

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (102) ИЮНЬ 2011



ОТ РЕДАКТОРА



Июнь. Первое июня, Международный день защиты детей, в крае, наряду с традиционными детскими праздниками, был отмечен весьма серьезными губернаторскими инициативами по поддержке многодетных семей. Причем замечу: всех семей, имеющих трех и более детей в возрасте до 18 лет, независимо от социального статуса и уровня материального достатка в семье.

Обществу было внятно заявлено: приоритет в государственной региональной политике – здоровой (прежде всего в социальном плане) многодетной семье! И это очень важный посыл. На различных общественных форумах, на которых обсуждались вопросы социальной поддержки семей с детьми, чаще акцент делался на работу с «неблагополучными» семьями. И многие участники уже не раз задавались вопросом: разумно ли это? Такая ориентация всей социальной работы, по их мнению, на проблемные семьи, с одной стороны, порождает у таких семей «социальное иждивенчество» - «государство, общество должны за них реализовать их родительские функции...?!». С другой стороны, такая политика «забирает» ресурсы у благополучных семей, не позволяя на ранних этапах поддержать семьи «социального риска».

Неким индикатором того, что многое в понимании проблем демографического кризиса у власти и общества совпало, а решение задач его преодоления затрагивает не только сферу рождаемости и смертности, миграционные процессы, но и институт семьи, как базовый институт любого социально ориентированного государства, для меня стало участие в заседании Совета Администрации края по «детскому вопросу» 22 июня т.г.

В его работе, помимо членов Совета Администрации края, руководителей краевых управлений и комитетов, приняли участие медики, социальные работники, педагоги, работники культуры, представители общественных организаций. Довольно широкий, представительный и заинтересованный круг экспертов. Обсуждение вопросов здоровья детей, мер социальной поддержки детей проходило в самых различных аспектах. От факторов, влияющих на здоровье, уровень общей заболеваемости детей, как особая проблема – здоровье школьников; опыта работы по профилактике отказа от новорожденных в родильных домах; вопросов семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, и постинтернатного сопровождения выпускников детских домов в крае до уже утвержденной программы обеспечения детей местами в детских садах края до 2015 года.

Губернатор края А.Б. Карлин, открывая заседание Совета, изначально определил цель такого разговора «как возможность учесть

максимально различные точки зрения по данной проблеме», неоднократно подчеркивая, что «все меры социальной поддержки семей с детьми должны быть направлены, прежде всего, на соблюдение интересов ребенка. Семьи, родители в крае должны знать: приоритет в семейной политике – поддержка кровных, здоровых семей...». Акцент делался на эффективность межведомственного взаимодействия, взаимодействия с муниципалитетами, общественными структурами, с предпринимателями в вопросах социальной поддержки семей с детьми.

Можно сколько угодно брюзжать о неэффективности власти, писать гаденькие комментарии в Интернете, злословить... Но большинству созвучны те конкретные решения, которые принимаются в крае по поддержке семей. Безусловно, они не исчерпывающие и не решают всех проблем семьи, но они направлены на самые острые, наблевшие проблемы.

Одна из важных тем, которая не нашла отражения в упомянутой дискуссии (думаю, за недостатком времени), – это влияние на детей, подростков, да и семью в целом агрессивной информационной среды. В числе других вопросов государственной семейной политики именно эту проблему поднимали представители Союза женщин России на встрече с премьер-министром РФ В.В. Путиным в декабре прошлого года в рамках юбилейного, по случаю 20-летия организации, Пленума.

С государственных и коммерческих телеканалов льются потоки негативной информации, которые разрушают семейные ценности. Нецензурная брань, демонстрация интимных подробностей стали атрибутом практически любой программы для молодежи и подростков. Не говоря уже о программе «Дом-2», которая занимается откровенным растлением молодежи. С такой ситуацией нельзя мириться, поэтому в декабре 2010 года был принят ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», – сказала, обращаясь к премьеру, председатель Союза женщин России Е.Ф. Лахова.

Через средства массовой информации, кинематограф должна идти пропаганда положительного образа семьи и семейных ценностей. И не надо стесняться этого слова – «пропаганда». Должен быть сформирован другой, позитивный образ. В противном случае это может стать угрозой нашей национальной безопасности. Россия нуждается в укреплении морали и нравственности. В современной школе видны все социальные пороки нашего общества – дети курят, сквернословят, проявляют жестокость, причем особенно сильно эти пороки проявляются у девочек, которых никто не готовит к роли жены, матери, хранительницы домашнего очага».

И это разрушающее воздействие агрессивной информационной среды – не является, как бы нам ни хотелось убаюкать себя, «оружием избирательной направленности», поражающим только чужих, не близких нам, детей!! Наивное заблуждение. Оно направлено на всех без разбора – «благополучных», «неблагополучных»!

Буквально вчера я невольно стала свидетелем диалога во время прогулки на роликах двух детей – лет 10-11, приехавших на каникулы в коттеджный поселок в пригороде Барнаула.

– Знаешь, кем я хочу стать, – делится со своим спутником девушка, – киллером!

И, боясь, что парнишка не совсем понял ее «профессиональную ориентацию», расшифровывает: наемным убийцей. Безусловно, можно не воспринимать этот разговор всерьез, оставить его без внимания, списать на юношескую браваду. Но как-то не выходит из головы этот разговор.

Ну, а еще июнь примечателен для меня двумя замечательными профессиональными праздниками. День социального работника торжественно отмечали 8 июня – и наши самые добрые пожелания людям это нужной профессии. 19 июня – День медицинского работника! С праздником вас, уважаемые коллеги! Здоровья вам, внимания, уважения и достойного отношения.

Содержание



8

Гестационный сахарный диабет: временно, но серьезно



14

Остаться в живых... на даче



27

Главная игрушка на все времена



34

Гипнотические факты

На обложке: Елена Викторовна КИСЕЛЕВА, заведующая отделением восстановительного лечения Алтайского краевого кардиологического диспансера, кандидат медицинских наук, врач высшей категории

Фото: Евгения Налимова

О социальной поддержке многодетных семей	2
Г.А. Чумакова. Совместный труд врача и пациента во имя здоровья	3
О.Н. Николаева. Вся радость бытия	4-7
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Гестационный сахарный диабет: временно, но серьезно	8-10
Мир и медицина	11
Медицина 2.0 или Как Интернет меняет отношения врача и больного	12-13
Остаться в живых... на даче	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
О.Н. Коршунова. Правила чистой воды	15
В.Ф. Лопуга. Несколько вопросов о спорте	16-17
Колясочный переполох-2011	17
Йогурт на столе	18-19
Мир и медицина	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
Н.И. Воротникова. Актуальные проблемы педиатрии и I Форума детских медицинских сестер	21-22
Н.В. Шилкина. Охрана здоровья профессиональных водителей	23-24
Жизнь без табака и алкоголя	25
Крутим хула-хуп	26
Главная игрушка на все времена	27-29
Четыре этапа перемен	30
Какие тренировки лучше?	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Гипнотические факты	34
Мир и медицина	35
И.Ж. Лещенко. Новое в кардиологии - амбулаторная коронарография	36-37
СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА!	
Н.В. Колпакова. Формирование осознанного родительства в условиях центра «Семья плюс»	38-39
Тест: Есть ли у вас чувство времени?	40-41
Что и как влияет на нашу память	42
С Днем социального работника!	43-44



О социальной поддержке многодетных семей

В нашем крае, по информации Главсоцзащиты, по состоянию на 1 января 2011 года проживало 307,8 тысяч семей, из них 13,9 тысяч - это многодетные семьи. 45100 детей края являются членами многодетных семей.

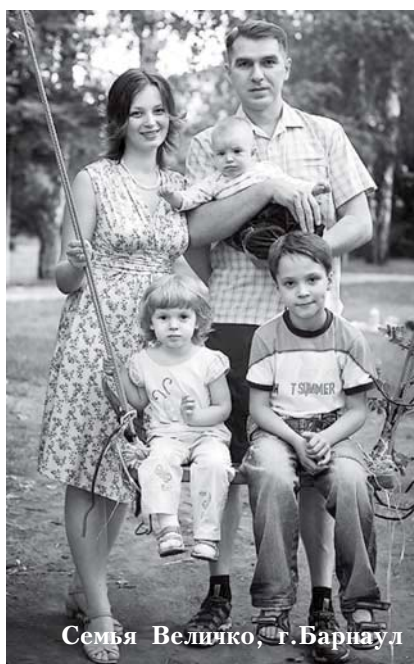
Число многодетных семей в крае только за последние 3 года выросло на 22%! Каждая 7-я семья в Немецком районе - многодетная, в Первомайском - каждая десятая. А вот в Ельцовском, Романовском, Усть-Калманском районах проживает наименьшее количество многодетных семей (здесь многодетная только каждая тридцатая семья). В городах статистика «многодетности» гораздо ниже, чем в сельских территориях: в Белокурихе и Алейске - только каждая 26-я семья многодетная, в Рубцовске - 36-я, в Бийске и Яровом - сорок седьмая, а в Барнауле - только 54-я!

Нужно ли говорить, насколько важна сегодня поддержка именно многодетных семей, по определению Губернатора края А.Б. Карлина - «**семей стратегического значения**»?!

В апреле текущего года, 12 числа, состоялось совместное заседание Краевой межведомственной комиссии по вопросам улучшения положения семьи, женщин и детей и Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края, на котором по инициативе Общественной женской палаты рассматривался вопрос «**О дополнительных мерах поддержки многодетных семей, имеющих несовершеннолетних детей**». Именно тогда обсуждался комплекс мер по поддержке многодетных семей за счет средств краевого бюджета. Однако внесение на рассмотрение пакета документов и принятие мер социальной поддержки многодетных семей предполагалось только во втором полугодии т.г. Этим же решением Главному Управлению по здра-

вохранению и фармацевтической деятельности поручено разработать *ведомственную целевую программу обеспечения лекарственными средствами детей первых трех лет жизни и детей из многодетных семей в возрасте до 6 лет, а также целевой программы обеспечения лекарственными средствами детей и подростков, больных сахарным диабетом, как проблемных вопросов, требующих решения.*

В День защиты детей, 1 июня 2011 года Губернатор Алтайского края **А.Б. КАРЛИН** подписал Постановление Администрации Алтайского края №285 «**О внесении изменений в постановление Администрации края от 15.09.2010 №404 «Об утверждении краевой целевой программы «Демографическое развитие Алтайского края» на 2010-2015 годы**». Дан-



Семья Величко, г. Барнаул

ное постановление вступает в силу с 1 января 2011 года.

В соответствии с Постановлением многодетные семьи будут получать ежегодную денежную поддержку к началу учебного года - на подготовку к школе, приобретение детской одежды и спортивной формы. Размер выплаты составит **7,5 тысяч рублей** на первоклассника и **5 тысяч рублей** на учащихся 2-11 классов.

Если ребенок из многодетной семьи заканчивает школу с золотой или серебряной медалью, то он получает 10 тысяч рублей денежного поощрения. Также поощряются денежными выплатами многодетные семьи, в которых дети учатся на «отлично». Размер выплат - **от 1 до 3 тысяч рублей**, в зависимости от того, в каком классе учится отличник.

Если в семье рождаются трое и более близнецов, то ежегодно таким семьям будет выплачиваться 3 тысячи рублей на каждого ребенка до достижения детьми 7 лет - на приобретение одежды и вещей первой необходимости.

Вводимые Постановлением новые меры социальной поддержки многодетных семей назначаются независимо от среднедушевого дохода семьи. Финансирование ведется за счет краевого бюджета.

Губернатор поддержал инициативу фракции «Единая Россия» в Алтайском краевом Законодательном Собрании **о введении регионального материнского капитала при рождении третьего и последующих детей в размере 50 тысяч рублей и о присвоении звания «Ветеран труда Алтайского края» родителям, воспитавшим пять и более детей, при наличии у них трудового стажа - для женщин 20 лет, для мужчин - 25.** Дано поручение подготовить соответствующие нормативные документы и предусмотреть поправки в бюджете. ☺



Совместный труд врача и пациента во имя здоровья

Современная кардиология - очень динамичная, быстро развивающаяся область медицины. Появляются лекарственные препараты, возможности которых поражают воображение. Многие из них могут предотвратить развитие самых грозных сердечно-сосудистых заболеваний и значительно снизить риск развития таких осложнений, как инсульт, инфаркт миокарда и других.

За последние годы в нашем медицинском лексиконе появился термин «**высокотехнологичные методы лечения**». Это, в основном, - хирургические и внутрисосудистые вмешательства, также позволяющие предупреждать жизнеопасные осложнения сердечно-сосудистых заболеваний. *Казальсь бы, наступило время, когда стало реальностью снижение заболеваемости и смертности в нашей стране. Но... К сожалению, это происходит гораздо медленнее, чем на это можно было бы рассчитывать.*

Почему же так?

Конечно, можно назвать и **социальные причины**, в том числе - низкий уровень доходов населения, и предъявить массу претензий к врачам (только ленивый этого еще не сделал).

Тем не менее, доказано, что одной из главных причин отсутствия эффективности лечения является **низкая приверженность к выполнению рекомендаций врачей у наших российских пациентов**. По данным независимых исследований, именно российские пациенты отличаются от пациентов всего мира тем, что не выполняют рекомендации по регулярному приему лекарственных препаратов и, конечно, по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Но **невозможно ждать эффекта от лекарств, которых больные не принимают**. И **невозможно предупредить развитие заболеваний, очевидные причины возникновения которых не устранены**. А такими причинами являются **факторы риска** (то есть все те же), и прежде всего - курение, ожирение, малоактивный образ жизни, нездоровое питание и т.д.

Как ни парадоксально это звучит, но **наше население не хочет взять на себя свою** (и весьма существенную!) **долю ответственности ни за собственное здоровье, ни за здоровье своих детей**. А ведь навыки здорового образа жизни формируются, прежде всего, в семье!

Конечно, медицинские работники прекрасно понимают и осознают свою степень ответственности за состояние здоровья населения страны, конкретно - жителей нашего края.

Эффективность медицины в значительной степени зависит от ее доступности населению. Справедливости ради нужно сказать, что доступность высококвалифицированной специализированной помощи, в том числе кардиологической, в последние годы была очень низкой, прежде всего в сельской местности. В крае катастрофически не хватает врачей-кардиологов как в стационарах, так в и поликлиниках сельских регионов. Но сегодня появилась надежда на то, что ситуация изменится. В рамках программы модернизации здравоохранения в крае планируется значительно увеличить штат кардиологов, открыть новые кардиологические приемы и стационары, оснастить их современным оборудованием. Это позволит реализовать разработанные эффективные программы раннего выявления больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для проведения современных профилактических и лечебных мероприятий.

Настало время, когда врачи и население должны, наконец, объединить свои усилия по борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за увеличение продолжительности жизни. ☺



Галина Александровна ЧУМАКОВА,

доктор медицинских наук,
профессор, внештатный
главный кардиолог
Алтайского края,
Председатель Алтайского
краевого научного
общества кардиологов,
член Редакционного
совета журнала

Каждый должен выполнить свою работу. Невозможно вылечить того, кто этого не хочет, невозможно предупредить болезнь у того, кому это безразлично, кто не хочет ради собственного здоровья потрудиться. Так что возьмемся за руки, друзья, чтоб не пропасть поодиночке!



Вся радость бытия

Сердце - уникальный орган, от нормальной работы которого зависит жизнь человека. Пока сокращается сердце, - человек жив. Это хорошо знает заведующая отделением восстановительного лечения Алтайского краевого кардиологического диспансера, кандидат медицинских наук, врач высшей категории Елена Викторовна КИСЕЛЕВА.

Мечта стать врачом у нее зародилась еще в детстве. А кардиология будто сама ее выбрала на первом шаге профессионального пути. *«Так сложилось, - вспоминает Елена Викторовна, - что когда я пришла работать врачом-интерном в больницу, то первое отделение, куда я попала, было кардиологическое. И это решило мою судьбу. Вот уже двадцать пять лет верна кардиологии. Вначале работала в городском кабинете восстановительного лечения, а с открытием кардиоцентра стала работать здесь».*

- А можно составить социальный портрет вашего среднестатистического пациента?

- Конечно. Это - *мужчина старше 40 лет, любой профессии, испытывающий всевозможные стрессы как на работе, так и дома, к сожалению, курящий и имеющий избыточную массу тела, повышенное артериальное давление и ведущий малоподвижный образ жизни.* То есть это люди с полным набором основных факторов риска, приводящих к развитию как сердечно-сосудистых, так и многих других заболеваний. Именно у мужчин трудоспособного возраста чаще развивается ишемическая болезнь сердца в самых разных проявлениях. Это инфаркт миокарда, стенокардия, аритмии и другие проявления. Нередко при этих заболеваниях требуется современное высокотехно-

логичное лечение. Неудивительно, что около 80% пациентов, которым было выполнено хирургическое лечение ишемической болезни сердца, - это мужчины.

У женщин в среднем возрасте ишемическая болезнь сердца развивается значительно реже. Но с возрастом тенденция меняется: после 60 лет число заболевших женщин значительно увеличивается, и к 70 годам мужчины и женщины имеют это заболевание одинаково часто.

Однако, к большому сожалению, **ишемическая болезнь сердца молодеет**: мы уже регистрируем инфаркты миокарда и у 30-летних пациентов.

- Чем это объясняется?

- Причин много. Изменился образ жизни, участились стрессовые ситуации, раньше начинается гипертония. Люди практически перестали ходить пешком, предпочитая передвигаться на машине. Много времени проводят у телевизора или за компьютером.

Еще одна глобальная проблема, точнее, беда - это курение. Увы, процент курящих в нашей стране не уменьшается, хотя во всем мире борьба с курением ведется очень успешно. Так, во многих странах запрещено курить в административных, учебных заведениях, ресторанах, кафе. Это достоверно привело к значительному уменьшению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.



Особая проблема для человека - проблема питания. Все знают принципы здорового питания, но соблюдают их единицы. И это не проходит бесследно для организма. Под воздействием всех этих вышеперечисленных факторов риска происходит нарушение нормальной структуры и функции внутренней стенки сосудов. Когда они здоровы, кровь беспрепятственно поступает ко всем органам, питая их кислородом и полезными веществами. Теперь же *они начинают захватывать и задерживать холестерин, при этом формируются атеросклеротические бляшки,* которые сужают просвет сосуда и нарушают кровоснабжение органов, в том числе сердца.

В один далеко не прекрасный момент при эмоциональном стрессе или чрезмерной физической нагрузке **атеросклеротическая бляшка может надорваться.** В этом месте **образуется тромб,** который полностью перекрывает просвет сосуда, оставляя без кровоснабжения и питания участок сердечной мышцы. **Развивается инфаркт миокарда, то есть гибель мы-**



печных клеток. И тут очень важно помочь сердцу вовремя. Почему мы рекомендуем пациентам всегда иметь под рукой нитроглицерин и аспирин. Чем быстрее человек примет лекарство, чем быстрее пройдут болевые ощущения и снизится риск образования тромба, тем вероятнее появляется шанс предупредить развитие инфаркта миокарда.

- А если он все-таки случился...

- Принцип тот же: **как можно скорее оказать помощь**. Можно ввести лекарство, которое растворит тромб, а можно ввести баллон и расширить просвет сосуда и тут же поставить стент - специальную пружинку, которая расширит просвет сосуда и нормализует кровоток. Препараты, растворяющие тромб, имеются в любом медицинском учреждении края, ими пользуются и сотрудники «скорой помощи». А вот провести баллонную ангиопластику и стентирование при остром инфаркте миокарда можно только в Алтайском краевом кардиологическом диспансере.

Нашим пациентам очень важно знать, что при появлении болевых ощущений в грудной клетке нужно как можно быстрее вызвать «скорую помощь», так как предупредить инфаркт миокарда или хотя бы уменьшить его размеры можно только в первые часы от появления болей.

- Нужно ли лечить больного, перенесшего инфаркт миокарда, после выписки из стационара?

- Очень важный вопрос. Восстановительное лечение - реабилитацию - начинают проводить еще в стационаре сразу же после развития инфаркта миокарда, в том числе пациентам, которым применены высокотехнологичные методы лечения, о которых говорилось выше. После выписки, если есть показания, пациента направляют в санаторий, а потом он приходит к нам на ам-

булаторно-поликлинический этап реабилитации.

Самый сложный период восстановительного лечения - это первый год наблюдений в нашем отделении. Сложный потому, что **требуется самодисциплина, воля и желание поддерживать свое здоровье на определенном уровне.** В это время наиболее часто встречаются и рецидивы болезни, и осложнения.

Чтобы свести к минимуму эти негативные последствия, было создано наше отделение, где **пациент может получить комплексную реабилитационную поддержку.** Здесь он проходит занятия в Школе здоровья, где ему рассказывают о его болезни, причинах заболевания, факторах риска и рекомендованном образе жизни. Под наблюдением специалистов ему определяются режимы эффективных и безопасных физических тренировок, которые пациент сможет применять в домашних условиях. Вот этот **домашний этап амбулаторно-поликлинической реабилитации должен продолжаться всю дальнейшую жизнь.** Но наиболее активное восстановительное лечение проводится в первом году после инфаркта миокарда или операции в нашем отделении.

- А вы задаете ему инерцию движения, которую он должен будет поддерживать дома, самостоятельно, с периодической коррекцией у кардиолога, так?

- Да. Мы должны научить человека и основам самопомощи, которыми он будет пользоваться всю жизнь, по возможности не допуская ухудшения состояния своего здоровья, основам здорового образа жизни и приверженности к медикаментозному лечению. Некоторым из наших пациентов определяется вторая или третья группа инвалидности. Но **целью реабилитации является не пожизненная инвалидность, а возвращение к труду, к полноценной жизни.**


А рекомендации по коррекции образа жизни, ликвидации факторов риска и, конечно, полноценному лечению направлены на то, чтобы улучшить качество жизни и ее длительность, вернуть трудоспособность.

- А сами пациенты согласны с вашим посылом?

- Большинство, конечно, да. Но не все...

- Но у нас ведь нередко как рассуждают: ай, ладно, сколько проживу!..

- Они могут так говорить, но нет таких людей, которые думают: «Как бы пожить поменьше». Другое дело, что некоторые пациенты «уходят» в болезнь, начинают ее лелеять, подчиняют собственную жизнь и жизнь своих близких своей болезни. А кто-то, наоборот, придерживается «пофигистских» позиций. Мол, мне ничего не надо, отлежался и ладно. Таких пациентов мы стараемся мотивировать к активной борьбе за свое здоровье. Объясняем, как важно не только последовательно выполнять все наши рекомендации, но и поддерживать в себе интерес к жизни, общению, чтобы не чувствовать себя оторванным от происходящих событий. В ряде случаев привлекаем к реабилитационному процессу психотерапевтов. Они помогают пациентам восстановить душевное равновесие, почувствовать уверенность в своих силах. Да, при выписке из стационара они могут чувствовать себя хорошо и думают, что так будет всегда, особенно те, кому оказывали высокотехнологичную помощь: аортокоронарное шунтирование или стентирование. Но мы-то знаем, что это не так. **Болезнь никуда не ушла, она лишь отступила, и если ничего не менять в своей жизни, если сохранить все вредные привычки и образ жизни, все может вернуться на круги своя.** Вот эту мысль мы и пытаемся донести до своих пациентов.

К сожалению, через год многие пациенты исчезают 



◀ из-под нашего контроля, отговариваясь тем, что у них все хорошо и нет повода идти к кардиологу. Но **сам пациент может не почувствовать, а мы, не имея возможности его осмотреть, можем пропустить возврат болезни.** Хотя вовремя замеченные отклонения в здоровье легко скорректировать, чтобы избежать ухудшений, рецидивов, повторных операций. А они, к сожалению, случаются.

- И вызваны образом жизни пациента?

- Не только, но и этот фактор тоже надо учитывать. В то же время есть ряд лекарственных препаратов, которые с профилактической целью необходимо принимать даже при хорошем самочувствии. Например, если человеку поставили стент в коронарные (сердечные) сосуды, это совсем не значит, что он избавился от проблемы навсегда. Если сохраняется высокий уровень «плохого» холестерина, повышенное давление, то эти факторы нужно обязательно контролировать лекарствами. Есть «тихие» проблемы, которые пациент не чувствует, но их нужно обязательно «лечить». Но, к сожалению, **есть такая грустная статистика: 50% людей знают о своей болезни, 50% тех, кто знает, лечатся, 50% тех, кто лечится, лечится неэффективно, как попало, не достигая тех целей, на которые направлено лечение. В результате тех, кто лечится так, как надо, не так уж много.**

- Но от самого человека зависит, насколько активно он сопротивляется заболеванию? На факторы риска ведь можно воздействовать?

- Конечно, гипертония, холестерин, курение, избыточный вес, гиподинамия поддаются контролю, но чем старше становится человек, тем больше вероятность возникновения у него сердечно-сосудистых проблем.

- Сколько пациентов прошло через ваш кабинет за то время, что он существует?

- Цифры постоянно меняются, потому что кого-то мы снимаем со своего учета, передавая кардиологам по месту жительства, а кто-то новенький после операции к нам поступает. На 1 января 2011 года, например, под нашим наблюдением находились **1030 пациентов.**

Но, я еще раз повторю эту мысль: **диагноз ишемической болезни поставлен человеку на всю жизнь. И наблюдаться он должен постоянно.** Это может быть кардиолог в поликлинике по месту жительства, его участковый врач.

- Есть определенная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям?

- Да, есть, но она выявляется специальными генетическими анализами, которые могут проводиться далеко не в каждой лаборатории. Но практика показывает, что если сердечно-сосудистые события случались в молодом возрасте у родственников (инсульт, инфаркт), вероятность того, что это может повториться у их детей, - выше. Я работаю в кардиоцентре с его открытия, и сейчас ко мне стали приходить на прием дети тех пациентов, которых я лечила 20 лет назад.

- Можно избавиться от холестериновых бляшек?

- Пока никак. Есть препараты, которые могут замедлять рост бляшек и предотвращать образование новых. Свою роль играет и образ жизни. Каким образом? **Соблюдать определенную диету, давать себе определенную нагрузку, именно нагрузку, - не менее 30 минут в день.** Пешую прогулку, например, можно считать идеальным вариантом, она должна быть ежедневной и непрерывной в течение получаса, а не урывками и не «короткие переходы» в магазин, детский сад в течение дня должны суммироваться.

Кстати, физическая реабилитация дает потрясающие результаты. Сами пациенты, которые продолжительное время подвергают себя физическим нагрузкам, отмечают, что испытывают потребность в этом. Между прочим, замечено, что женщины, которые ходят не менее полутора часов в неделю, живут на 7 лет дольше, чем «неходящие».

Очень важно правильно подобрать нагрузку. Каждому конкретному человеку **ее должен назначить врач** с учетом всех особенностей состояния здоровья и физических возможностей пациента. В любом случае она должна быть посильной и приносить человеку пользу. Избыточная, интенсивная даст обратный результат, поэтому не надо «проверять себя на выносливость». Это может спровоцировать развитие инфаркта миокарда. Зато пользу адекватных, регулярных, постепенно возрастающих тренирующих физических нагрузок переоценить невозможно. Но важно, чтобы они были назначены и обсуждены с врачом.

Что еще? Конечно же, **нужно прекратить курить** - это тоже вопрос выбора жизни. Прекратить пить пиво и другие алкогольные напитки, рационально и правильно питаться.

Но плюсом ко всему этому необходимо **соблюдать назначенную медикаментозную терапию:** регулярно и в прописанной дозировке, подобранной для каждого пациента индивидуально. При этом, конечно, нужно следить за артериальным давлением.

Быть дисциплинированным - трудно. Но ценой пренебрежения к себе может стать жизнь - ваша жизнь.

- Сейчас многие считают, что лекарства что-то лечат, а что-то и не лечат.

- Но врач, назначая лекарственные препараты, учитывает все факторы и руководствуется максимальной пользой для па-



Модернизация здравоохранения

циента. Существуют стандарты, основанные на доказанном, проверенном временем опыте применения определенных препаратов при определенных заболеваниях. Например, точно доказано, что если пациент принимает аспирин, он живет дольше, то же касается статинов и других препаратов.

Но лекарственные препараты всегда назначаются строго индивидуально врачом!

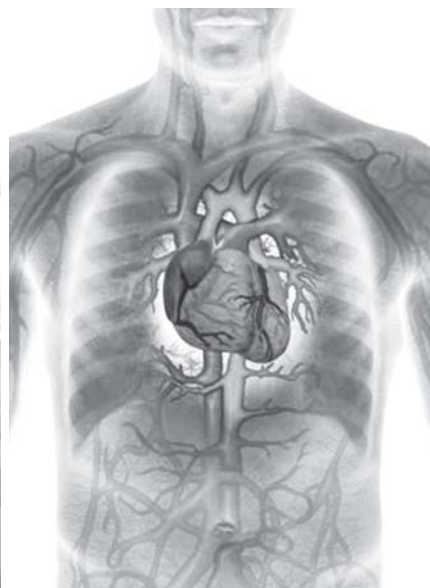
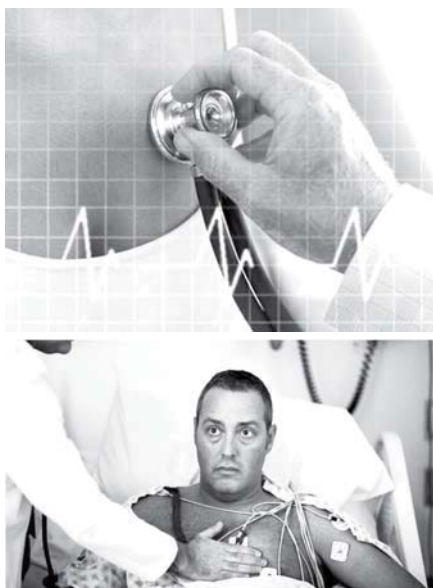
- Центры здоровья как-то с вашей работой стыкуются?

- Пока, к сожалению, мы не можем этим похвастаться, но в ближайших планах - наладить с ними сотрудничество. Думаю, мы можем быть полезны друг другу. С кризисным центром для мужчин, например, контакт у нас уже есть.

- Ваша диссертация посвящена...

- ...повышению эффективности реабилитации пациентов после инфаркта. Мой научный руководитель - профессор, в настоящее время главный кардиолог края **Галина Александровна ЧУМАКОВА**. Ее докторская диссертация тоже посвящена реабилитации больных с инфарктом миокарда. Еще в 1998 году мы начали заниматься научными обобщениями, в итоге это вылилось в научный труд. Ученая степень мне присвоена в 2005 году. По иронии судьбы подтверждение пришло 1 апреля. Вот уж точно - нарочно не придумаешь. Занятия научно-исследовательской работой приучили меня к анализу результатов своей врачебной деятельности и очень пригодились в работе в качестве заведующей отделением восстановительного лечения кардиодиспансера.

Мне кажется, нет другой профессии, которая бы так стремительно развивалась. Идет колоссальное количество информации о новых методиках лечения, результатах исследований, новых медикаментах. Когда ощущаешь такой мощный прогресс, и самому хочется скорей все освоить,



внедрить, чтобы помочь как можно большему числу людей.

Конечно, для сохранения здоровья предпочтительнее первичная профилактика, меры предотвращения развития болезни, но мы занимаемся профилактикой вторичной. Мы в основном занимаемся лечением уже заболевших людей. Но не только лечим, но и обучаем пациента, как жить с болезнью и не допустить дальнейшего ее развития. Как сохранить здоровье на том уровне, который достигнут в результате лечения или хирургического вмешательства и не ухудшить своего состояния. Словом, как жить дальше, сохраняя достигнутое качество жизни. Мы восстанавливаем пациента после того события, которое уже случилось, то есть занимаемся вторичной профилактикой. Но надеемся, что для детей наших пациентов эти уроки здоровья послужат делу первичной профилактики, что еще важнее.

- Когда ее лучше начинать?

- Это тема отдельного разговора.

- Но все же?

- С рождения. Впрочем, еще до него. Здоровье ребенка зависит от здоровья и образа жизни родителей. Грустно, что про факторы риска знают все - и взрослые, и дети, но почему-то

думают, что именно их беда не коснется. Установлено научно, что например, некоторые виды физической нагрузки по эффективности воздействия на организм сопоставимы с лекарственными препаратами. Но ведь многим людям лень даже зарядку делать. Опять же курение, питание и т.д.

Я говорю пациентам, что 90% успеха реабилитации - это их успех. И это не ради красивого словца, это доказанная правда. Амбулаторно-поликлинический этап сложен тем, что от того, насколько я достучусь до человека, насколько глубоко он осознает важность наших рекомендаций и воспримет их как программу действий, которую он захочет и станет выполнять, - от этого зависит успех восстановления его здоровья. А это - и качество его жизни, и продолжительность ее, и вообще вся радость бытия.

- А самой вам удается жить в соответствии с теми рекомендациями, которые вы даете пациентам?

- Стараюсь. Хожу, слежу за давлением, питанием и т.д. Знаю, как это непросто, но иначе нельзя. **Движение дарует и поддерживает жизнь.** ☺

Ольга Николаева
Фото: Евгения Налимова





Гестационный сахарный диабет: временно, но серьезно

Сначала разберемся, что же такое гестационный сахарный диабет (ГСД)? Гестационный (от «гестация» - «беременность») сахарный диабет - это нарушение углеводного (сахарного) обмена во время беременности, проявляющийся повышением уровня сахара в крови или натощак, или через 2 часа после еды, а может быть сочетание этих двух параметров.



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,

главный внештатный эндокринолог Алтайского края, заведующая эндокринологическим отделением ГУЗ «Краевая клиническая больница», врач высшей категории, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач России

ГСД - это чаще «временный» диабет, который прекращается после родов. К сожалению, многие женщины делают акцент именно на слове «временный» и считают, что раз этот тип сахарного диабета пройдет сам, то и заниматься им не нужно. Но это в корне неправильный подход!

Беременность течет быстро - всего 9 месяцев, но *интенсивность всех процессов формирования плода очень высока, и если где-то упущено время, то возврата в прошлое уже нет* и исправлять что-то будет уже поздно. **Некомпенсированный (с повышенным сахаром крови) гестационный сахарный диабет оказывает негативное влияние как на мать, так и на плод.** Замечено, что у женщин с ГСД чаще развивается гестоз, угроза прерывания беременности, пиелонефрит во время беременности, а у малыша - макросомия, диабетическая фетопатия. Но к порокам развития ГСД, как правило, не приводит.

Какой уровень сахара в крови должен быть для установления диагноза «ГСД»?

Итак:

- ◆ натощак $\geq 6,1^*$ ммоль/л в повторных анализах, причем сдаче сахара крови натощак должен предшествовать голод в течение не менее 8-10 часов (в данном случае и чай, и сок будут считаться едой и могут исказить реальные цифры вашего сахара крови);

- ◆ через 2 часа после принятия 75г глюкозы сахар крови $\geq 7,8^*$ ммоль/л.

* - данные цифры касаются капиллярной цельной крови.

Еще раз повторим, что ГСД - это любое повышение сахара крови, будь то натощак или через 2 часа после теста с глюкозой или сочетание этих двух показателей.

Факторы риска заболевания ГСД

У части женщин присутствуют так называемые факторы риска, которые в совокупности повышают риск развития ГСД.

К этим факторам риска развития ГСД относятся:

- ◆ ожирение;
- ◆ наличие родственников первой степени родства с сахарным диабетом;
- ◆ ГСД или другие нарушения углеводного обмена, выявляемые ранее;
- ◆ многоводие;
- ◆ рождение ребенка весом более 4500г или мертворождение в предыдущие беременности;
- ◆ быстрая прибавка веса во время данной беременности (то есть более 1 кг/месяц в первом триместре, более 2 кг/месяц - во 2-м и 3-м триместрах);
- ◆ возраст женщины старше 30 лет.

Если присутствует хотя бы один фактор, то риск развития ГСД считается низким, два - умеренным, а три - высоким.

Также на развитие ГСД влияет и количество плодов, одновременно вынашиваемых при беременности. Беременность двойней повышает риск ГСД в 2 раза, тройней - в 4-5 раз.



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей категории, ГУЗ «Краевая клиническая больница»



Школа ответственного родительства

Всем женщинам проводится диагностика на предмет ГСД. Основным тестом является **глюкозотолерантный тест (ГТТ) с 75г глюкозы**, который проводится всем беременным женщинам **в срок 24-28 недель**. Но если имеется высокий риск, то тест проводится ранее - как правило, в 16-18 недель, и если при этом сроке результаты в норме, то затем повторяют в 28 недель.

Беременность - это состояние, когда организм матери работает не для себя, а для будущего малыша. Во время беременности вырабатывается очень много гормонов, которые являются «врагами» инсулина, - контринсулярные гормоны. Напомним, что основное действие инсулина - это «загнать» сахар из крови в клетку, тем самым обеспечив ее питанием и энергией. В норме при беременности увеличивается выработка инсулина в 100 раз (как результат противостояния контринсулярным гормонам, да и чувствительность самой клетки к инсулину снижается)! А это значит, что фабрика по выработке инсулина - поджелудочная железа - в период беременности работает на пределе возможностей! Можно сказать, что беременность - это некая проверка на прочность поджелудочной железы, и если организм не справляется с поставленной задачей, то сахар в крови растет, а в клетку - не попадает. Этот *повышенный сахар крови матери попадает к плоду, заставляя его вырабатывать повышенное количество инсулина, что противостоит и ведет к увеличению печени, животика, формированию крупного плода (макросомии)*. И поэтому именно 24-28 недель определены для нагрузочного теста, так как в этот период отмечена максимальная концентрация контринсулярных гормонов.

Необходимо проводить лабораторный поиск даже у женщин с низким риском, так как у ГСД нет специфических проявлений и, соответственно, жалоб со стороны женщины.

Лечение ГСД

Если у вас в результате нагрузочного теста выявлен ГСД, то не нужно терять время, думая, что это мо-

жет быть лабораторной ошибкой или же «почему это случилось со мной?» и т.д. Лучше сразу (и до конца беременности) перейти к активным действиям.

Диета - это основа лечения ГСД. Позволим себе напомнить, что в переводе «диета» означает «образ жизни», а не только определенный набор продуктов. *И основной смысл лечения - это недопущение быстрого подъема сахара в крови, с которым не успевает справиться организм* (что и показывает нагрузочный лабораторный тест). А быстрый подъем обеспечивают «быстрые» продукты - это легкоусвояемые углеводы, то есть все сладкое. Отсюда вывод: **основа лечения ГСД - это диета с исключением сахара, продуктов на сахаре, фруктовых соков даже без сахара, винограда, фиников, манной и рисовой каш**. Если говорить о других фруктах и ягодах, то они разрешены при условии, что вы **за один прием съедаете либо 1 фрукт, либо 1 стакан ягод, и время до следующего приема составляет не менее 2 часов**.

С другой стороны, в питании **стоит увеличить «правильные» медленноусвояемые углеводы** - это хлеб грубого помола, макароны из твердых сортов пшеницы, каши, молоко, кисломолочные продукты (без сахара), картофель (но не пюре). Очень важно осознать, что *удовлетворить сиюминутное желание поесть сладкого негативно отражается на ребенке*. Но если возникло это желание, то правильнее удовлетворить его не с помощью конфет и сладкого чая, а за счет растительных сахарозаменителей, то есть фруктов, сухофруктов. Сразу скажем, что **синтетические сахарозаменители (в таблетках) противопоказаны беременным женщинам**.

Еще стоит остановиться на *питании женщин с исходно избыточным весом*. Им, кроме вышеперечисленного, **необходимо ограничивать жиры** (жирное мясо, масло, майонез, жирные молочные продукты, колбасы, орехи, семечки).

Основное действие инсулина - это «загнать» сахар из крови в клетку, тем самым обеспечив ее питанием и энергией. В норме при беременности увеличивается выработка инсулина в 100 раз (как результат противостояния контринсулярным гормонам, да и чувствительность самой клетки к инсулину снижается)! А это значит, что фабрика по выработке инсулина - поджелудочная железа - в период беременности работает на пределе возможностей!.. И если организм не справляется с поставленной задачей, то сахар в крови растет, а в клетку - не попадает. Этот повышенный сахар крови матери попадает к плоду, заставляя его вырабатывать повышенное количество инсулина, что противостоит...



«Донорство за деньги - НОНСЕНС»

Кроме непосредственно питания, в образ жизни при ГСД входит и **понятие посильной физической нагрузки**. Любое движение способствует снижению (нормализации) сахара крови (безусловно, только при отсутствии угрозы)! Принесут пользу *прогулочная ходьба, плавание, йога*. Воспользуйтесь этим, и хорошее самочувствие вам и вашему малышу обеспечено.

До конца беременности вы будете должны контролировать свой сахар в крови натощак и через 2 часа после обычной еды - либо в лабораторных условиях, либо (при наличии глюкометра) самостоятельно. Частота данных анализов определяется вашим врачом. Необходимо стремиться к следующим цифрам: *натощак сахар крови - до 5,5 ммоль/л (а лучше - до 5,3), через 2 часа после еды - менее 6,7 ммоль/л*.

Кроме того, будет **отслежен ваш сахар в моче, а при проведении УЗИ плода будет определено количество околоплодных вод, вес и состояние плода**.

Если же диета не помогает и в течение двух недель сахар крови не приходит в норму, то **до конца беременности назначается инсулинотерапия**. Повторим, что сахароснижающие препараты в таблетках при беременности противопоказаны!

Но вот закончилась беременность, закончился и гестационный сахарный диабет. Но у части женщин он переходит в сахарный диабет 2 типа либо сразу после родов (что реже), либо в последующем (что бывает чаще, особенно при наборе веса после родов).

Для уточнения состояния углеводного обмена нужно провести анализ на сахар крови через 6 недель после родов, затем - 1 раз в год, по показаниям делается тест с нагрузкой 75г глюкозы.

Очень важно знать, что при последующих беременностях риск развития ГСД очень высок, поэтому предупредите врача заранее, что у вас уже был ГСД.

Удачи вам и здоровья! Наслаждайтесь беременностью и любите своего малыша с первых минут его существования. ☺



14 июня Россия отметила Всемирный день донора крови. Цель этого ежегодного события - привлечение большего числа людей к донорству и демонстрация последних достижений здравоохранения, направленных на то, чтобы сделать переливание крови более безопасным и доступным.

В России программа по развитию донорства была принята еще в 2008 году, и с тех пор она развивается как одно из направлений нацпроекта «Здоровье». На последнем заседании президиума правительства РФ глава Минздрава Татьяна ГОЛИКОВА подвела промежуточные итоги реализации этой программы.

- Программа изначально шла по трем направлениям: модернизация самой службы крови, формирование единой информационной системы и пропаганда массового донорства, - отметила министр. - За прошедший период в программу было вовлечено 65 учреждений ведущих регионов России. Это, как правило, были станции переливания крови, оснащенные высокотехнологичным медицинским оборудованием. Кроме того, мы поставили компьютерное оборудование в учреждения службы крови, чтобы создать единую информационную сеть.

По данным специалистов, за последние три года число сдающих кровь в России возросло на 4,2%, а количество доноров плазмы увеличилось на 11,6%. Возросли и показатели заготовки цельной крови - на 7,4%. Так, благодаря программам по развитию донорства ситуация в России в последние годы изменяется в лучшую сторону. То, что есть сейчас, нельзя даже сравнивать с тем, что было пять лет назад. Но тем не менее она существенно хуже по сравнению с европейскими странами или США.

В Советском Союзе донорство было развито лучше, чем в современной России. Другое дело, что технологии были гораздо хуже и донорская кровь не так хорошо перерабатывалась, как сейчас. Да и во времена СССР не было такого количества разнообразных компонентов крови, какие можно получить сегодня. Но это уже связано с развитием медицины, а не с уровнем развития донорства. Современная медицина очень многое может предложить в плане лекарств и технологий, связанных с переливанием крови, компонентами крови. Поэтому в ближайшие десятилетия замены донорству крови не будет.

Потребность российских пациентов в крови очень велика. И это никак не связано с чрезвычайными ситуациями. После терактов как раз все бегут сдавать кровь. Но она нужна каждый день. И самый большой дефицит - постоянные доноры, те, кто сдает кровь регулярно, три-четыре-пять раз в год.

Кстати, без вреда для здоровья кровь сдавать можно с интервалом в два месяца, а вот тромбоциты, например, можно сдавать 10-12 раз в год.

P.S. Во всем мире существует ориентация на безвозмездное донорство. Это общепринятый пункт во всех цивилизованных странах, кровь не может быть объектом купли-продажи. Оплата донорства происходит только в малоразвитых странах. К сожалению, одно время в России делалась ставка на платное донорство. Но платные доноры - это другая популяция. У этих людей, например, есть мотив скрывать какие-то свои болезни... ☺



Несколько вопросов о спорте

Все знают, как велико значение спорта для здоровья человека, какое благотворное влияние оказывают занятия физкультурой на нервную систему, сердце, мышцы и т.д. Да и само слово «спортсмен» вызывает у нас обычно представление о крепком, веселом, уверенном в своих силах человеке. Регулярные физические упражнения наравне с правильным питанием поддерживают здоровье, предохраняют от заболеваний и, чему все больше свидетельств, замедляют процесс старения.



О том, как ввести в свою жизнь спорт, в чем разница между зарядкой и гимнастикой, выбрать «свой» вид и о многом другом спортивном мы говорим с **Василием Федоровичем ЛОПУГОЙ**, доцентом кафедры здоровьесберегающих технологий Алтайского краевого института повышения квалификации работников образования.

- Как правильно приступить к занятиям спортом, если никогда этого не делал?

- Как ни странно, но основной совет тут - **не ставить себе целей**. Это может быть как «вписывание» в старое или новое красивое платье, так и какие-то «личные рекорды» - «через две недели легко пробегу два километра» и тому подобное. Поставив себя в положение человека, который «догоняет» какую-то (как правило, завышенную) цель, вы начинаете беспокоиться, небрежничать и бояться занятий спортом. Тут же появляются всевозможные страшилки

типа «изнурительных тренировок» или «занятий до седьмого пота». К тому же всегда найдется тот человек, который скажет, что в вашем возрасте начинать заниматься спортом поздно, что у вас вскоре «отвалятся» руки, ноги, спина... Да и собственные сомнения жить спокойно не дадут.

Гораздо разумнее никуда не торопиться, но с первых же занятий почувствовать удовлетворение от самого процесса занятий, от простого факта, что вы смогли, приступили и уже занимаетесь. Спорт, физическая активность действительно доставляют радость. Кроме того, это полезно, а в сочетании с диетой способно изменить вашу жизнь! Так что ничего не бойтесь, не сомневайтесь в своих силах, а просто приступайте к занятиям.

- Многие путают разминку, зарядку, гимнастику, тренировку... В чем разница?

- **Зарядка и тренировка - это гимнастика. Гимнастика - физкультурная дисциплина**, основанная на ритмичном выполнении упражнений в помещении (или на свежем воздухе) с применением или без применения спортивных снарядов, которая производится с целью совершенствования тела. Аэробика, калланетика и шейпинг - это уже разновидности гимнастики.

Зарядка подразумевает выполнение 10-15 базовых упражнений не сетами (повторами одного упражнения, выполненными без отдыха), а простыми сериями, приблизительно по 10-12 повторений для того, чтобы «освежить» тело после сна и подготовить его к дневным нагрузкам.

Тренировка же направлена на решение более сложных конкретных задач. Она состоит из трех этапов: разминки (разогрева тела с помощью аэробных упражнений), основной части (как правило, силовые упражнения) и заминки (гар-



моничное завершение тренировки, подразумевающее выполнение упражнений на растяжку в спокойном темпе).

- Как выбрать «свой» вид спорта? На что обратить внимание?

- Это дело ваших личных предпочтений. Опасная психологическая ловушка, в которую попадает большинство людей, - *выбор такого вида спорта, которым невозможно заниматься постоянно, или который требует вложений денежных средств*. Например, живя в Барнауле, вы решили заняться серфингом, для которого необходимы океанические волны. Ну и где в этом случае вы сможете тренироваться?

Спорт - для жизни, а не для престижа, он должен быть удобным, не слишком «расходным», тренировочная база располагаться близко к дому, а сами занятия доставлять именно удовольствие. Нередко бывает так, что летом человек предпочитает один вид спорта, например, велосипедные прогулки, а зимой - лыжи или коньки. Тогда смена времен года обуславливает естественную смену нагрузок и более гармоничное развитие тела. Есть и внесезонные виды спорта - теннис, футбол и баскетбол, верховая езда, бег... И только не думайте, что те же стрельба или игра в шахматы повлияют на ваше телосложение.

- Нужно ли со временем менять вид спорта, «переходить» из родного в другой?

- Любимый вид спорта может оставаться одним-единственным хоть всю жизнь, а вот то, что вы делаете ради него, как раз и может меняться. Например, чтобы эффективно заниматься бегом, необходимо гармонизировать тело с помощью плавания и гимнастики для верхней части тела и прочее. Если вы всерьез чем-то увлечены и изменять своему увлечению не хотите, то совершенствуйтесь всю жизнь, добавляя время от времени другие нагрузки.

- Можно ли причинить вред своему здоровью, занимаясь спортом?

- В принципе это возможно, особенно если вы тренируетесь профессионально или настроены на скорейший спортивный результат. При фитнес-тренировках такого практически не случается, особенно если наращивать нагрузку постепенно и разумно. Ваш помощник в спорте - врач. Вы должны точно представлять себе особенности собственного организма и те его «участки», которые могут «дать слабину». Так, заниматься штангой при варикозном расширении вен неразумно и опасно. Подобные ограничения есть при любых отклонениях в состоянии здоровья. ☺

Продолжение следует

Колясочный переполох-2011

В Барнауле 5 июня в рамках празднования Дня защиты детей прошел II краевой парад колясок.

В необычном «колясочном карнавале» приняли участие мамы и папы, бабушки и дедушки и, конечно же, самые юные жители Барнаула. Главным условием участия было - ярко и с фантазией украшенная детская коляска. Причем, участниками могли стать и старшие дети - на роликовых коньках и велосипедах. Вся команда, включая родителей и группу поддержки, должна была соответствовать преобразенному транспортному средству и маленькому пассажиру в нем.

И вот кареты, теремки, птичьи гнезда, пиратские корабли, самолет и лодки на колесах украсили утреннюю площадь Ветеранов. Малыши от 4 месяцев в нарядах принцесс и царевичей, зайцев и обезьянок, пиратов и цыган по-хозяйски сидели в преобразившихся колясках.



Помимо участия в зрелищных мероприятиях участники парада могли приобрести и полезную информацию. Так, краевой кризисный центр для мужчин провел мобильную площадку по присоединению желающих к движению «Россия - без жестокости к детям!». Реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями предлагал бесплатные консультации логопеда. Представители Центра занятости населения рассказали о специальной программе поддержки безработных мам. Специалисты мобильной Клиентской службы Управления Пенсионного фонда в Барнауле ответили на вопросы, связанные с предоставлением и расходованием средств материнского капитала.

Все конкурсанты были награждены памятными призами и сертификатами участника Парада колясок. Организаторами мероприятия выступили Алтайская краевая общественная организация в поддержку семьи и детства «Столица мира» и агентство праздников Марины Василенко.

Краевой медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи» также поддержал проект и выделил свои призы для награждения победителей в номинации «Здоровая семья - это здорово!» - годовая подписка на журнал на 2011 год. Участники парада получили в подарок специальный выпуск журнала «Школа ответственного родительства». ☺



Актуальные проблемы педиатрии и I Форума детских медицинских сестер

С 14 по 17 февраля 2011г. в Москве под эгидой Союза педиатров России и Минздравсоцразвития состоялся I Форум детских медицинских сестер России, в котором приняли участие 178 делегатов из различных субъектов Российской Федерации: Якутии, Татарстана, Забайкальского, Алтайского, Красноярского краев, Кемеровской, Новосибирской, Архангельской, Томской областей и ряда других регионов.

Участниками Форума стали руководители сестринских служб субъектов федерации и Ассоциации медицинских сестер России, амбулаторно-поликлинических и образовательных учреждений, домов ребенка, ученые, представляющие академическую и вузовскую науку, преподаватели сестринского дела в педиатрии. От Алтайского края представителями I Форума детских медицинских сестер были главная медсестра **Н.И. ВОРОТНИКОВА** и старшая медсестра отделения анестезиологии и реанимации **Т.Н. САБЛИНА**.

В ходе подготовки I Форума были организованы **социологические опросы медицинских сестер** по анкете, разработанной в Научном центре здоровья детей Российской академии медицинских наук, чтобы выявить проблемные вопросы в работе детских медицинских сестер. Анкетирование проведено среди различных лечебно-профилактических организаций в 20 территориях страны.

В Алтайском крае в анкетировании принимали участие: КГУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», МУЗ «Городская детская больница №7», г.Барнаул, МУЗ «Городская поликлиника №7», г.Барнаул, МУЗ «Шипуновская ЦРБ», МУЗ «Косихинская ЦРБ», МУЗ «Родильный дом №1», г.Барнаул. Всего приняли участие 100 детских медицинских сестер Алтайского края.

Полученные в ходе анкетирования данные свидетельствуют о том, что *оборудование и информатизация рабочих мест медицинских сестер находятся на низком уровне*. Респонденты отмечали *неблагополучную психологическую обстановку*, частые стрессовые ситуации в коллективах, отсутствие своевременной информации о работе учреждений. Медицинские сестры испытывают *потребность в освоении навыков эффективных коммуникаций с детьми и их родителями, знаниях основ рыночных механизмов в здравоохранении*. Опрошенные считают *необходимым разработку критериев оценки работы детских медицинских сестер*, которые должны влиять на уровень заработной платы.

Из материалов опроса очевидно, что *в среде медицинских сестер распространены факторы риска хронических неинфекционных болезней*: 16% респондентов курят, более 40% имеют избыточную массу тела, повышенное артериальное давление, холестерин, ведут малоподвижный образ жизни, нерационально питаются. Это свидетельствует о том, что **самосохранительное поведение многочисленной категории медицинских работников требует радикальной коррекции**.

Программа Форума была построена в форме повышения квалификации с учетом существующих проблем. Было проведено восемь научно-практических симпозиумов,



Нина Ивановна ВОРОТНИКОВА,
главная медицинская сестра, КГУЗ «Алтайская краевая клиническая больница»

На I Форуме рассматривались вопросы организации грудного вскармливания, социального сиротства, сестринского образования в России и за рубежом, роли и места медицинских сестер в процессе внедрения высоких технологий, юридические и биоэтические аспекты работы. Много внимания уделялось технологиям, связанным с оказанием медицинской помощи, в том числе реабилитационной.





На Форуме была создана секция детских педиатрических сестер.

Участники Форума убеждены, что в основу деятельности сохранения здоровья детского населения страны должны быть положены объединенные усилия государства и всего общества.

на которых сделано 39 докладов; проведено два круглых стола. Профессор **А.А. МОДЕСТОВ** прочитал лекцию «Лидерство в сестринском деле». Мастер-класс проводили по теме: «Коммуникация и консультирование в работе медицинской сестры», «Маркетинг в работе детских медицинских сестер». В каждом из этих докладов была отражена важность положения медицинской сестры, оказания эффективной профессиональной помощи детям. Привлечено внимание слушателей к важности коммуникаций в системе «медицинский работник - родители ребенка».

Рождение ребенка приносит в семью огромный эмоциональный всплеск - чаще радость и счастье, но в случае рождения больного и/или недоношенного ребенка - тревогу, страх и отчаяние. Задача медицинской сестры при общении с молодой матерью и членами ее семьи заключается в том, чтобы: в первом случае - ничем не омрачить радости, не способствовать необоснованной тревоге за здоровье ребенка, а во втором - поддержать, постараться уменьшить чувство вины у родителей, настроить их на положительное эмоциональное восприятие ребенка. **Доверительные взаимоотношения с родителями пациентов являются профессиональными**, а не социальными.

Также на I Форуме рассматривались вопросы организации грудного вскармливания, социального сиротства, сестринского образования в России и за рубежом, роли и места медицинских сестер в процессе внедрения высоких технологий, юридические и биоэтические аспекты работы. Много внимания уделялось технологиям, связанным с оказанием медицинской помощи, в том числе реабилитационной. Мы посетили реабилитационный центр, который произвел приятное впечатление организацией работы, оснащенной новейшей медицинской аппаратурой, доступности.

Участники I Форума педиатрических сестер обратили внимание на следующие негативно влияющие факторы:

◆ высокая интенсивность труда и нагрузка медицинских сестер при

отсутствии соответствующего оснащения рабочих мест;

◆ недостаточное кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в целом и, особенно, системы оказания медицинской помощи детям, связанное с социальной и профессиональной незащищенностью, продолжающимся оттоком сестринского персонала в ЛПО;

◆ неадекватно низкий уровень оплаты труда при повышении требований к сестринскому персоналу, дисбаланс в оплате труда различных категорий медицинских сестер.

По результатам работы участницы I Форума детских медицинских сестер по инициативе Союза педиатров России считают необходимым организовать форумы детских медицинских сестер в рамках ежегодных конгрессов педиатров России, подготовить и направить в адрес Минздравсоцразвития РФ следующие предложения:

◆ **организовать** совещание руководителей органов и учреждений здравоохранения для обсуждения состояния сестринского дела в стране с акцентом на активное привлечение сестринского сообщества к модернизации здравоохранения,

◆ **активизировать** работу по стандартизации оказания сестринской помощи в педиатрии,

◆ **рассмотреть** вопрос о повышении размеров оплаты труда среднего медицинского персонала,

◆ **при информатизации** отрасли обратить первоочередное внимание на оснащение автоматизированных рабочих мест медицинских сестер;

◆ **поддержать** инициативу НЦЗД РАМН по привлечению медицинских сестер к участию в научно-практических конференциях врачебного сообщества и проведению научных исследований;

◆ оргкомитет I Форума детских медицинских сестер России обратился к председателю Исполкома Союза педиатров России, академику РАМН **А.А. БАРАНОВУ** с просьбой **создать на сайте страницу для медицинских сестер** с целью регулярного размещения информации образовательного характера. ☺



Охрана здоровья профессиональных водителей

Отделение профилактики в нашей поликлинике создано в 1991 году. Состоит оно из кабинетов диспансеризации, смотрового и прививочного, доврачебного кабинета.

Задачи доврачебного кабинета, где я и работаю, - это осуществление сбора анамнестических данных, проведение тестирования и анкетирования по выявлению факторов риска (артериальной гипертензии, ожирения), обучение пациентов вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Как фельдшер, я выполняю антропометрические исследования, контроль АД пациентам с артериальной гипертензией. Кроме того, занимаюсь проведением предрейсовых осмотров водителей поликлиники и прикрепленных организаций, то есть осуществляю медицинскую профилактику ДТП (дорожно-транспортных происшествий). Ведь, как известно, **одним из главных факторов обеспечения безопасности дорожного движения является состояние здоровья водителей.** Но, к сожалению, приходится констатировать, что отклонения в здоровье имеют практически все водители, даже молодого возраста.

Систематический контроль за функциональным и психофизиологическим здоровьем профессиональных водителей производится во время предрейсовых медицинских осмотров, которые регламентируются ст.23 ФЗ «О безопасности дорожного движения».

В ходе предрейсовых медосмотров обследуется весь водительский состав организации, выявляются группы лиц, требующие более частого и тщательного контроля. Причем, эти группы определяются как по медицинским, так и по социальным показаниям (систематическое пьянство, употребление психотропных веществ). **При решении вопроса о возможности допуска водителя к управлению автомобилем учитывается его принадлежность к одной из групп риска, стаж работы в про-**

фессии, условия работы и характер производственных факторов.

Замечу, что не все автотранспортные предприятия и организации, имеющие автопарк, решают вопрос по охране труда, режима работы и отдыха водителей, что приводит к росту заболеваемости и, возможно, росту ДТП.

Если рассматривать структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности водителей, то можно увидеть, что **первое место занимает группа простудных заболеваний, второе - болезни сердечно-сосудистой системы, третье - болезни костно-мышечной системы.**

Поэтому **цель предрейсовых осмотров - это выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автомобилем** с позиции как обеспечения безопасности дорожного движения, так и охраны здоровья водителей и пассажиров.

Особенно хотелось остановиться на влиянии алкоголя на развитие заболеваемости сердечно-сосудистой системы и артериальной гипертензии.

Для водителей, больных гипертонической болезнью, по результатам замеров не менее чем *десяти предрейсовых осмотров определяется норма артериального давления.* Фельдшер должен выяснить, какие гипотензивные препараты эти водители принимают. Дело в том, что связь между употреблением алкоголя и уровнем артериального давления линейна. Кроме того, *алкоголь ухудшает эффективность антигипертензивной терапии.* Однако при сокращении употребления алкоголя в течение 1-2 недель эффект медикаментозной терапии может восстановиться.



Наталья Васильевна ШИЛКИНА,

фельдшер высшей квалификационной категории, отделение профилактики, МУЗ «Городская поликлиника №9», г.Барнаул, член ПАСМП с 2006 года

Систематический контроль за функциональным и психофизиологическим здоровьем профессиональных водителей производится во время предрейсовых медицинских осмотров, которые регламентируются ст.23 ФЗ «О безопасности дорожного движения».



Советы медицинской сестры

Зачастую повышение артериального давления регистрируется в начале недели, так как многие потребляют алкоголь в выходные дни.

У людей, злоупотребляющих алкоголем, повышение артериального давления возможно после резкого прекращения приема алкоголя, что чревато высоким риском гипертонического криза и инсульта. Таких водителей следует предупреждать о повышенном риске инсультов, инфарктов при «кутежном» пьянстве.

Однако замечу, что метод «запугивания» неблагоприятным прогнозом действует менее эффективно, чем стремление медработника к сотрудничеству с водителями, налаживание с ними доброжелательных, доверительных отношений, убеждение пациентов в необходимости воздержания от алкоголя, в рациональности гипотензивной терапии. Такой контакт, безусловно, положительно действует на формирование у водителя личной ответственности за свое здоровье, которое, в свою очередь, влияет на продолжительность и качество его жизни.

Если у водителей наблюдается учащение эпизодов пьянства, то у них вероятно формирование болезненного состояния - хронического алкоголизма, который, в первую очередь, разрушает психику человека, а также приводит к развитию сопутствующих патологий. Хроническая алкогольная интоксикация приводит к ослаблению сердечной мышцы. Ослабленный миокард не в состоянии выполнять свою функцию по перекачиванию крови. Сердце увеличивается в размерах - нарастают признаки сердечной недостаточности, появляются отеки, одышка, тахикардия, синюшность лица.

Ранняя диагностика и отказ от дальнейшего употребления алкоголя способны повернуть этот процесс вспять и вернуть больное сердце в относительное состояние нормы.

Однако отмечу, что у таких пациентов обнаруживается довольно низкая готовность к изменению своего, уже привычного, образа жизни. Они не верят в возможность устранения имеющихся симптомов из-за прекращения употребления алкоголя и не испытывают желания изменить свои привычки.



Для успешной социальной реабилитации таких пациентов необходимы заинтересованность и взаимодействие администрации производства или организации с медработниками, и конкретная помощь в создании больным водителям условий для лечения. Это - ежегодные профилактические осмотры с проведением инструментальных и лабораторных исследований, выполнение рекомендуемых врачебных назначений, создание на предприятиях кабинетов медико-социальной адаптации, одной из задач которых должно быть улучшение психологического климата в коллективе, проведение медицинской и социальной реабилитации больных (психотерапия, электросон, аутогенные тренировки). Нужно проводить адаптацию больных водителей к трудовой деятельности, то есть перевод на другую работу, не связанную с вождением автомобиля, или даже полную переквалификацию с последующим трудоустройством или создание облегченных условий труда (освобождение от ночных смен, командировок).

Труд, организованный в соответствии с медицинскими показаниями, который направлен на поддержание уверенности у пациента в выздоровление, избавление от вредных привычек, не только формирует социальную установку больного, но и способствует устранению изменений личности, вызванных болезнью. ☺

В заключение хочется сказать, что взаимодействие медработника и руководителей предприятия или организации, направленное на сохранение здоровья водителей, позволяет предотвратить ДТП, зависящие от здоровья водителя, сохранить жизнь самого водителя, пассажиров и пешеходов.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

Алтайской региональной
Профессиональной ассоциации средних
медицинских работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru





Новое в кардиологии - амбулаторная коронарография

**Ирина Жоржовна
ЛЕЩЕНКО,**
врач-рентгенолог,
высшая квалификационная
категория, КГУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»

**В 2008 году в
Диагностическом
центре Алтайского
края был введен в
эксплуатацию
64-срезовый
рентгеновский
компьютерный
томограф «Aquilion
64» производства
фирмы Тошиба
(Япония).**

С запуском нового КТ-сканера значительно увеличились потенциальные возможности в визуализации и диагностике заболеваний сердца и коронарных артерий.

Появилась возможность достоверно исключить или установить степень поражения коронарных сосудов при атеросклеротическом поражении, контролировать проходимость шунтов и стентов после проведенного оперативного лечения ишемической болезни сердца, исключить патологию перикарда и створок клапанов, определить врожденные транспозиции магистральных сосудов, патологические межсосудистые сообщения, определить глобальную и локальную сократимость миокарда, определить объемы, размеры и анатомию камер сердца, провести контроль эффективности атерогенной терапии.

Совместно с краевым кардиологическим диспансером разработана и применяется комплексная технология амбулаторного обследования пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца.

Как любое рентгенологическое исследование, мультиспиральная компьютерная томография сердца и его сосудов имеет строгие показания, которые определяет лечащий врач (кардиолог).

Исследование проводится амбулаторно, одномоментно и совершенно безболезненно для пациента.

Исследование начинается с *определения кальция в коронарных сосудах* (кальций-скоринг), что позволяет определить количественное содержание кальция и подсчет объемного индекса кальция в коронарных артериях.

Показаниями к проведению кальций-скоринга являются:

- боли в груди, подозрительные на ишемическую болезнь (ИБС);
- боли неясного генеза у мужчин в возрасте 45-65 лет и женщин 55-75 лет без явных сердечно-сосудистых заболеваний;
- сахарный диабет, для подбора препаратов, изменяющих липидный обмен при ИБС.

Противопоказаниями к проведению исследования являются:

- беременность;
- подтвержденная ИБС без планирования наблюдения за прогрессированием кальциноза и эффективности липидотерапии;
- наличие тяжелой кальцификации коронарных артерий, что ограничивает проведение МСКТ-коронарографии.

Необходимо отметить, что отрицательный тест на наличие кальция в коронарных сосудах не исключает:

- наличие некальцинированных бляшек;
- вероятности небольшого сужения сосудов;
- риска развития ИБС.

Положительный тест на наличие кальция в коронарных сосудах подтверждает наличие бляшек.



По результатам проведения кальций-скоринга окончательное решение о дальнейшем проведении МСКТ-коронарографии принимает врач-рентгенолог.

КТ-коронарография проводится в амбулаторных условиях.

После получения информированного согласия пациента на проведение методики проводится **контрастная ангиография с внутривенным болюсным введением неионного йодсодержащего контрастного вещества**. Поэтому одним из противопоказаний к проведению методики является аллергия на препараты йода.

При заболевании щитовидной железы необходима коррекция дозы принимаемых препаратов эндокринологом за 3 дня до исследования.

У некоторых пациентов на введение контраста появлялись жалобы на появление горечи во рту, чувства жара в теле, тошноту. Эти ощущения исчезают в процессе исследования или сразу после него. После процедуры пациенты находятся под наблюдением медперсонала отделения в течение 30 минут.

Регулярный сердечный ритм и нормальные показатели частоты сердечных сокращений являются одним из обязательных условий получения высококачественных изображений коронарных артерий.

Максимальное качество изображений достигалось у пациентов с ЧСС не более 60-70 уд./мин. Если сердечный ритм слишком высокий, то необходима предварительная медикаментозная подготовка.

Показаниями к проведению МСКТ-коронарографии являются:

- предполагаемый или сомнительный диагноз ИБС при отсутствии явных показаний к коронарографии;

- предоперационная оценка состояния коронарных артерий у пациентов, которым планируются различные виды оперативных вмешательств на сердце;

- множественные факторы риска ИБС;

- блокада левой ножки пучка Гиса;

- сомнительные данные стресс-теста или тест не доведен до конца;

- боль в грудной клетке неясного генеза;

- синдром острой боли в грудной клетке при сомнениях в диагнозе инфаркта миокарда;

- высокий риск выполнения коронарографии;

- уточнение данных коронарографии;

- оценка функционирования шунтов (по клиническим показаниям).

Абсолютными противопоказаниями являются:

- недостаточность кровообращения IIА ст. (выраженный кальциноз коронарных артерий более 400 ед., кардиомиопатия, поражение клапанов сердца и др.);

- расслаивающая аневризма аорты;

- нарушения сердечного ритма (мерцание и трепетание предсердий, частая желудочковая экстрасистолия и др.);

- тиреотоксикоз;

- беременность;

- тяжелые нарушения функций печени;

- нарушения выделительной функции почек (уровень креатинина сыворотки - более 110,0 мкм/л, уровень мочевины - более 8,5 мм/л).

Существуют и относительные противопоказания к проведению МСКТ-коронарографии. Это:

- тахикардия (достоверные результаты получаются с ЧСС до 70 уд./мин.);

- неспособность пациента задерживать дыхание на 30 секунд;

- неадекватное поведение пациента;

- повышенная ломкость периферических сосудов, их недоступность;

- или малый калибр (используются иглы диаметром от 1,3мм).

Таким образом, **МСКТ-коронарография - это стационарзамещающая технология, которая позволяет провести обследование в амбулаторных условиях, без анестезии**, введя пациенту только контрастное вещество в объеме до 100мл, при этом **получить изображение всех коронарных артерий, увидеть признаки атеросклеротических бляшек, оценить, насколько они мешают нормальному кровотоку в сосудах сердца.**

В этой ситуации МСКТ может выступать не только как методика коронарографии, но также и в роли скринингового метода, позволяя отбирать пациентов для проведения селективной ангиографии.

На основании этих исследований врач может сделать заключение: нуждается пациент в срочном хирургическом вмешательстве или можно обойтись медикаментозным лечением.

Обследование пациентов в условиях Диагностического центра Алтайского края проводится в плановом порядке по предварительной записи, при наличии направления от кардиолога, в котором будет указан предварительный диагноз, цель исследования и возможные оперативные вмешательства на сосудах сердца в полном объеме.

На руках пациент должен иметь результаты общего анализа крови, креатинина сыворотки (не более 110,0 мкм/л), мочевины крови (не более 8,5 мм/л), данные ЭХО-КГ, ЭКГ. ☺

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

На правах рекламы





ОТ РЕДАКТОРА

Несколько лет тому назад мы уже обращались к теме, связанной с воспитанием детей в замещающей семье. Значение приемных, патронатных семей трудно переоценить. Как правило, ребята, которым в самые юные годы их жизни пришлось непросто, - оттаивают в тепле и внимании.

В крае формируется и нарабатывает опыт целая система подготовки и сопровождения такого рода замещающих семей - приемных, патронатных. Наряду с мерами государственной поддержки таких семей в крае существует очень много разных форм помощи в становлении таких особых семей.

Мы возвращаемся вновь к нашей рубрике «Школа приемных родителей», в которой постараемся ответить на наиболее актуальные вопросы.

Формирование осознанного родительства в условиях центра «Семья плюс»



Наталья Владимировна КОЛПАКОВА,

директор краевого Центра психолого-медико-социального сопровождения «Семья плюс»

По мнению американского социолога Дж. Левин, родительство - это сознательный выбор мужчин и женщин, выбор, благодаря которому лица обоего пола могут испытывать радость!

Осознанное родительство начинается с осознанной личности, осознанной семьи, осознанной женственности и мужественности. И при этом оно позволяет развиваться дальше, становиться еще полноценнее.

Если пытаться сформулировать какие-либо критерии, то осознанное родительство, несомненно, включает в себя активную жизненную позицию личности родителя, постоянное стремление к саморазвитию и самосовершенствованию, направленность на здоровый образ жизни.

Осознанное родительство - это бережное отношение к семье и своей роли в ней. Общение внутри семьи, основанное на доверии, искренний интерес родителей и детей друг к другу, семейные традиции, ритуалы, праздники. Безусловно, это и ответственный подход к психофизическому развитию ребенка на разных этапах возраста, активное влияние на пространство, в котором живет ребенок: предметное окружение, общение, информационная среда. Это и осознанный подход к воспитанию и обучению: собственный пример, выбор видов обучения и дополнительного образования (кружки, секции).

Так от кого же больше - от матери или отца - зависят жизненные успехи или несчастья малыша?

Мама - это целый мир вокруг ребенка, в котором он защищен от опасности, который учит его жить в гармонии со всем, что окружает. Благодаря матерям дети адаптируются к жизни в сфере человеческих отношений. В то время как материнство ассоциируется с гармонией, отец учит ребенка действовать, ставить перед со-

бой цели и достигать их. Что должен делать отец, если на пути ребенка возникают препятствия? Абсолютно верно: помочь ему в их преодолении.

Упрямство и многообразие эмоций зачастую мешают детям. Роль отца - обеспечить ребенку понимание, что твердость и серьезность принесут гораздо больше пользы, нежели капризы. Мама чаще всего старается оградить ребенка от конфликтной ситуации, а отец, наоборот, пробует научить ребенка справляться с проблемами подобного рода.

Многое в жизни ребенка зависит в равной степени от обоих родителей. **Главное, чтобы ребенок рос в здоровой семье и был окружен любовью, лаской, пониманием**, что создает атмосферу благополучия для его развития и успешной социализации!

Создание благоприятного психологического микроклимата в замещающей семье, безусловное принятие детей возможно при наличии психолого-педагогических компетенций у замещающих родителей, главным образом - сформированной функции родительства.

Думаю, что любые родители вправе спросить себя: а насколько мы - ответственные родители?!

Мы, сотрудники краевого центра психолого-медико-социального сопровождения «Семья плюс», используем разнообразные формы и технологии и готовы помочь вам в этом. Чем мы можем быть полезны?

У нас есть сайт - единое информационное поле в сети Интернет, позволяющее оперативно находить актуальную информацию и создавать возможность для виртуального общения



Школа приемных родителей

замещающих родителей и специалистов центра.

Самыми востребованными разделами сайта центра «Семья плюс» являются: «Наиболее обсуждаемые вопросы», «Библиотека центра», «Издания центра», которые всесторонне освещают актуальные для замещающих родителей проблемы формирования ответственного родительства, раскрывают особенности развития и воспитания приемного ребенка и дают возможность замещающим родителям и гражданам самостоятельно получить ответы на актуальные вопросы, связанные с оформлением документации, вопросами воспитания и развития приемных детей. В разделе сайта «Форум» созданы условия для дистантного общения представителей родительской общественности, граждан, воспитывающих приемных детей, со специалистами и единомышленниками с целью обмена опытом и оказания взаимопомощи.

У нас работает «Клуб замещающих семей». Его участники решают задачи повышения психолого-педагогической грамотности замещающих родителей, формирования детско-родительского взаимодействия на разных этапах совместной жизнедеятельности приемных детей и замещающих родителей. Особое значение в рамках встреч клуба уделяется рассмотрению актуальных вопросов детско-родительских взаимоотношений, пониманию особенностей индивидуального развития детей на разных возрастных этапах. Например: семинар-практикум «Основы конструктивного взаимодействия родителей и детей подросткового возраста» или «Как научиться общаться бесконфликтно?»; мастер-класс «Способы развития познавательной сферы ребенка с ограниченными возможностями здоровья», видеосалон «Секреты ответственного родительства» и другие.

Профильная детско-родительская смена, на наш взгляд, - уникальная форма организации детско-взрослого взаимодействия в условиях образовательного пространства оздоровительного лагеря. Совместное участие детей, воспитывающихся в замещающих семьях с приемными родителями и их кровными детьми, способ-



ствует установлению благоприятного психологического микроклимата, укреплению семейных связей в рамках детско-родительского взаимодействия, повышает компетентность родителей в вопросах развития и воспитания детей. Профильные смены имеют свою тематику: «Планета счастливого детства», «Семейная радуга», «Семейная панорама».

Мы призываем семьи принимать участие в тематических конкурсах и акциях для замещающих семей, которые имеют разные формы: очную, очно-заочную и дистанционную. Считаем, что это хорошая форма стимулирования и развития института приемной семьи, которая направлена на формирование толерантного отношения к детям, оставшимся без попечения родителей. Центр проводит конкурс семейных проектов «Семейный калейдоскоп» и конкурс на лучший слоган о семье; поэтический конкурс «Ты - мое счастье!» и конкурс «Рождественские звезды»; акцию «Поможем птицам вместе!» и т.д.

Нам важно, чтобы замещающие родители стремились к саморазвитию, самосовершенствованию в области познания секретов материнства и отцовства, проявляя личную активность и инициативу. В тех семьях, где взрослые познают мир совместно с детьми, устанавливая с ними доверительные и тесные взаимоотношения, являются для своих детей верными друзьями и товари-

щами, прислушиваются к их мнению и стараются своевременно помочь в трудных ситуациях, дети чувствуют себя защищенно, уверенно и успешно адаптируются в динамичном социуме.

Родители, ответственно реализующие свои материнские и отцовские функции, всегда найдут время для общения с ребенком, выделив специальное время для разговоров и бесед. Родители и дети, столкнувшись с затруднениями, непониманием, возникающими в жизни семьи, садятся в круг и обсуждают проблемы, находят различные способы выхода и конструктивно (бесконфликтно) решают вопросы. Именно такие диалоги на семейном совете помогают решить сложные жизненные задачи.

Такой подход помогает в установлении доброжелательных детско-родительских взаимоотношений в семье и позволяет предотвратить конфликтные ситуации, а именно:

- ◆ приобретая привычку советоваться и обсуждать важные проблемы, дети, с раннего возраста, учатся общению, постигая логику мышления и основы саморегуляции;

- ◆ родители подростка, учитывая его чувства, эмоции и потребности, направляют мысли и суждения ребенка в правильное русло, приоткрывая дорогу к истине;

- ◆ подростки перестают видеть в своих родителях авторитарных людей, требующих беспрекословного подчинения и выполнения своих требований, учатся договариваться и сотрудничать;

- ◆ быстро взрослеющие дети, обсудив с родителями проблему, поняв и осознав ее, начинают добровольно выполнять принятые совместно со взрослыми решения.

Учиться секретам осознанного родительства никогда не поздно, надо только очень сильно этого хотеть. Наблюдайте за детьми, познавайте их потребности и мотивы, учитесь думать вместе с ними, понимать свои и детские чувства и переживания. Слушайте свое сердце. А самое главное - чаще смотрите в глаза ребенку, они расскажут вам о многом. ☺



С Днём социального работника!

