособном возрасте - 20-50 лет. Больные уролитиазом составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров.



◀ комфорт при мочеиспускании (рези, боли, задержка мочи). Гематурию - появление крови в моче, рассценивают как непостоянный симптом. Различают микрогематурию - не видимую глазом кровь и макрогематурию - видимую глазом кровь в моче.

Отхождение конкремента (мелких камней, песка) с мочой является абсолютным признаком МКБ.

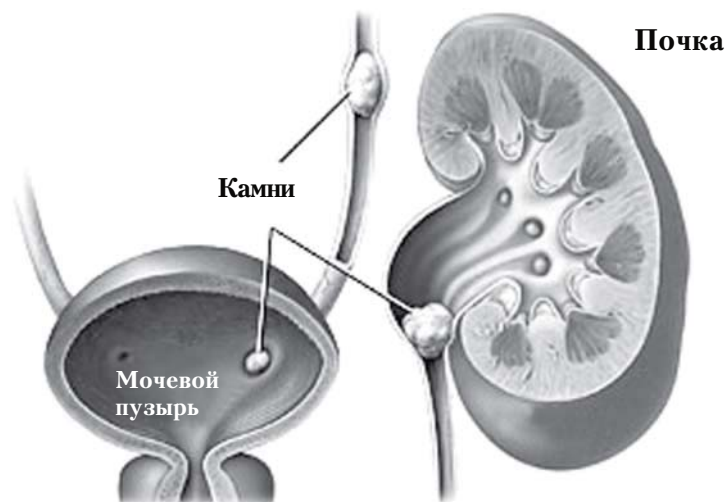
Существуют следующие диагностические методы определения МКБ: биохимические обменные исследования, клинические анализы крови и мочи, рентгенологическое исследование (урография), ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря (УЗД).

Лечение МКБ

Лечение может быть оперативным и консервативным. К оперативным методам относятся: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), эндоскопические операции и хирургическое удаление. Медикаментозная терапия и диета относятся к консервативным методам

Приступать к лечению МКБ можно только после установления химического состава, размера и местоположения камней, поскольку неадекватные диетические и лечебные мероприятия могут привести к образованию камней сложного состава.

При лечении используют лекарственные препараты, состоящие из ряда веществ только животного происхождения или химического и растительного происхождения. Они оказывают спазмолитическое, диуретическое и антисептическое действия. Вызывая гиперемия почки, улучшают почечное кровообращение и повышают диурез; кроме того, они снимают спазм гладкой мускулатуры лоханок и мочеточников. Одновременно эти препараты усиливают перистальтику, способствуя отхождению камней. В то же время на микробную флору бактериостатическое действие оказывают **чистые терпены:** «Цистенал» и «Спазмоцистенал» (по 3-4 капли на сахаре 3 раза в день, при почечной колике - по 20 капель); «Цистон» (по 2 таблетки 2-3 раза в сутки); «Фитализин» (по 1 ч.л. пасты в 0,5 ст. сладкой воды 3-4 раза в день после еды); «Уралит» (по 2 таблетки 3-4 раза в день); «Нефро-



лит» (по 2 таблетки 3 раза в день после еды в течение 1-2 месяцев).

Для устранения болевого симптома, возникающего вследствие спазма гладкой мускулатуры при прохождении конкрементом лоханочно-мочеточникового соустья и просвета мочеточника, **рекомендуется применение спазмолитических препаратов:** «Но-шта», «Баралгин», «Спазмалгон», «Триган», «Спазган», «Максиган».

При наличии камней полезны профилактические народные средства: пить березовый сок натошак по 1 ст. 1-3 раза в день; утром натошак принимать рюмку сока редьки; настой трав медвежьих ушек (1 часть) и хвоща полевого (1 часть) пить по 2 ст. в день 2 недели (повторить через 2 недели); настой листьев смородины черной: 2-3 ст.л. листьев залить 2 ст. кипятка, пить в течение суток; в 2 ст. воды размешать 4-5 ч.л. макового семени, выпивать все в течение дня.

На растворяющий и камнеизгоняющий эффект можно рассчитывать, используя настой листьев и корней петрушки; отвар льняного семени; сок свежего лимона; сок арбуза; настой травы спорыша; отвар листьев брусники; настой травы хвоща полевого; настой березовых почек.

В любом случае применения рецептов народной медицины необходима консультация вашего лечащего врача!

При назначении диеты важное значение придается физико-химическим свойствам мочи, а также химическому составу и структуре камней. Рекомендуется отказ от соленой и копченой пищи, приема алкогольных напитков. ☺

Лечение может быть оперативным и консервативным. К оперативным методам относятся: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), эндоскопические операции и хирургическое удаление. Медикаментозная терапия и диета относятся к консервативным методам.

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



Мост в облака. Аутичные дети: ПОНЯТЬ НЕПОНЯТНОЕ

Говоря о неконтактных детях, чаще всего подчеркивают впечатление непонятности - «странный... не такой, как все... чудаковатый... нелепый». Взгляду со стороны поведение и переживания неконтактного ребенка предстают в виде хаотического набора нарушений, каждое из которых само по себе отличает его от здоровых сверстников. Можно ли найти какие-то закономерности, помогающие понять неконтактность в целом и, стало быть, поведение каждого неконтактного ребенка в отдельности?

Живя в том же, что и все другие люди, мире, аутичный ребенок видит его иным. Его восприятию недостает образности, целостности - и мир предстает перед ним как случайный набор отдельных, непонятных в их взаимодействии элементов. Смысл и значение вещей, обычно постигаемые по их месту в общей картине мира, остаются закрытыми для такого ребенка. Он немного напоминает старика Хоттабыча, только что выпущенного из бутылки, но в отличие от него не имеет вообще никакого - пусть даже безнадежно устаревшего - представления о мире. То, что из этого пугающего хаоса удастся как-то узнать, заменяет собой полный и целостный образ мира. Это прежде всего самые простые и наименее изменчивые вещи, которые в реальной жизни могут иметь крайне малое значение.

Самый впечатляющий пример - **непереносимость нового, стремление поддерживать неизменность окружения и связанные с ними страх в протест**. Неконтактный ребенок как бы складывает образ мира из отдельных элементов, не имея этого образа. Это напоминает строительство дома без исходного образа, проекта - просто кирпич к кирпичу. В самом, свойственном неконтактности, аналитическом подходе к миру нет ничего болезненного, но не подкрепляемый подходом синтетическим, целостным, - он похож на блуждание наугад. Нормальное развитие сочетает их, так что воспринимаются сразу и тембр голоса, и интонация, и тон, и поза, и жесты, и содержание слов - ребенок понимает: мама сердита, или устала, или рада. Восприятие целостного образа позволяет пренебречь случайными или малозначительными деталями, чего неконтактному ребенку как раз и не хватает - за деревьями он не видит леса.

Эта односторонняя аналитичность - характеристика не только восприятия. На ней же строится и мышление. Даже при очень хорошем умственном развитии ребенок «умствует» больше, чем делает: он может быть «ходячей энциклопедией» и не ориентироваться в простейших житейских вещах и ситуациях, где требуется интуиция, способность поступить верно, не размышляя о том, что верно и что нет. Его энциклопедическим знаниям не - достает знаний, которые нужны в повседневной жизни.

Та же неравномерность прослеживается и в других психических функциях. Механически запоминаемые тексты или маршруты и неспособность рассказать о прочитанном или самостоятельно сориентироваться в не очень знакомом месте. Неумоимость ритуалов и быстро наступающая усталость от общения. Та гармоничность, которая радует в развитии здорового ребенка, при аутизме отсутствует или недостаточна: **сложные навыки могут формироваться раньше простых или сочетаться с сохраняющимися незрелыми формами поведения.** «Я чувствую себя рядом с ней, как если бы вместо концерта все два часа оркестр настраивал инструменты: разлаженность, скрежет - я ничего не понимаю», - говорит мать неконтактной девочки.

При выраженной неконтактности, и особенно в младшем возрасте, все это образует существенное препятствие для отношений с окружающим миром. **Ребенок не отказывается от общения - он не умеет это делать.** Способность устанавливать контакты страдает из-за дефицита восприятия и особенностей переработки поступающей информации.



**Евгения Борисовна
МИРСКАЯ,**
педагог-психолог,



**Елена Георгиевна
БОРЯЧЕК,**
и.о. заместителя директора
- ГУ «Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков
с ограниченными
возможностями»,
г.Барнаул



◀ **Сопутствующие и осложняющие нарушения** (задержка развития речи, умственного развития, нарушения координации и двигательных функций и др.) **тормозят развитие и формирование навыков коммуникации.** Степень улучшения, которой удастся добиться в ходе лечения, поэтому очень различна.

Неконтактность ребенка на самых ранних этапах жизни уменьшает силу влияний, доставляемых контактом «мать-дитя» и имеющих огромное психологическое значение для развития. Даже самые любящие и эмоционально теплые родители далеко не всегда в состоянии пробить скорлупу неконтактности. Часть страхов и других особенностей поведения может быть связана с тем дефицитом ранних эмоциональных влияний, который при этом возникает.

Подводя итог описанию неконтактности, хотим подчеркнуть, что **это не болезнь, отнимающая у ребенка то, чем он уже владеет, и не раз навсегда данное и неизменное нарушение, с которым уже ничего не поделаешь. Это сложная и тяжелая дисгармоничность развития.** Опыт показывает, что она принципиально преодолима, хотя степень преодоления у всех детей разная. Хотим подчеркнуть особо слово **преодоление.** Это тяжкий и многотрудный путь, в котором ребенок вместе со взрослыми шаг за шагом продвигаются к возможности более свободного и творческого развития. Неконтактность - не приговор, но брошенный вызов. Мы должны принять его, потому что - если не мы, то кто же?! ☺



Темпл ГРЭНДИН «Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма»

«...*Мое мышление чисто визуально.* Я без труда выполняю конкретные пространственные задачи - например, если требуется что-то нарисовать. Мне случалось проектировать большие и сложные сельскохозяйственные устройства, однако вспомнить номер телефона или сложить в уме два числа - это для меня сложная задача. Если необходимо вспомнить что-то абстрактное, я как бы «вижу» перед собой страницу из книги или свой блокнот и «считываю» оттуда нужную информацию. *Без визуальных образов я могу вспомнить только мелодии.* Чтобы запомнить что-то услышанное, мне нужно, чтобы оно было эмоционально нагружено или соединилось с каким-то зрительным образом. Размышляя об абстрактных понятиях, например, о человеческих отношениях, я использую визуальные подобию вроде стеклянной двери, к которой нельзя применять силу, иначе она разобьется.

Исследования показывают, что *с аутичными детьми можно успешно общаться при помощи рисунков.* Другие исследования позволили установить, что *аутичные дети часто усваивают письменный язык лучше устного.* Даже сейчас я смешиваю похожие звучащие слова. В речи я также путаю правое и левое, перемещение по часовой стрелке и против часовой стрелки; чтобы понять, как правильно, мне нужно сделать движение рукой.

Прошло более десяти лет с тех пор, как я прошла курс статистики. Первый экзамен я провалила - не смогла оперировать одновременно двумя пластами информации. Интерпретировать математические символы и одновременно преобразовывать уравнение оказалось для меня невозможным...

...Как известно, существуют два основных типа мышления - визуальное и последовательное. *Обществу необходимо признать ценность людей, мыслящих визуально.*

Неверная интерпретация психологических тестов может привести к тому, что талантливый человек с визуальным мышлением оказывается записанным в «туповатые». Визуальным мыслителем был А.Эйнштейн, всегда придерживавшийся зрительных методов исследования; в школе он не успевал по языковым дисциплинам. Недавние исследования свидетельствуют, что *люди с недоразвитием левого полушария бывают одарены различными талантами.* Если когда-нибудь мы научимся предотвращать аутизм и дислексию, платой за это, возможно, станет превращение потенциально талантливых людей в ничем не примечательные посредственности.

Способность к визуализации объясняет, почему некоторые люди с дислексией занимают высокие посты в корпорациях. Они легко могут увидеть проблему в целом и заниматься своим делом, не отвлекаясь и не распыляясь на мелочи.

При аутизме, как и при дислексии, часто встречается недоразвитие левого полушария головного мозга. Исследования при помощи компьютерной томографии в Йельском университете обнаружили дефицитность левого полушария у некоторых аутичных детей...

...*Аутические и дислектические черты, вероятно, нормальны - просто у некоторых людей они проявляются в экстремальной форме.* И упорство, и беспокойное отношение к жизни до некоторой степени необходимы каждому, кто хочет достичь своей цели.

Сейчас я достигла успехов в своем бизнесе. Я объездила все Соединенные Штаты, Европу, Канаду и Австралию, проектируя различные оборудование для ранчо, ферм и мясокомбинатов. Мой опыт научил меня сочувствию к животным и пониманию их нужд. Так, например, я делаю загоны для скота изогнутыми. В этом случае животные перемещаются по нему легче. Тому есть две причины: во-первых, при такой конструкции у животного нет причин бояться, ведь они не видят, что их ждет впереди; во-вторых, от природы животным свойственно двигаться по кругу. Мой принцип - не бороться с животным, а подсказывать ему, что надо делать. Думаю, тот же принцип применим к аутичным детям: **мы должны работать с ними, а не против них - то есть раскрывать и развивать их скрытые таланты»...**



Учимся противостоять манипуляторам

Возможно, многие из вас попадали в ситуации, когда вы принимали решения, на самом деле не желая этого. И, скорее всего, вы испытывали чувство разочарования собой или раздражения тем человеком, который повлиял на ваш выбор. И даже если человек не понял, что его использовали, но мы чувствуем неискренность и скрытые намерения.

Что делать, если вами манипулируют? От каких манипуляций необходимо защищаться - ведь есть манипуляции, которые сильно облегчают нам жизнь, а есть такие, с которыми просто ничего нельзя поделать! Как же распознать манипуляцию?

Об этом наш разговор - с **Еленой Эвальдовой МАРКЯВИЧЕНЕ**, кандидатом педагогических наук, доцентом кафедры психологии и коррекционной педагогики Алтайского краевого института повышения квалификации работников образования.

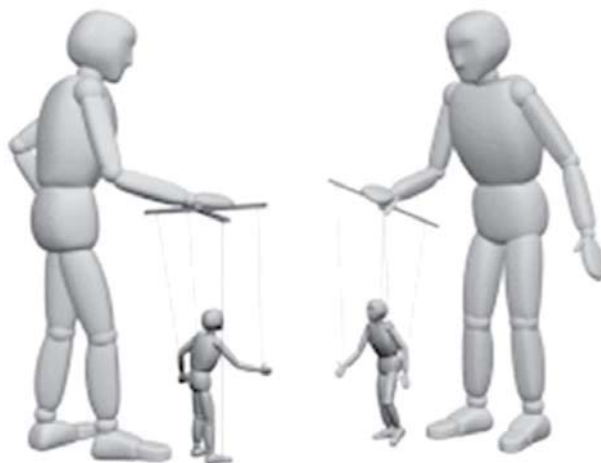
- Елена Эвальдовна, давайте для начала определим, что же такое «манипуляция».

- Манипуляция, по определению отечественного психолога Е.В. Сидоренко, - это **преднамеренное и скрытое побуждение другого человека к переживанию определенных состояний, принятию решений и выполнению действий, необходимых для достижения инициатором манипуляций собственных целей**. Другой специалист, также изучавшая «искусство манипулирования», Е.Л. Доценко считает, что **манипуляция - это «прибирание к рукам» другого человека, помыкание им, производимые настолько искусно, что у того создается впечатление, будто он самостоятельно управляет своим поведением.**

- Какие можно выделить инструменты из арсенала манипулятора для воздействия на человека?

- Манипулятор может влиять на ценности, мысли, чувства и действия. В его речи всегда присутствуют элемент лжи или искажение информации. Он говорит одно, подразумевает другое, а ожидает от собеседника третьего. Общение с манипулятором может **вызывать сильные негативные эмоции**. И это естественно, поскольку часто он питается энергией этих эмоций и, если повезет, еще и материальной наградой.

Манипулятор может **использовать шантаж**, который строится по принципу «если ты..., то я...». При



этом, как правило, после «то я...» стоят действия, крайне нежелательные для жертвы манипуляции. Также «в ходу» **давление** - то есть манипуляция, устроенная по принципу «сделай так, потому что мы хотим, чтобы ты так сделал!», пусть даже и прикрывается «гуманными соображениями».

Широко используются игры на чувствах и эмоциях. Среди них можно выделить: **игры на чувстве вины** («Ты можешь приходить во сколько угодно, но помни: пока дочери нет дома, ни одна мать не спит!»); **манипуляции с чувством «мы - они»** («Против кого дружим?»); **манипуляции чувством гордости** («Ты такая умница - у тебя получится быстрее и лучше, чем у любого из нас!»); **провоцирование страха** («Если это не будет сделано, я даже думать не смогу о возможных для вас последствиях!»). Манипулировать можно практически всеми человеческими эмоциями.

В зависимости от того, каким представляется манипулятору внутренний мир человека (балалайкой или арфой), Е.В. Сидоренко называет **два типа манипуляторов: балалаечники и арфисты**. Рассмотрим их подробнее.

Балалаечники всегда идут от негатива и могут «играть» только на трех струнах: чувстве вины, страхе и злости, которые стремятся вызвать у собеседника.

Арфисты методично «перебирают» струны человеческой души. Эти символические струны - ценности, желания, чувства, знания, представления о нормах и правилах поведения, самооценка, профессиональная компетентность... Общее правило арфистов - человеку хочется слышать о себе приятное. Манипулируя, арфисты сначала стремятся усыпить бдительность партнера по общению, всем своим поведе-



нием показывая: «мне можно доверять». Затем проводят разведку, сообщая информацию, на которую необходимо отреагировать соответствующим образом, и идут в атаку, которая включает прелюдию и получение выигрыша. Напоследок собеседнику вручается иллюзорный подарок.

- Какие существуют методики действий против манипуляции?

- Технология противостояния манипуляции вам понадобится, если вам не хочется быть объектом манипуляции или вы замечаете, что играете по чужим правилам, и не знаете, что с этим делать.

Первый шаг в противостоянии манипуляторам - научиться замечать сами манипуляции. Для этого необходимо наблюдать за собой, своим эмоциональным состоянием, теми изменениями, которые происходят с вами в общении с другими людьми. Осознайте собственные чувства и потребности. Найдите ответы на вопросы: *Что я чувствую? Почему я это чувствую, за какую мою струну тянет манипулятор? Откуда взялось у меня это чувство? Какую внутреннюю проблему я должен разрешить? За что я могу поблагодарить манипулятора?*

Манипуляция - это не повод для «черной» обиды, для снижения собственной самооценки, для мести или паники. По сути, **манипулятор показывает вам вашу слабую сторону, над которой следует поработать, чтобы не оказаться объектом манипуляции в будущем.** Вы начинаете анализировать события своей жизни, менять отношения к себе и людям, открывать в себе творческое начало, развивать чувство юмора и таким образом становитесь защищенными от проникновения манипулятора в свой внутренний мир.

Конечно, не надо видеть манипуляцию во всем, но и не стоит пропускать манипуляцию только потому, что очень болезненно об этом думать.

Вторым шагом, если вы заметили, что вами пытаются манипулировать, должно стать эмоциональное отстранение. Наблюдайте за манипулятором как в цирке, театре или в кино, получая удовольствие от игры. Ведь действия манипулятора вас ни к чему не обязывают.

Третий шаг в общении с манипулятором - использование технологий конструктивного влияния. В рамках этой статьи мы остановимся только на технологии здравомыслящего собеседника.

Итак, при общении с манипулятором вам предстоит внимательно слушать, анализировать и даже конспектировать сообщаемую информацию. **Время от времени вы можете задавать ему уточняющие вопросы** типа: «Правильно ли я вас понял, вы говорите...», «Пожалуйста, поясните, что вы имели в виду, когда говорили...» и далее цитируете собеседника. Вопросы уместны, ведь если беседу ведет здравомыслящий человек, он хочет знать, что его собеседник понимает под тем или понятием, ситуацией, явлением. У каждого - свой образ мира, поэтому важно «на берегу» договориться о смыслах,



которые стороны вкладывают в используемые ими понятия.

Уточняющие вопросы позволяют вам, помимо выигрыша во времени, привести в порядок ваши мысли, отвлечься от эмоций, которые вызывает манипулятор, уточнить содержащиеся во фразе манипулятора абстракции. Кроме того, **эти вопросы сбивают с толку самого манипулятора:** вроде бы потенциальная жертва идет у него на поводу, но ему же придется отвечать на массу вопросов, что совершенно не входило в его планы.

В технологии здравомыслящего собеседника **важно научиться разделять аргументы оппонента на те, с которыми вы согласны, и на те, что вызывают сомнение и категоричное несогласие.** Далее вы сможете ответить собеседнику: «Здесь я с вами полностью согласен...», «Эта идея вызывает сомнение...», «А это мне просто не подходит...», добавляя его цитату.

Можно использовать в своем ответе манипулятору ничего не значащие фразы (например, «Я подумаю», «Это интересно», «Спасибо, что высказали ваше мнение» и просто «Угу»), постоянно их повторяя на протяжении вашего разговора.

Помните, что вы имеете право говорить «нет», спрашивать то, что считаете нужным, отказываться без чувства вины, настаивать на собственном решении. Если вы один раз оказали услугу, это не обязывает вас оказывать их постоянно в течение оставшейся жизни. Оставьте за собой право быть верным себе.

Мы рассмотрели сущность манипуляции и типы манипуляторов, обозначили шаги противостояния чужому влиянию. Более подробно о манипуляции и способах противостояния им вы можете прочитать в книгах Э. Берна, Е. Доценко, Т. Зинкевич-Евстегнеевой, Е. Сидоренко, Э. Шострома и других. Кроме того, обращение к художественной литературе, в которой представлены яркие образы манипуляторов (Лиса в русских народных сказках, Остап Бендер И. Ильфа и Е. Петрова), позволит вам укрепить уверенность в себе, даст возможность почувствовать вкус жизни и выработать собственную стратегию поведения с манипуляторами. ☺



Если «грипповать» не по душе

Ежегодные гриппозные эпидемии поражают в среднем до 10% населения, среди которого около 20% составляют дети. Наибольшее количество случаев осложнений и смертельных исходов от гриппа наблюдается среди лиц старше 65 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Непосредственной причиной смерти обычно служит развитие на фоне гриппозной инфекции пневмонии или осложнений в виде бронхита, синусита, отита, энцефалопатии, бронхиальной астмы и других.



Как себя обезопасить

Основной мерой профилактики гриппа является вакцинация, которая наиболее доступна как средство индивидуальной и массовой профилактики гриппа. Привиться против гриппа можно в любое время года, но лучше это сделать осенью, перед началом эпидемического подъема заболеваемости гриппом, так как иммунитет формируется через 2 недели после прививки и сохраняется в течение 6-12 месяцев.

Привиться против гриппа могут все группы населения, начиная с шестимесячного возраста. В первую очередь прививаются контингенты групп риска, контактирующие с широким кругом населения: медицинские работники, работники образования (работники детских садов, преподаватели школ, техникумов, вузов), работники транспорта, сферы обслуживания, коммунальной сферы, большие хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, лица, проживаю-

щие в домах престарелых, пожилые люди старше 60 лет.

Обязательная вакцинация против гриппа проводится детям и подросткам, которые много времени проводят в закрытых коллективах: в домах ребенка, школах-интернатах, дошкольных учреждениях, школах, вузах. Рекомендуется прививать против гриппа неорганизованных детей до трех лет, членов семей беременных женщин и детей до одного года. Противогриппозная вакцина может применяться одновременно с другими прививками.

Спешите за прививкой!

С начала октября в край в рамках нацпроекта «Здоровье» из федерального бюджета поступило 530 тысяч доз вакцин против гриппа «Гриппол плюс» и «Гриппол» для вакцинации групп риска, что позволит охватить прививками 22% населения края.

В Алтайском крае имеется широкий спектр противогриппозных вакцин, позволяющий сделать выбор препарата в зависимости от возможностей и особенностей отдельных лиц и контингентов, подлежащих

вакцинации: это вакцины «Гриппол», «Гриппол плюс», «Инфлювак», «Ваксигрип».

Вакцины, применяемые в этом

Эффективность сезонной вакцинации составляет до 90%, и при проведении вакцинации в течение нескольких лет подряд ее эффективность возрастает. Иммунизация против гриппа снижает риск заражения гриппом и защищает от появления осложнений.

году, содержат вирусы и сезонного, и пандемического гриппа. Вакцинация против гриппа в рамках нацпроекта «Здоровье» проводится бесплатно.

Руководителям предприятий всех форм собственности необ-

ходимо позаботиться о профилактике ОРВИ и гриппа среди своих сотрудников и своевременно провести их иммунизацию против гриппа. Помните, что грипп - это причина снижения производительности и качества труда ваших сотрудников, ущерб от потери конкурентоспособности предприятия. Вакцинация 70-80 процентов любого коллектива значительно снизит возможные экономические потери. ☺

О.Ф. ЕГОРОВА,
ведущий
специалист-эксперт
отдела эпидемиологического
надзора Управления
Роспотребнадзора
по Алтайскому краю



Забава Мефистофеля. Наши дни

Алексей КУЛАКОВСКИЙ и **Дмитрий ВЕЛИКАНОВ**, ученики 11 класса МОУ «Родинская СОШ №1» с.Родино Родинского района, результаты своей исследовательской работы **«Курение как приоритетный фактор риска для здоровья человека»** предварили таким лирическим вступлением: *«Кто не знает о докторе Фаусте и его извечном спутнике и духовном противнике Мефистофеле? Но мало кто знает, что в легенде о Фаусте был и такой интересный эпизод. Когда была открыта Америка, Фауст в сопровождении Мефистофеля побывал в Новом Свете. Они обнаружили там много интересного, в том числе невиданные растения и среди них - табак. Весьма осведомленный, как всегда, Мефистофель заявил: «Полезная травка, не лопух какой-нибудь! Она осчастливит Старый Свет. Кто хоть раз закурит, тот не оставит этой забавы. Больше не будут говорить про нас, чертей, что мы одни вдыхаем дым и выпускаем его через ноздри. Не набить ли вам трубку, уважаемый доктор?». «Не надо. Забава для дураков», - решительно ответил Фауст». Об этой несерьезной забаве и пойдет наш серьезный разговор».*



А. Кулаковский

не будут говорить про нас, чертей, что мы одни вдыхаем дым и выпускаем его через ноздри. Не набить ли вам трубку, уважаемый доктор?». «Не надо. Забава для дураков», - решительно ответил Фауст». Об этой несерьезной забаве и пойдет наш серьезный разговор».

Сигарета бьет по человеку на клеточном уровне. По данным исследований Американского ракового общества, более 1/5 всех людей, живущих в настоящее время в развитых странах (а это около миллиарда человек), будут убиты табачным дымом (развивающиеся страны не учитывались). Каунасские ученые подсчитали, что **курильщик тратит на это мнимое удовольствие не менее 25% жизненной энергии.** При этом каждое следующее поколение курящих людей унаследует еще большую степень иммунодефицита.

Кому это выгодно? Явно не подрастающему молодому поколению. Если взрослый работает на вредном предприятии, он требует повышенной зарплаты. **А курящий человек добровольно за свои деньги травит себя стронцием, полонием, ртутью...** (Если человек-самоотравитель пропускает дым от 20 сигарет в день, то он «вкушает» 0,012г синильной кислоты; 0,0013г сероводорода; 0,22г пиридиновых оснований; 0,18г никотина; 0,64г аммиака; 0,92г оксида углерода).



Один грамм табачного дегтя - это тот самый грамм, способный убить быка, но который медленно, сигаретой за сигаретой, убивает курильщика!

Почему же, несмотря на здравый смысл и понимание всех пагубных последствий, люди курят? Что вовлекает подростка в процесс курения? Каковы меры, благодаря которым развитые страны избавляются от курения? Ответы на эти вопросы и попытались найти молодые исследователи. Одной из целей, которые они поставили перед собой, было «формирование негативного отношения к курению и потребности в здоровом образе жизни».

Вот что показали результаты социологического опроса, проведенного среди 425 человек - учеников 5-11 классов своей школы.

Из числа опрошенных табачную продукцию употребляют 14,45% учащихся. С увеличением возраста процент курящих растет: в 5-м классе - 1%, в 6-м - 3%, в 7-м - 6%, в 8-м классе - 11%, в 9-м - 15,6%, в 10-м - 18,8%, в 11-м классе - 20%!

Проанализировав результаты анкетирования, **можно выделить основные причины, побудившие учащихся к курению.**

- **Любопытство.** Большинство ребят объясняют это желанием испытать новые ощущения и интересом к самому процессу курения («было прикольно после затяжки пустить табачный дым»).

- **За компанию.** Стремление выкурить первую сигарету обычно связано с возникновением «стадного» чувства, опасением потерять свою компанию или быть непризнанным в своей группе, где большинство - любители табачного змия, а также боязнью «показаться маленьким», желанием быть как все, не стать «белой вороной».

- **Пример взрослых.** По расчетам наркологов, вероятность того, что подросток пристрастится к сигарете уже в 12 лет, достигает 80%, если в



семье к дымному зелью равнодушны трое взрослых, и 40% - если курит хотя бы один из них.

● *Желание почувствовать себя «крутым».* Оно обусловлено стремлением стать лидером и завоевать авторитет у младших школьников.

● *«Мода» на курение.* Актуальна восприимчивость к мнению сверстников («моей подружке сказали, что ей очень идет сигарета, после чего она начала курить»).

● *Доступность табачных изделий.* Сигареты можно приобрести практически в любом ларьке, несмотря на то, что существует Федеральный закон от 2001 года «Об ограничении курения табака», официально запрещающий продажу таких изделий несовершеннолетним (до 18 лет). Было выяснено, что в большинстве случаев дети сами покупают себе сигареты, чаще - штучно. Обычно на обеденные суммы. Впрочем, нередко родители, зная о том, что их ребенок курит, сами дают ему деньги на сигареты. А если денег нет, то «курево всегда можно стрелкнуть» - некоторых прохожих подобная просьба подростков не смущает.

● *Реакция протеста.* Она возникает чаще всего по отношению к родителям («хочется сделать им назло после ссоры»). Различные исследования свидетельствуют, что абсолютное большинство людей, страдающих табачной зависимостью, никогда не имели возможности в детстве сказать «нет» своим родителям, категоричное «нет» от человека, имеющего право на собственное мнение и убежденного, что мнение это небезразлично его близким.

Проведя практические исследования сигаретного дыма, ребята сделали вывод, что «сигарета - карманный крематорий».

Курение - это не безобидное занятие, которое можно легко бросить. **Это настоящая наркомания**, и особенно опасная потому, что многие не принимают ее всерьез.

Через 2-3 минуты после вдыхания дыма никотин уже проникает внутрь клеток головного мозга курильщика и ненадолго повышает их активность. Происходящее параллельно с этим кратковременное расширение сосудов мозга и рефлекторное воздействие аммиака NH_3 на нервные окончания дыхательных путей субъективно воспринимаются курильщиком как освежающий приток сил. Никотин в первой фазе своего действия возбуждает сосудодвигательный и дыхательный центры. Если прощупать пульс курящего человека, то можно заметить, что при первой затяжке происходит его замедление, а затем сердце начинает биться в учащенном ритме. Одновременно с этим повышается артериальное давление. Однако спустя некоторое время чувство прилива энергии и приподнятости исчезает. Физиологически это связано с наступающим сужением сосудов мозга и понижением его активности. **Чтобы вновь почувствовать состояние приподнятости, курящий спустя некоторое время опять тянется за**



сигаретой, невзирая на остающуюся после курения горечь во рту, обильное слюноотделение и неприятный запах. Кажущиеся подъем энергии, успокоенность, закрепляясь в сознании после выкуренной сигареты, переходят в условный рефлекс. Никотин, как и некоторые другие яды, становится привычным, и без него в силу установившихся рефлексов курящему человеку трудно обходиться.

Так устанавливается никотиновая зависимость. Никотин официально признан наркотическим веществом.

Изучая вопрос «Почему подростки начинают курить?», авторы пришли к выводу, что наряду с выше перечисленными причинами **основной является достижение безникотиновой среды в ближайшем окружении ребенка**, то есть отказ от курения родителей, педагогов, медицинских работников - всех тех, кто постоянно находится рядом с ребенком и чей авторитет для него непререкаем.

С учетом советов врача-нарколога Родинской ЦРБ **Юрия Ивановича ЛУНИНА**, на основе всего изученного ребята разработали практические рекомендации для желающих бросить курить:

● *сообщите всем о том, что вы бросаете курить.* Чем больше народу будет знать об этом, тем больше будет у вас ответственности довести начатое до конца;

● *не зарекайтесь бросить курение навсегда* - сначала бросьте на один день, потом еще, еще и еще на один день;

● *выберите определенный день*, чтобы отвлечься, заняться чем-нибудь с друзьями, которые не курят;

● *выбросьте все*, что напоминает о курении: пепельницу, спички и т.д.;

● *запаситесь жевательной резинкой*, мятными таблетками и др.;

● *помните*, что если вы бросите курить, вам будет проще принимать другие важные решения;

● *напоминайте себе постоянно*, что курение вам мешает выполнять важные задания;

● *подумайте* об организации группы взаимопомощи;

● *потрудитесь над изменением* своего поведения: это должна быть хорошо продуманная программа изменения человека, как вновь стать некурящим.

Мы верим, что эта информация дала повод для глубоких размышлений. Нам с вами стоит задуматься над тем, что мы выбираем. Мы для себя определили путь в жизнь. А вы? ☺

Обратиться за консультациями по участию в дистанционной краевой научно-практической конференции «Мы здоровью скажем «Да» и ознакомиться с результатами проведенных исследований можно по адресу: г.Барнаул, пр-т Комсомольский, 120, офис 100. тел.(385-2)24-17-87; e-mail: morozova-evgenia@mail.ru Алтайское региональное отделение Общероссийского общественного движения «Российский Союз за здоровое развитие детей».





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 Исеевич ЕЛЬЕВИЧ,

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

Химиопрепараты. Рак легкого и туберкулез

(Продолжение. Начало - в №№7(91), 8(92), 9(93))

Почти все пациенты с впервые выявленным туберкулезом имеют шансы вылечиться. Главное здесь условие - **лечение должно быть правильным**: проходить под контролем врача, быть непрерывным и комплексным.

Палочка Коха не должна иметь возможности «опомниться» от противотуберкулезных препаратов, вплоть до полного ее уничтожения. И поэтому больной должен принимать ежедневно в течение 6 месяцев одновременно 4-5 лекарств, каждое из которых по-разному воздействует на микобактерии. Только совместное их применение может достичь цели - окончательно их уничтожить.

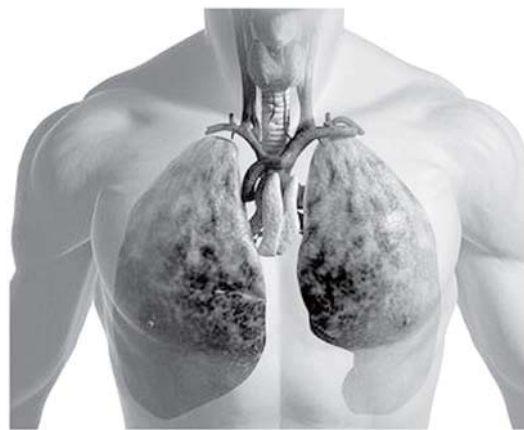
В зависимости от способа производства различают **синтетические противотуберкулезные препараты и антибиотики.** Лекарственные средства, относящиеся к этим двум группам, называются **химиопрепаратами.** Они обладают свойством подавлять размножение микобактерий туберкулеза, а некоторые из них оказывают разрушающее действие на микробную клетку.

По антибактериальной активности основные химиопрепараты делят на три группы: изониазид и рифампицин; стрептомицин, канамицин, флоримицин, этамбутол, этионамид и его гомолог протионамид, пипразинамид; парааминосалициловая кислота (ПАСК).

Помимо антибактериального действия, противотуберкулезные препараты оказывают влияние на весь организм человека, изменяя функцию отдельных органов и систем, нарушая обменные процессы. Поэтому у некоторых больных в процессе химиотерапии развиваются побочные реакции, а иногда и полная непереносимость препарата.

Наряду с химиопрепаратами больным также прописывают физиотерапию, дыхательную гимнастику и препараты, поднимающие иммунитет (иммуномодуляторы).

Помните, что **неправильное лечение приносит больше вреда, чем пользы,** так как оно превращает легкоизлечимую форму болезни в трудноизлечимый лекарственно-устойчивый туберкулез.



При отсутствии лечения смертность от активной формы туберкулеза достигает до 50% в течение одного-двух лет. В остальных 50% случаев нелеченый туберкулез переходит в хроническую форму. Хронический больной может прожить некоторое время, продолжая выделять микобактерии и заражать окружающих.

Туберкулез и рак легкого

Нередко встречается сочетание туберкулеза и рака легкого, особенно у мужчин старше 40 лет. Существовавшее ранее представление об антагонизме этих заболеваний не подтвердилось. Наоборот, установлено, что **рак легкого у больных туберкулезом и лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем среди всего населения.** Среди больных туберкулезом частота выявления рака легкого была в 4-4,5 раза выше, чем в соответствующей возрастно-половой группе всего населения, при этом в более старшей возрастной группе это различие увеличивалось еще больше - в 6,6 раза и более.

У больных туберкулезом может развиться как периферическая, так и центральная форма рака легкого. Такое онкологическое заболевание чаще всего обнаруживается у больных при хронических формах, протекающих с развитием фиброзных изменений в легких.

Сразу скажем, что диагностика рака легкого у больных туберкулезом и у лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза - трудная задача. Потому как хорошо известные клинические симп-



Школы здоровья - школы профилактики

томы рака легкого: уменьшение массы тела, боли в груди, кашель, кровохарканье - могут быть обусловлены и туберкулезом, поэтому иногда даже их появление не настораживает больного и не служит для врача поводом для проведения целенаправленной диагностики рака легкого.

Наиболее эффективными методами диагностики рака легкого, особенно на ранних этапах его развития, являются цитологическое и гистологическое исследования патологического материала из пораженного отдела легкого, полученного разными путями. Наиболее часто выполняют внутрилгочную эндобронхиальную биопсию, которая считается наиболее результативной. Возможно применение и других эндобронхиальных методик: щеточной, катетеризационной, губчатой биопсии, которые менее травматичны, но в то же время недостаточно результативны. Высокоэффективны трансbronхиальные игловые методы получения материала, особенно под визуальным рентгенологическим контролем. Также может быть проведено цитологическое исследование мокроты для выявления в ней атипических клеток, хотя этот метод нередко результативен на более поздних этапах развития болезни.

К лицам, у которых повышен риск развития рака легкого, относятся:

- ◆ курящие сигареты по 30-40 штук в день;
- ◆ мужчины старше 40 лет;
- ◆ лица, у которых выявлен метатуберкулезный синдром, на фоне которого часто развиваются воспалительные заболевания легких;
- ◆ группы населения, в течение длительного времени подвергавшиеся воздействию профессиональных или природных канцерогенных факторов.

Подчеркнем, что в обследовании групп риска большое значение имеют **рентгенологические методы исследования**, в частности - флюорография, особенно в случае отсутствия выраженных клинических проявлений. Проведение профилактических флюорографических исследований с последующей сравнительной оценкой флюорограмм позволяет применить другие необходимые исследования при появлении тенеобразований, не определявшихся при предыдущих исследованиях.

Лица, у которых часто возникают обострения хронических легочных заболеваний, также входят в группу риска. Поэтому им тоже необходимо проводить ежегодное рентгенологическое исследование, так как оно дает врачу очень ценную информацию.

Профилактика

Хорошо известно, что всякую болезнь легче предупредить, чем лечить. В России главная роль отводится **иммунопрофилактике**. Своевременно сделанные прививки БЦЖ призваны предотвратить размножение палочки Коха при попадании ее в организм человека. Тем не менее, прививка не дает полной гарантии того, что привитый человек не заболит туберкулезом. Вероятность как заражения, так и развития заболевания, а также тяжелых осложнений (менингит, пневмония, кровотечение и пр.) снижается во много раз, но защита действует только 4-7 лет после вакцинации. В более поздние сроки вакцина может продолжать «работать», но значительно слабее. При стечении неблагоприятных обстоятельств, воздействующих на иммунную систему, или при попадании в организм очень вирулентных (агрессивных) бактерий прививка может оказаться неэффективной.

Означает ли это, что следует отказаться от вакцинации? Конечно же, нет. Прежде всего, потому что **она направлена на защиту детей** и даже при неблагоприятных обстоятельствах туберкулез у взрослых будет протекать в более легкой форме.

Ревакцинация взрослых не предусмотрена, потому что после 30 лет большинство людей уже инфицированы (являются носителями палочки Коха).

Вакцинацию относят к специфическим методам, то есть действующим непосредственно на возбудитель туберкулеза. Существуют также неспецифические способы, направленные на общее повышение иммунитета, уничтожение бактерий, соблюдение правил гигиены. Для снижения опасности заражения палочкой Коха в домашних условиях можно использовать хлорсодержащие дезинфицирующие средства. Бактериям также трудно прижиться в хорошо проветриваемом светлом помещении, особенно там, куда попадают прямые солнечные лучи. Поэтому полезно вывешивать постельное белье на солнце.

Лечение туберкулеза проходит намного более эффективно при организации правильного питания. В рацион больного должны входить качественные мясные, рыбные блюда, овощи и фрукты. Алкоголь и курение категорически противопоказаны. Рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витаминами и микроэлементами, в том числе и те, которые возбуждают аппетит (настой шиповника, рыбий жир, простокваша, кефир). Голодание, так как снижает сопротивляемость организма, не рекомендуется. ☺

Продолжение следует



**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»**





Василий Максимович РЕМНЕВ,
врач акушер-гинеколог первой категории, заведующий акушерским физиологическим отделением КГУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»;



Иван Григорьевич БРУСЕНЦОВ,
врач акушер-гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ

Проблема материнской смертности в мире - это проблема применения имеющихся в области акушерства знаний, а не проблема новых открытий (ВОЗ)

Большому кораблю - большое плавание

Размышления накануне 20-летия Краевого перинатального центра

Низкая рождаемость в России является государственной проблемой, от решения которой зависит будущее нации. Повышение рождаемости определяется не только социально-экономическими условиями, но и репродуктивным потенциалом, а также качеством оказания помощи беременным, роженицам и их новорожденным. Основой социально-экономического развития общества являются показатели материнской и перинатальной смертности.

В 1990 году городской родильный дом №5 в г.Барнауле, еще находившийся в стадии строительства, решением Крайисполкома преобразован в Краевой перинатальный центр (КПЦ). Профессор, тогда - главный акушер-гинеколог края, **Г.Н. ПЕРФИЛЬЕВА** доказала, что оптимальной структурой организации акушерско-гинекологической службы края является трехуровневая система с сетью ФАПов, участковых больниц, центральных районных и межрайонных больниц, во главе которой должно стоять головное учреждение родовспоможения - Краевой перинатальный центр. Тогда с его созданием предполагалось объединить на решение единых задач всю акушерскую службу региона с обширной территорией и низкой плотностью населения на основе организационной модели профилактики и лечения основных акушерских осложнений, можно реально повлиять на показатели материнской и перинатальной смертности, уровень которых на Алтае превосходил все регионы. Расчет был верен: сплав науки и практики с подключением к общему делу кафедр акушерства и гинекологии дал бы более убедительный результат.

Центр стал узнаваем, и ему уже «тесно» в рубашке роддома №5. За

20 лет принято более 50 тысяч родов, рожденные в КПЦ «барнаульцы» сегодня проживают во всех районах края. Здесь внедряются новые технологии, дающие пользу беременным, родильницам и их потомству, используются современные достижения акушерского мира страны.

Но есть и ряд нерешенных задач. Конечно, Центру нужна мощная лаборатория, определяющая гормоны и биологически активные вещества, а не только состав крови с лейкоцитарной формулой. Тогда можно будет говорить о перинатальном центре, а пока в этом смысле это только краевой роддом с консультативно-диагностическим отделением.

Важен вклад руководителей в становление Центра. Накануне юбилея хотелось бы вспомнить тех, кто стоял у истоков подготовки к открытию и частичной перепланировки корпуса родильного дома №5 в краевое учреждение родовспоможения. Это врачи **Л.М. СОТНИКОВА** и **С.С. СТАРЫГИН**. Открыли Храм новой жизни представитель церкви, первый главный врач **Р.И. АБАКУМОВА**, профессор **Б.А. АГРАНОВСКАЯ** и начмед **Г.И. ВОЙТЕНКО**.

Период становления был сложным, но «корабль шел своим курсом», набирая опыт, и они были первыми. Девизу КПЦ «Большому кораблю - большое плавание» - уже 20 лет!

Важен, по нашему мнению, вклад отдельных руководителей в становление Центра. Так, при главном враче, к.м.н. **Н.В. ЕВТУШЕНКО** даже рапорты стали школой акушерской учебы, многое сделано для освоения оперативного искусства специалистами. В период деятельности к.м.н. **С.И. ТРИБУНСКОГО** для работы на базе Центра были приглашены 7 профессоров других специаль-



С юбилеем!

ностей и две кафедры медицинского университета под руководством профессором **Н.И. ФАДЕЕВОЙ** и **В.А. ГУРЬЕВОЙ**. При такой научной поддержке работать стало безопаснее как для врачей, так и для пациенток. Проведено полное переоснащение медицинского оборудования, решена проблема питания беременных, заведующие отделениями прошли специализацию в ведущих московских клиниках.

За годы работы учреждения корпуса врачей выросла профессионально, мы гордимся такими специалистами, как: **В.Н. САХНО**, **В.А. БОРОВКОВ**, **В.И. КУРБАТОВА**, **Т.В. ТАРАСОВА**, **С.А. ПАРФИРЬЕВА**, **Т.А. ЕФИМЕНКО**. Готовится смена молодых врачей, в том числе и в родильном зале во время ночных дежурств совместно с сотрудниками кафедр.

Высоким профессионализмом отличаются врачи детской и взрослой реанимации (заведующие отделениями **С.В. ЮДАКОВ**, **М.Ю. ДОРОФЕЕВ**).

Заведующая детским отделением **С.Н. ДУПЛИК** имеет ученую степень кандидата медицинских наук. В нашем Центре имеются значительные достижения в педиатрии по лечению новорожденных с бронхо-легочной дисплазией, осложненной развитием респираторного дистресс-синдрома. Врачи-неонатологи ушли от параметров жесткой вентиляции, травмирующей легкие, и перешли на метод самостоятельного дыхания под постоянным положительным давлением (СРАР) с применением сурфактанта. Эффективность используемой высокочастотной осцилляционной вентиляции, снижающей токсические концентрации кислорода, подтверждает скандинавский метод-девиз: «Надо давать ребенку ровно столько, сколько ему нужно!».

Консультативно-диагностическое отделение (и.о. заведующей отделением, к.м.н. **Ю.А. ДУДАРЕВА**) стало настоящим центром учебы, учета и контроля за акушерско-гинекологической службой всех 60 районов края.

Своим достижением коллектив считает и то, что новым руководителем Центра стали **Елена Германовна ЕРШОВА** - «своя, доморощенная», воспитанная в профессиональной акушерской среде.

Накануне серьезного, но еще молодого юбилея хотелось бы, чтобы все врачи КППЦ поразмышляли над следующими советами:

- ◆ бережно относиться к сельским врачам, помогать, ибо работают они почти всегда в чрезвычайных условиях, особенно при возникновении неординарной ситуации;

- ◆ сообща обеспечить кадровую преемственность: в коллективе должны быть «старрики», специалисты «среднего и младшего профессионального возраста». И старшее поколение врачей должно с пониманием относиться к молодежи, проводя учебу, наставничество;

- ◆ должна традиционно, систематически проводиться учеба: на местах, то есть в районах с выездом врачей КППЦ в командировку; учеба сельских врачей на рабочем месте в Центре, чтобы они воочию видели тактику и стратегию КППЦ, что требует соответствующей квалификации обучающихся;

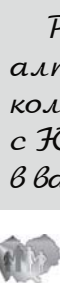
- ◆ при принятии решения любому специалисту важно помнить - «каждая женщина - это неповторимое создание, и даже совершенно вроде бы похожая клиническая ситуация, может быть закончена совершенно по-разному».

«Большому кораблю - большого плавания», а его команде хотелось бы пожелать дальнейшего профессионального роста и процветания! ☺

ОТ РЕДАКЦИИ.

В первоначальном варианте статьи ее авторы высказали много и критических замечаний, особенно в адрес некоторых специалистов, занимавших в тот или иной период руководящие должности, стиль руководства которых, особенно их методологические установки в части ведения пациентов, не одобрялись и не разделялись авторами. И перечень «советов», с просьбой поразмышлять над которыми обратились к своим коллегам авторы, гораздо шире, но, по мнению редакции, носят чисто профессиональный и в большей степени организационный характер, - поэтому мы их и переадресовали (с согласия авторов) профессиональному сообществу.

Накануне юбилея мы побывали в Центре, и в числе многих специалистов встретились и с теми, кто 20(!) лет проработал в нем. Именно они стали героями нашей четвертой обложки. Это - **Е.Г. Ершова**, главный врач КППЦ, **Е.Н. Роев**, врач анестезиолог-реаниматолог; **С.С. Старыгин**, врач анестезиолог-реаниматолог; **Г.М. Назимко**, главная акушерка КППЦ; **Г.В. Ванина**, старшая акушерка КДО; **Л.М. Сотникова**, акушер-гинеколог КДО; **Л.Г. Вольферц**, старшая акушерка родильного отделения; **В.П. Щеглова**, старшая медицинская сестра детского отделения; **М.И. Попова**, врач-реаниматолог отделения неонатальной реанимации и интенсивной терапии; **С.В. Юдаков**, заведующий отделением неонатальной реанимации и интенсивной терапии; **Н.И. Хомутова**, сестра-хозяйка ОП-II; **Т.Н. Чугунова**, заместитель главного врача по педиатрической службе; **Г.С. Гребнева**, старшая операционная сестра оперблока; **В.А. Кузнецова**, регистратор; **Е.А. Плотникова**, сестра-хозяйка АФО; **О.В. Гривина**, врач КДЛ.



Редакция медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» присоединяется к поздравлениям коллектива Краевого клинического перинатального центра с ЮБИЛЕЕМ! Желаем здоровья, добра, мира и радости в ваших семьях, удовлетворения в работе!



Грудное или искусственное вскармливание?

На протяжении всего существования человечества кормление грудью новорожденных обеспечивало ребенку выживание и здоровье.

Бурное развитие науки, индустриализация, вовлечение женщины в общественную жизнь, возникновение феминизма как общественного движения привели к созданию целой новой отрасли, «технологии» искусственного вскармливания.

В основу был положен количественный подход, основным показателем адекватности питания служили прибавка в массе тела и количество потребляемой пищи. Если ребенок недостаточно прибавлял в массе тела и не высасывал положенное количество молока в одно, строго регламентируемое по часам кормление, ставился диагноз гипогалактии (недостаток грудного молока у женщины) и назначался докорм из бутылочки. Такой подход к вскармливанию младенцев был повсеместным. Количество женщин, кормящих грудью, стало неуклонно снижаться во всех странах мира, и к 70-му году прошлого века, по данным ВОЗ, только около 5% женщин кормили грудью детей в течение года.

О пользе грудного молока и что дает грудное кормление, рассказывает детский эндокринолог высшей квалификационной категории Ирина Андреевна ШАЛУНОВА, КГУЗ «Диагностический Центр Алтайского края».

- Клинические наблюдения и исследования последних лет убедительно показали, что **нарушение здоровья детского населения** - увеличение аллергических, гастроэнтерологических и нефрологических проблем,

снижение уровня физического и психического развития, **напрямую связано с увеличением числа детей, находящихся на искусственном вскармливании**, какими бы хорошими, дорогими и современными не были бы смеси. Поскольку в современном мире уже не одно поколение преимущественно вскармливалось различными заменителями грудного молока, то **повышение заболеваемости и иммунной неустойчивости детей отразилось на состоянии взрослого населения, вызывая нарушение репродуктивной функции женщин и мужчин и приводя к рождению все более слабого потомства.**

В период ускоренного роста в грудном возрасте жизненно важное значение имеет достаточное количество пищевой энергии. Энергия требуется для поддержания жизнедеятельности и роста тканей и для физической активности. Показателем достаточности потребления энергии является прирост массы тела. **Источником пищевой энергии для ребенка являются жиры, углеводы и белки, витамины и минералы.** Для полноценного развития малыша необходимо не только присутствие в пище, но и усвоение всех витаминов (группы В, А, С, D, Е) и микро-

элементов (йода, железа, кальция и фосфора). **Только грудное молоко обеспечивает поступление в детский организм всех этих веществ.** Ряд веществ, таких как железо и цинк, содержится в грудном молоке в весьма низких концентрациях, но их усвояемость достигает почти 100 процентов.

Издавна известно, что **женское молоко может обеспечить максимальную и всестороннюю защиту младенца от возможных инфекций.** Грудное молоко содержит специфические защитные факторы, такие как: все классы иммуноглобулинов - А, М, G, E, а также секреторные IgA и IgM, которые играют основную роль в переносе пассивного иммунитета от матери к ребенку и обеспечивают «первую линию» защиты от вирусов и бактерий. **Особое значение имеют секреторные IgA грудного молока,** так как организм ребенка в первые месяцы жизни не способен к самостоятельной выработке этого иммуноглобулина, и вся защита кишечника осуществляется за счет поступления его с питанием. Вместе с тем именно в данный период происходит основное заселение кишечника полезной микрофлорой. Подтверждением значимости секреторного IgA грудного молока является факт его высокого содержания в первых каплях (молозиве) с постепенным снижением в женском молоке в течение года. Кроме того, секреторный IgA содержит антитела к вирусам гриппа, полиомиелита, дифтерии, столбняка, краснухи.

Клеточные элементы грудного молока играют важную



роль в становлении антибактериального иммунитета у новорожденных.

Помимо этого вскармливание младенца грудным молоком имеет важные преимущества.

В коровьем молоке белок в основном представлен казеином, который створаживается в более плотный, плохо переваривающийся сгусток. Это вызывает запоры, нарушение всасывания, накопление токсичных продуктов, что в конечном итоге ведет к аллергическим реакциям, изменениям кожи. **Основу грудного молока составляют сывороточные белки, легко усваивающиеся организмом ребенка.**

Белки грудного молока содержат незаменимые аминокислоты, в частности цистин и таурин, необходимые для полноценного развития ребенка. Собственные белки грудного молока никогда не вызывают аллергических проявлений у ребенка. Жиры грудного молока содержат большое количество полиненасыщенных жирных кислот, которые легко расщепляются и всасываются.

Грудное молоко в процессе лактации «приспосабливается» к кишечнику ребенка, облегчая ему естественный период адаптации ферментов кишечника и правильное заселение микроорганизмами. Одной из важных проблем развития ребенка на первом году жизни является возможное снижение гемоглобина, что ведет к уменьшению насыщения клеток кислородом и выделения углекислого газа. Это нарушает обмен веществ в клетках и способствует замедлению физического и психического развития ребенка. Из грудного молока всасывается 50% железа, а из коровьего - только 10% железа.

На протяжении многих поколений было доказано психологические преимущества грудного вскармливания. Поговорим о них конкретнее.



Прежде всего, **кормление грудью определяет тесную эмоциональную связь с матерью,** которая сохраняется на долгие годы, создает у ребенка чувство близости и защищенности.

Кормление грудью вызывает эмоциональное удовлетворение матери, гордость за выполнение своего долга перед малышом, ставит ее в особое положение в семье. Кормящая женщина вызывает особую нежность любящего мужчины, окрашивает в новые яркие тона чувство любви, создает тот специфический климат в семье, когда мужчина в полной мере начинает чувствовать свою роль защитника двух неразрывно связанных и важных для него людей - матери и ребенка!

Ребенок, которого кормят грудью по требованию, меньше плачет, у него реже болит животик, формируется более глубокий и спокойный сон.

Мать, которая кормит грудью, более ласкова со своим ребенком. Несмотря на усталость, у нее реже отмечаются агрессивные настроения по отношению

к ребенку. Даже в случае самых неблагоприятных семейных отношений, тяжелой материальной ситуации, **кормящая женщина значительно реже отказывается от своего ребенка.**

Грудное кормление оказывает благоприятное действие и на здоровье молодой матери.

Прежде всего, **специальные вещества** (гормон окситоцин) **способствуют остановке кровотечения после родов,** тем самым уменьшается число осложнений у женщин. Поэтому очень важно приложить ребенка к груди матери как можно раньше в первые минуты и часы после рождения.

Грудное вскармливание уменьшает риск гинекологических заболеваний таких, как рак яичников и молочной железы.

Уважаемые взрослые, мамы и папы, природа дала нам уникальный шанс вырастить наших малышей здоровыми. Помните, что никакая самая современная искусственная смесь не заменит вашему малышу натуральное грудное молоко! ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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



Краевому перинатальному центру - 20 лет

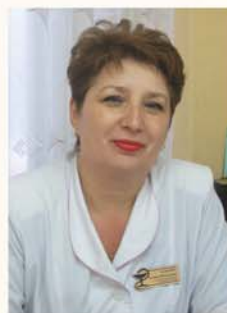
Сохраняя традиции - устремлены в будущее!

Место работы - Краевой перинатальный центр, с 1990 года...



◀ **Ershova Elena Germanovna**, главный врач Краевого перинатального центра, врач высшей квалификационной категории:

- Перинатальный центр является клиническим учреждением родовспоможения, объединяя науку и практику, совместными усилиями мы стремимся обеспечить дальнейшее развитие акушерской службы Алтайского края».



Сотникова Любовь Михайловна, заслуженный врач РФ, акушер-гинеколог консультационно-диагностического отделения высшей квалификационной категории:

▶ - Хотелось бы, чтобы наш Центр, как головное учреждение родовспоможения, реально объединял бы всю акушерскую службу Алтайского края. А пациентки, приезжая к нам из отдаленных районов, могли бы в полном объеме и своевременно получать высококвалифицированную диагностическую и лечебную помощь.



◀ **Вольферц Лариса Григорьевна**, старшая акушерка высшей категории родильного отделения:

«Есть такие дома волшебные, Особо важные для людей. Там побывали мы все, наверное, Там получают отцы детей. Там называют нас Надею, Или Мариною, или Антон. И поэтому в жизни самый первый И самый главный – Родильный дом».



◀ **Хомутова Надежда Ильинична**, сестра-хозяйка отделения:

- Очень комфортно чувствую себя в нашем коллективе и реально ощущаю своё участие в общем деле родовспоможения.



20 лет - в одной команде!