

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (134) ФЕВРАЛЬ 2014





Демография. Достижения очевидны, проблемы неоспоримы...

Февраль оказался очень наполненным событиями. Событиями, значимыми по своим социальным, а бы даже сказала – общечеловеческим последствиям, некоторые из них – совершенно разнополярные, как, например, зимняя Олимпиада в Сочи и противостояние в Украине...

И те, и другие события не оставляют большинство из нас безучастными, радуют или травмируют.

Настрой на созидание, позитив, новые рекорды одних – вселяют оптимизм, желание быть лучше!.. И тут же переполняющие людей агрессия, глухая стена непонимания, уверенность исключительно в своей правоте – разобщают не только некогда близких людей, друзей, семьи, но и целые народы... Порой кажется, что накапливающийся негатив просто убивает, вытравливает из людей доброту, чуткость, бережное отношение друг к другу... Мы скоропалительны в своих выпадах: ах, вот как, у тебя есть свое мнение, и оно не совпадает с моим... И сразу – вердикт: наконец-то ты показал свое истинное лицо! Не ожидал! И все отношения прерваны?

Откуда берут истоки эти реки гипертрофированного эгоизма?! Думаю, в значительной мере – из семьи.

Самочувствие семьи, как барометр эффективности семейной демографической политики, сегодня, безусловно, приоритетный объект внимания со стороны общества, власти.

Мне лично импонирует, что демографические, социальные программы становятся все более ориентированными на обычную российскую семью, семью, воспитывающую детей. Даже технологии социальной поддержки семей, как сейчас их называют, находящихся в трудной жизненной ситуации, меняются, поддерживают преобразование семьи, а не иждивенчество...

Значительная часть авторитетных демографов, социологов и экономистов еще недавно утверждали, что тяжелая демографическая ситуация неизбежна, позитивные изменения случайны и скоротечны, а роста населения России уже никогда не видать!

Сегодня все больше голосов за то, что на пресловутом «русском кресте» (так демографы окрестили многолетнюю ситуацию превышения смертности над рождаемостью) – поставлен крест. Причем это знаковое событие обусловлено как за счет повышения рождаемости, так и за счет снижения смертности!

При всем том, что нынешняя демографическая ситуация еще не заслуживает однозначной оценки, назвать эти изменения, наметившиеся положительные тенденции огульно случайными – непозволительно.

Успехи не должны стать поводом для ослабления внимания к этой проблеме, а пути решения ее на уровне государства на ближайший период четко сформулированы на заседании Президиума Государственного Совета России 17 февраля текущего года.

Я лично – за то, чтобы государственная помощь семьям с маленькими детьми оказывалась в более существенном объеме и до достижения ребенком, хотя бы трех лет.

Мне кажется, что вопрос частичной занятости мам может быть решен целым рядом предприятий и предпринимателей. Наш собственный опыт: у нашего специалиста по компьютерной верстке и дизайну Оксаны в семье – уже третий ребенок, после рождения второго мы сразу оборудовали ей рабочее место на дому – и уже не первый год находим варианты сотрудничества, устраивающие обе стороны.

В совокупности с мерами по качественному изменению системы здравоохранения, воспитания и образования, решением других социальных проблем это принципиально изменит положение семьи.

Как говорится, «Крепка семья – крепка Держава»!





8

**Почкам тоже
нужен зонтик**



18

**Жить, чтобы
не стареть**



26

**Детская
агрессивность,
ее причины**



32

**Операция
«Антистресс»**



37

**Новое в мире
фитнеса**

На фото: Константин Александрович ЯКОВЛЕВ, главный режиссер Алтайского театра музыкальной комедии
Фото предоставлено Театром музкомедии

Театр со служебного входа	2-4
День цветов и женских улыбок	5
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
О.С. Дехарь. Профилактика рака мочевого пузыря	6-7
Мир и медицина	7
Я.В. Яковец. Почкам тоже нужен зонтик	8-10
Жизнь без табака и алкоголя	11
Жить, чтобы не стареть	12-13
Шесть советов для мясоедов	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
О.Ф. Егорова. 24 марта - Всемирный день борьбы с туберкулезом	15
КРЕПКА СЕМЬЯ - КРЕПКА ДЕРЖАВА!	
Т.М. Черкасова, О.В. Невская.	
Маловесный ребенок: особенности выхаживания	16-17
Л.М. Сотникова.	
Всегда принимала жизнь с ее трудностями и радостями	18
В.Янковский:	
«Считаю, что неплохо посвятил свою жизнь работе»	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Л.А. Плигина. Здоровье - в наших руках	21
Ж.Ю. Чичканова. Милосердие - не пустые слова	21-22
Е.В. Кожевникова.	
Психологическая подготовка ребенка к оперативному лечению	24
Как нейтрализовать внутреннего критика	25
В.А. Петрова. Причины детской агрессивности	26-27
В.Г. Залевский. Дети в разводе страдают больше всего!	27-28
А.К. Ковешников.	
«Наш Центр никогда не считался периферийным»	29-31
Операция «Антистресс»	32-33
Я не могу сказать «спасибо»	34
И.Е. Бедак. Дом, полный игрушек	35-36
Хлеба без зрелищ	36
Новое в мире фитнеса	37-38
IQ красоты и здоровья	39-40
Расслабление и здоровье	41
10 инфекций, побежденных людьми	42-43
Царь камней	44



Профилактика рака мочевого пузыря



Ольга Сергеевна ДЕХАРЬ,

врач онколог-уролог, вторая квалификационная категория, поликлиника КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Рак мочевого пузыря составляет около 5% от всех злокачественных новообразований. Выяснено, что мужчины болеют в несколько раз чаще, чем женщины. Причем, пик заболеваемости приходится на возраст от 50 до 80 лет.

Рак мочевого пузыря - это одно из немногих злокачественных новообразований с достоверно известными факторами развития рака - канцерогенеза. **Промышленные канцерогены вызывают 20% случаев заболевания.** Некоторые исследования указывают на 30-кратное увеличение риска у работников на производстве анилиновых красителей.

Таким образом, проблема профилактики рака мочевого пузыря представляется весьма актуальной.

К факторам риска развития рака мочевого пузыря можно отнести:

- контакт с анилиновыми красителями и с компонентами синтеза анилиновых красителей;
- работа в кожной, резиновой, лакокрасочной промышленности;
- применение некоторых лекарственных средств (например, циклофосфамид);
- питьевой режим, как фактор, регулирующий концентрацию мочи с находящимися в ней химическими веществами, а также способствующий их выделению из организма. Выявлено, что этот фактор является важнейшим элементом в профилактике рака мочевого пузыря. Так, низкая заболеваемость раком мочевого пузыря коренных жителей республик Средней Азии и Казахстана связана с употреблением ими больших количеств чая.

Однако **одним из важнейших этиологических факторов риска рака мочевого пузыря, действующим на миллионы людей, является курение.** У курильщиков в 2-3 раза чаще возникают опухоли мочевого пузыря. Считается, что до 50% опухолей этой локализации связа-

ны с курением. На примере нескольких канцерогенов (асбест, радон и др.) показано, что курение значительно усиливает их действие. Канцерогенное действие табака усиливается употреблением алкоголя, который способствует транспорту канцерогенов, изменяет состояние слизистых оболочек, влияет на метаболизм канцерогенов и т.д.

Симптомы рака мочевого пузыря

Первой жалобой в 90% случаев становится **обнаружение крови в моче (гематурия).**

25% больных испытывают такие симптомы раздражения мочевого пузыря, как **затрудненные, учащенные, болезненные мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание.** Эти симптомы напоминают ощущения при простатите, цистите или уретрите. Они возникают при крупных опухолях и опухолях, расположенных на выходе из мочевого пузыря.

Кроме того, рак мочевого пузыря может проявляться **болью в малом тазу и боковых отделах живота.**

Что можете сделать вы

Если вы обнаружили у себя или своих близких перечисленные симптомы, постарайтесь **немедленно обратиться к своему терапевту.** При подозрении на рак вас направят к врачу-





онкологу. В таком случае старайтесь не терять ни одного дня.

Не бойтесь поставленного диагноза! Выполняйте назначенные диагностические процедуры так быстро, как это возможно!

Не откладывайте посещение врачей! Помните, что чем раньше начато лечение, тем лучше будут результаты.

Профилактика

В профилактику рака мочевого пузыря входят мероприятия по устранению профессиональных вредностей химического производства: исключение непосредственного контакта рабочих с химикатами, а также регулярное проведение диспансеризаций.

Информирование работающих о потенциальной опасности и мерах ее снижения.

Курильщикам рекомендуется **полный отказ от курения!**

Своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевого пузыря и папилломатоза.

Коррекция питьевого режима, то есть прием достаточного (не менее 1,5-2л) количества жидкости в сутки.

Устранение привычки передерживать мочу - количество мочеиспусканий не должно быть менее четырех раз в сутки, а также своевременное устранение причин, нарушающих отток мочи из мочевого пузыря.

Коррекция питания, заключающаяся в обеспечении в рационе достаточного количества овощей и фруктов, молока и молочных продуктов.

Недопустимость бесконтрольного, без назначения врача, употребления целого ряда анальгетических и гипотензивных препаратов.

Прекращение употребления в значительных количествах **алкоголя**, особенно крепких, более 40 градусов, напитков.

Генетическая профилактика опухолей мочевого пузыря должна исходить из того, что риск заболевания может быть связан с наследственной предрасположенностью.

Ранняя диагностика включает прохождение регулярных профилактических осмотров и своевременное обращение к врачу при обнаружении гематурии и симптомов раздражения мочевого пузыря. ☺

Британия: медсестер заменит пластырь

Британская система здравоохранения примет на вооружение одноразовый «умный пластырь», отслеживающий сердцебиение, ритм дыхания и температуру тела.

Пластырь напрямую передает собранные данные медсестрам на компьютеры и мобильные телефоны через Wi-Fi каждые две минуты. Если будет зафиксирована аномалия, медики сразу получат тревожный сигнал. Однако это не исключает необходимость прямого наблюдения за пациентами, что особенно важно для пожилых пациентов.

Пластырь опробуют в 10 государственных загруженных клиниках. Только в Британии ежегодно умирают до 6000 пациентов, так как за ними не следили должным образом. А за год пластырь может спасти сотни жизней. Ежегодно он сэкономит системе здравоохранения более 500млн. фунтов стерлингов (более \$837млн.), в основном за счет сокращения числа дней, проводимых пациентом в больнице.



Звуки - самая задача для памяти

Американские ученые выяснили, что люди плохо запоминают звуки. Зато они лучше помнят, к каким вещам прикасались, или какие вещи видели.

Это говорит о том, что мозг использует разные схемы для обработки информации. Или звуковая информация обрабатывается по-другому в принципе.

Ученые разработали тест, проверивший краткосрочную память более чем у 100 человек. Их попросили через наушники прослушать звуки, посмотреть на квадраты

разного оттенка красного и почувствовать вибрации, взявшись за алюминиевую палочку. Между появлением каждого звука, оттенка или вибрации проходило от 1 до 32 секунд. Выяснилось: звуковая память гораздо быстрее размывалась в памяти по сравнению с информацией об оттенках и вибрациях.



Также специалисты проиграли добровольцам записи с лаем собаки, показали беззвучную запись баскетбольного матча и предложили дотронуться до разных предметов с завязанными глазами. Через определенное время (проходило от часа до недели) после эксперимента людям было сложнее вспомнить, как звуки они слышали.

Получается, учителям обязательно стоит включать визуальный компонент в лекции.



Почкам тоже нужен зонтик



Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,

врач-уролог, высшая квалификационная категория, доцент кафедры урологии АГМУ

Предлагаемая для обсуждения тема касается прежде всего здоровья мужчин, чей возраст - более пятидесяти лет.

Понятно, что редким счастливым удаётся избежать к этому возрасту серьёзных хронических заболеваний. Однако их причина не всегда очевидна даже в том случае, если человек обращается своевременно к специалистам. Например, доказано, что **сердечно-сосудистые заболевания могут являться следствием хронического заболевания почек.** И исключать надо именно причину, а не бороться со следствием. Однако эту причину не всегда легко найти.

Первичные заболевания почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит и поликистозная болезнь почек), **вторичные нефропатии** (диабетическая, гипертоническая, ишемическая), **злоупотребление алкоголем, курение, высококалорийная диета, гиподинамия** не только приводят к развитию ожирения (метаболического синдрома), гипертонии и сахарного диабета, но и **вызывают нарушения функции почек, приводят к их хронической болезни (ХБП).** Хронический гломерулонефрит зачастую развивается на фоне инфекций, передающихся половым путем; осложнений эндокардита после проведения шунтирования; при приеме большого количества лекарственных препаратов. Подобная форма поражения почек встречается часто именно у мужчин в возрасте старше 50 лет. Хронический пиелонефрит выявляется у мужчин, страдающих аденомой предстательной железы, из-за нарушения оттока мочи. Ишемическая нефропатия развивается на фоне атеросклероза, гиперхолестеринемии, частых стрессов.

В результате нарушения функции почек, спровоцированного названными выше заболеваниями, а также нездоровым образом жизни, усиливается неблагоприятное влияние на сердце и сосуды традиционных кардиометаболических факторов риска (повышенного артериального давления, повышенного уровня липопротеинов низкой плотности и др.); **развивается выжатая артериальная гипертония, инсулинорезистентность и гиперлипиде-**

мия. Далее происходит ремоделирование (то есть изменение) сердечной мышцы и сосудистой стенки. Формируются дополнительные «почечные» факторы риска - вторичный гиперпаратиреоз (повышение функции паращитовидных желез), в результате развивается анемия, нарушается фосфорно-кальциевый обмен, который запускает процесс внескостного отложения кальция, в том числе на стенках сосудов. Вымывание кальция из костей происходит одинаково у мужчин и женщин в период климакса (после 50 лет). Сосуды теряют гибкость и эластичность, что приводит к ухудшению циркуляции крови, развиваются атеросклероз и кальциноз.

О заболевании почек можно судить по росту в крови уровня креатинина и мочевины. Если это случилось, любое простудное заболевание будет приводить к дальнейшему повышению содержания указанных веществ, а это, в свою очередь, усугубляет риск инфаркта и инсульта.

Таким образом, **причиной смерти больных с хроническими болезнями почек (ХБП) является** не уремия (повышение уровня креатинина и мочевины в крови), как можно было бы предположить из вышесказанного, а **сердечно-сосудистые осложнения,** встречающиеся у этой группы больных в десятки раз чаще, чем в общей популяции. Согласно статистике, 0,6% человек умирают от ХБП, а 60% - от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта и инсульта), причем в их число входят и больные, у которых сердечно-сосудистая катастрофа обусловлена почечной патологией.

Очевидно, без решения данной проблемы здоровья не удастся уменьшить число инсультов, инфарктов, снизить собственно смертность от сердечно-сосудистых причин. Обсуждаемая проблема стоит на стыке урологии и нефрологии, вот почему о ней не всегда знают кардиологи.

Поскольку сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и хроническая болезнь почек объединены



Советы мужчинам

общими факторами риска и механизмами прогрессирования, **следует проводить комплексную профилактику этих заболеваний.** В Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года, направленной на улучшение демографической ситуации, важное место отведено пропаганде и поощрению здорового образа жизни, устранению факторов риска хронических болезней и их осложнений. Для привлечения внимания общественности и врачей к глобальной угрозе, которую представляет хроническая болезнь почек для здоровья человека, Международное общество нефрологов и Международная федерация нефрологических организаций в 2006 году выступили с предложением ежегодно отмечать Всемирный день почки. В 2007 году к этой акции присоединилась и Россия.

Особое значение информированности и населения, и врачей других специальностей о факторах риска ХБП, как, впрочем, и сахарного диабета, и артериальной гипертензии, состоит в том, что **заболевание может длительное время протекать бессимптомно.** К сожалению, кардиологи этот диагноз совершенно не учитывают. В лучшем случае могут посоветовать консультацию уролога. В результате пациент лечит следствие, а не причину. И постепенно у него формируется программа на самый печальный исход. Именно поэтому, несмотря на то, что существуют простые и доступные методы ранней диагностики, **у значительной части пациентов нарушения функции почек по-прежнему определяются на поздних стадиях, когда уже упущена возможность затормозить прогрессирование заболевания за счет нефропротективной терапии (являющейся так называемым зонтиком для почки).** В этой связи очень важно выявить больных, входящих в группу риска, путем профессиональных осмотров, скрининга, диспансеризации.

Диагностировать ХБП на ранней стадии - задача терапевтов, врачей общей практики, эндокринологов, кардиологов, то есть тех врачей, к которым в первую очередь обращаются и под наблюдением которых находятся пациенты, входящие в группу риска



развития ХБП. Повторю, первыми признаками, которые определяются лабораторно, являются повышенные уровни креатина и мочевины в крови. Эти анализы доступны, по их результатам каждый обследуемый может сам увидеть, соответствуют норме данные показатели или нет.

Таким образом, **риск развития сердечно-сосудистых заболеваний зависит от состояния почек.** Мужчины, как правило, уверены в том, что это не их проблема. Однако это абсолютно неверно: такое заболевание встречается достаточно часто. Не зная верного диагноза, человек входит в замкнутый круг: простыл - полежал под машиной, заболела спина, сходил к неврологу - и все. Получил лечение следствия, а не причины. Поэтому процесс идет дальше.

Следующие настораживающие признаки: **высокий метаболический вес, повышенное давление, дефицит липопротеидов, гиперфльтрация** (почка начинает образовывать слишком много мочи). На это мужчины по-прежнему не обращают внимания, начинают вставать по ночам. А когда все-таки обращаются к врачу, он прежде всего смотрит: нет ли аденомы. Нашли - лечим только это, а почки опять остаются без помощи. **Гиперфльтрация чаще встречается у мужчин с низким уровнем тестостерона и высоким метаболическим риском** (имеющим избыточный вес). Уровень тестостерона практически не проверяется специалистами. Однако именно его низкий уровень включает процесс фор-

Вымывание кальция из костей происходит одинаково у мужчин и женщин в период климакса (после 50 лет). Сосуды теряют гибкость и эластичность, что приводит к ухудшению циркуляции крови, развиваются атеросклероз и кальциноз.



мирования ХБП, и если говорить об онкопатологии, то и рака простаты.

Оценивая результаты анализа, надо обязательно учитывать «ступеньку» между женскими и мужскими гормонами. При нарушении соотношения запускается уровень инсулинорезистентности, когда клетки поджелудочной железы перестают реагировать на то, что человек поел сладкого. Вроде сахарного диабета еще нет, но это уже первый шаг в его сторону. Казалось бы, низкий уровень тестостерона не является причиной волнения для пожилого мужчины: дети уже выросли, жена умерла. Однако все не так. Сниженный уровень тестостерона приводит к серьезным последствиям.

Нужно внимательно относиться и к приему препаратов, назначаемых кардиологом. Так, прием ингибиторов АПФ и статинов, входящих в стандарт лечения кардиологических больных, нужно осуществлять при контроле состояния почек в обязательном порядке. Еще один фактор, спровоцированный неправильной работой почек, - **потеря важного белка альбумина, который из еды восстановить невозможно.** Это также усугубляет болезнь. Установлено, что коррекция андрогенного дефицита препаратами тестостерона у мужчин с метаболическим синдромом снижает инсулинорезистентность и замедляет прогрессирование атеросклероза с его общими для поражения почек и сердца факторами риска.

Таким образом, одной из важных задач нефрологии является **проведение диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на максимально раннее выявление хронической болезни почек.**

Усилиями международных и национальных сообществ нефрологов разработан комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения смертности именно от сердечно-сосудистых осложнений,

развивающихся на фоне почечной патологии. Программа направлена, прежде всего, на то, чтобы важность проблемы ХБП для сохранения народонаселения признали организаторы здравоохранения разных стран. Это позволит на государственном уровне пропагандировать здоровый образ жизни, проводить скрининги и диспансеризации, привлекать других специалистов, которые работают с пациентами группы риска ХБП, формировать бюджет. Программа уже давно реализуется в Америке, странах Европы, блестяще работает в Австралии. Например, в Новой Зеландии через Интернет можно отследить судьбу буквально каждого больного ХБП.

Опыт других стран мы должны и можем взять на вооружение. В нашей стране эта стратегия представлена в документе «Ведомственная целевая программа по улучшению качества нефрологической помощи в РФ», который, надеюсь, будет рассмотрен Минздравом России в ближайшее время. Прогноз большинства пациентов с метаболическим синдромом обусловлен наличием / отсутствием у них сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются одной из ведущих причин смертности во всем мире.

Итак, мужчина в возрасте старше 50 лет проходит целую цепочку биохимических событий, которые в итоге могут привести его к возникновению ХБП, о которой ни он, ни иногда и его врач и подумать не могли. **Эта цепочка - гиперфилтратия и метаболические факторы риска - закономерное проявление целого ряда сложных биохимических нарушений на тканевом уровне, связующим звеном между которыми выступает инсулинорезистентность и вызванная ею гиперинсулинемия.**

Инсулинорезистентность и гиперинсулинемию сегодня рассматривают как новый фактор риска почечной болезни в общей популяции, а гиперфилтратацию - как раннее последствие гиперинсули-

немии и потенциальную мишень терапевтического действия, поскольку отмечен положительный эффект терапии.

Поражение почек у больных с метаболическим синдромом проходит ряд последовательных стадий: гиперфилтратия, которая является самым ранним и обратимым признаком ХБП у больных с метаболическим синдромом, нормофилтратия с последующим прогрессирующим снижением филтративной функции.

Установлено также, что у **больных с хроническими иммунодепрессивными заболеваниями почек и метаболическим синдромом ранняя стадия почечной болезни также характеризуется состоянием гиперфилтратии с последующим более быстрым снижением скорости клубочковой филтратии (СКФ) и развитием хронической почечной недостаточности** (в отличие от больных без периферической инсулинорезистентности).

Препараты, назначаемые врачом при диагностировании ХБП, должны быть хронического (то есть постоянного) приема. Такие препараты есть на рынке, но назначать их должен только врач. Это не травки, это медицинский препарат. Всегда объясняйте больным: если сейчас обратитесь на этот вопрос внимание, обеспечите себе хороший период жизни, когда есть силы и время для занятий с внуками, работы на садовом участке, но нет тяжелого протекания болезни. **Русский пенсионер тоже может быть здоровым.** И не всегда для этого делать кардиологические операции (ни в коем случае не умаляя их значение!), которые в ряде случаев только убирают следствие. С причиной данной болезни надо бороться с помощью других специалистов - урологов и нефрологов. И тогда продолжительность полноценной жизни мужчины заметно увеличится, а без этого не бывает полноценной жизни и общества в целом. ☺





Маловесный ребенок: особенности выхаживания

В 2012 году в России вошел в силу Приказ Минздравсоцразвития «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» от 27 декабря 2011г. №1687н.



**Татьяна Михайловна
ЧЕРКАСОВА,**

врач-неонатолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент;

Недоношенные дети, объединяемые по принципу преждевременного рождения, представляют собой неоднородную группу, масса тела при рождении колеблется от 500 до 2500 граммов. **Одним из главных критериев жизнеспособности и качества здоровья остается масса тела при рождении: чем она меньше, тем выше смертность и заболеваемость.**

Внедрение современных технологий выхаживания, широкое использование методов интенсивной терапии в лечении недоношенных детей привело к существенному увеличению выживаемости данной категории детей. **Главные проблемы связаны с выхаживанием маловесного ребенка.**

Широко в выхаживании недоношенных детей используется **метод «кенгуру»**. Сегодня этот метод - важная составляющая часть ранней реабилитации недоношенных и тяжелобольных новорожденных детей.

«Кенгуру» - это тесный физический контакт кожа-к-коже между детьми первых недель жизни и их родителями. Суть метода заключается в том, что *детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы.* Для уменьшения потерь тепла укрывают малыша сверху теплой пеленкой или одеялком, а на головку можно надеть шапочку.

Название «кенгуру» родилось по аналогии с наблюдаемым в природе способом вынашивания детеныша кенгуру, который при появлении на свет едва достигает длины 2,5см, а его организм еще даже не сформиро-

ван окончательно, и первые месяцы он проводит в кожной складке - сумке на животе мамы-кенгуру. Это естественный, подсказанный самой природой, способ сохранить тепло, а значит, - и жизнь нашим недоношенным детям. Термин «кенгуру» понятен абсолютно всем и уже давно вошел в лексикон.

История «кенгуру» как метода началась около 30 лет назад, когда в Колумбии из-за недостатка инкубаторов педиатры Эдгар Рей и Гектор Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. Этот опыт оказался удачным и начал применяться изначально в беднейших странах Африки и Азии, в лагерях беженцев, в госпиталях в зонах военных конфликтов. Появились сообщения, что благодаря применению метода «кенгуру» удалось выходить даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000г при отсутствии специального медицинского оборудования. Несколько позднее «кенгуру» стали активно применять в отделениях новорожденных в «развитых странах».

Сегодня все чаще обращаются к этому простому методу выхаживания новорожденных, потому что **«кенгуру» не только заменяет инкубатор, но может дать много больше, чем лекарства и современная медицинская техника.**

Метод «кенгуру» идеально сочетается различные воздействия, причем его влияние происходит совершенно естественно, как бы в фоновом режиме.



**Ольга Вячеславовна
НЕВСКАЯ,**

врач-неонатолог, первая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент - кафедра педиатрии №1 с курсом детских инфекций, Алтайский государственный медицинский университет



Крепка семья - крепка держава!

● **Эффект мягкой стимуляции всех органов чувств ребенка.** Ребенок ощущает поглаживания, прикосновения, слышит биение сердца и голос мамы, улавливает запах грудной железы, грудного молока, запахи тела. Также происходит стимуляция чувства равновесия, ощущения положения тела в пространстве и движения.

● **Уменьшается восприятие боли недоношенным ребенком** настолько, что он может практически не реагировать на прокол кожи при взятии анализа крови.

● **Помогает в установлении отношений между ребенком и семьей**, воспитывает чувство родительства и привязанности к ребенку.

● **Способствует сохранению грудного вскармливания.**

● **Повышает самооценку и уверенность родителей** в том, что они в силах помочь малышу.

● **Дарит время спокойствия и тишины**, дает эффект релаксации и восстановления психологического равновесия после сильнейшей травмы, которую причиняют преждевременные роды.

● **Повышается осведомленность родителей** в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей.

● **Повышается уровень доверия и взаимодействия родителей с медицинским персоналом** отделений новорожденных.

Может ли «кенгуру» ухудшить состояние ребенка? Научные исследования, проведенные в разных странах в течение последних 30 лет, не выявили ни одного факта, когда бы применение метода «кенгуру» причинило какой-либо вред ребенку или матери. Ребенок не только не охлаждается, находясь на груди мамы, но его температура даже повышается, а сердечная деятельность и дыхание остаются стабильными.

Также в больших научных исследованиях было показано, что при «кенгуру»-выхаживании у недоношенных детей уменьшаются эпизоды апноэ, они несколько быстрее набирают вес, раньше начина-



ют сосать грудь, у них реже отмечаются заболевания органов дыхания в первые шесть месяцев жизни. В отделениях, где практикуется «кенгуру», отмечается меньшая заболеваемость новорожденных госпитальными инфекциями. Участвовавшие в «кенгуру» мамы дольше кормят своих детей грудью, более уважительно относятся к работе врачей и детских медицинских сестер.

Научные исследования в настоящее время продолжаются и касаются изучения влияния «кенгуру» на физиологические изменения в организме ребенка, неврологическое и эмоциональное развитие детей и детско-родительские отношения. Изучаются и другие аспекты, даже экономическая рентабельность и влияние «кенгуру» на такие явления, как жестокое отношение к детям, беспризорность и сиротство.

Как долго может продолжаться «кенгуру»-выхаживание? Многие родители продолжают «кенгуру» дома, уже после выписки из стационара, когда чувствуют обоюдную потребность в таком контакте. Но ребенок растет, он становится менее зависимым от мамы, и потребность в «кенгуру» отпадает сама собой. ☺

Частота рождения недоношенных детей в Алтайском крае составляет 6,3% по отношению к числу всех родов. Отмечается рост рождения детей с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000г) в 1,6 раза за пять лет.





Всегда принимала жизнь с ее трудностями и радостями

За более чем сорок лет работы врачом, а точнее - за 44 года 4 месяца и 20 дней, Любовь Михайловна СОТНИКОВА, сегодня - Заслуженный врач РФ, имела разные должности и разную рабочую «прописку». Например, в Барнауле ездила на работу в роддом №2, затем - в перинатальный центр...



Обязанности менялись, но оставалось главное - любовь к выбранному делу, к тем женщинам, кому помогала стать мамами, к ребяташкам, появляющимся на свет с ее участием. Перед разговором с Любовью Михайловной рассчитывала узнать хотя бы приблизительную цифру: сколько же их, детей, рожденных за годы работы доктора Сотниковой? Не определить, не посчитать. Одно ясно - очень много!

Характер у Любви Михайловны был всегда: и когда три года поступала в медицинский, уверенно шла к мечте - стать педиатром, и когда все годы учебы работала санитаркой в морфологическом корпусе, а потом, после окончания Тюменского медицинского института, уехала работать в район, не испугавшись трудностей, и отработала там семь лет:

- В каждом периоде было интересно по-своему. Школа была изумительная, в районной больнице настолько слаженной, четкой была работа всего коллектива, акушерок, хирургов! Приняла там роддом на 25 коек, отделение гинекологии на 15, отдельно существовал абортарий, тогда было такое требование. И сегодня я люблю родной Упоровский район (Тюменская область), помню всех докторов, с кем работала, благодарна за пройденную профессиональную школу.

Трудностей хватало - это спустя годы вспоминается только лучшее. В один из дней, отправившись на машине по сельскому бездорожью по срочному вызову к

больному, получила травму позвоночника - машина стремительно неслась по ухабам.

Переезд в Барнаул диктовался объективной необходимостью, и все же решиться на этот шаг было непросто. Переезжала с семьей, с маленьким ребенком на руках. А в Барнауле повезло: приняли на работу в роддом №2. Он был тогда и остается сейчас местом работы грамотных, лучших в городе и крае специалистов:

- Захватывало дух, когда на совещаниях шел разбор сложных ситуаций. Нельзя было скрыть подробности родов от педиатров, понимали все с полуслова, задавали точные вопросы. Практику получила потрясающую. Много дежурила - все праздничные дни были моими. Прошла все отделения. Потом стало полегче.

Был и еще один смелый шаг в жизни - переход в перинатальный центр. Собственно, на момент принятия такого решения и руководством, и самой Любовью Михайловной центра еще и не было. Его предстояло создавать ей, доктору Сотниковой. А она и тогда, и сегодня не ощущала себя руководителем высокого ранга, не скрывала этого никогда. Умела работать хорошо - это было. Однако благодаря именно ей, хрупкой красивой женщине, перинатальный центр был отстроен, оснащен, стал самым современным для своего времени лечебным учреждением. Помню, как женщины мечтали попасть именно туда, потому что справедливо верили в профессионализм работаю-

щих здесь врачей. Говорили о перинатальном центре с уважением, но редко кто интересовался именем доктора, благодаря кому на карте города появилось это учреждение. Наши ведущие доктора - не артисты, их редко знают в лицо, и есть в этом что-то неверное.

Уже в 61 год не смогла отказаться от следующего назначения - заместителем по экспертизе. Взясась за этот огромный груз людских эмоций, жалоб, продиктованных переживаниями, потерями, не всегда объективных обвинений в адрес врачей. Немало душевных сил требовалось для правильного решения по каждому случаю.

Жизнь прошла стремительно. И, к сожалению, поспорить невозможно с возрастом, с неумолимым прибавлением лет, складывающихся в серьезные цифры.

Есть богатейший опыт, есть благодарные ученики и сотни детей, кому доктор Сотникова подарила право на счастливую жизнь, сотни женщин, узнавших великое счастье материнства. Спасибо за это, Любовь Михайловна! ☺

Лариса Юрченко



В.Янковский: «Считаю, что неплохо посвятил свою жизнь работе»

Владимир Эдуардович Янковский, профессор кафедры судебной медицины с основами права АГМУ, проработавший десятилетия в этом вузе, воспитавший сотни специалистов, - гость этого номера журнала.

- Владимир Эдуардович, где вы получили медицинское образование?

- Я окончил в 1962 году лечебный факультет нашего университета. В выборе профессии, скорее всего, сказалось влияние мамы: она направила меня на этот путь.

- Ваш выпуск - один из первых в истории вуза. Чем памяты годы обучения?

- Скорее всего, уникальностью преподавательского состава. На первом курсе вел занятия профессор **Моисей Маркович ТРОСТАНЕЦКИЙ**, он уже был в возрасте, обычно приходил в белой шапочке на лекции.

- Заинтересовал прежде всего глубокими профессиональными знаниями?

- У него был своеобразный язык, еще ятие присутствовало. Моисей Маркович приехал из европейской части страны, из Ленинграда. Позднее этих преподавателей назовут шестидесятниками, но мы, студенты, понятно, не знали о таком движении в годы учебы. На первом курсе хорошо помню **Анну Николаевну БРИЛЛИАНТОВУ**, доцента кафедры анатомии человека. Ее требования на занятиях, на экзаменах в совокупности с личными потрясающими знаниями предмета - все это заставляло уважать этого человека. Потом началась гистология... Каждый учебный курс был уникален и интересен для нас. Хорошо помню ректора **Петра Петровича РАХТАНОВА**. Он был знаменит для нас, студентов, не только тем, что руководил вузом, преподавал нашему курсу историю медицины, - я учился в одной группе с его дочерью. Хорошо помню **Федора Митрофановича КОЛОМЕЙЦЕВА**. **Виталий Николаевич КРЮКОВ** - мой проводник в судебной медицине, основатель одноименной кафедры и организатор судебно-медицинской службы Алтайского края, Почетный профессор АГМУ, основатель научной школы. **Галия Абгартовна ГАСАРЬЯНЦ** преподавала нам оперативную хирургию в знаменитой пристройке к главному корпусу, где располагалась и кафедра судебной медицины. **Зульфия Валерьевна РУДЗАЕВА** заведовала кафедрой физиологии, курировала нашу группу, запомнились интересные общие вечера.

- Сложно было учиться?

- Уверен, что в медицинском вузе учиться гораздо сложнее, чем в любом другом. Убеждался, что



все, кто были нагружены учебниками в студенческие годы, оказывались исключительно студентами медицинского университета. К тому же в первые годы у института был только один учебный корпус. Здесь проходили и лекции, и практические занятия. Постепенно формировалась практика работы кафедр в ведущих учреждениях здравоохранения Барнаула. У нас сложилась неплохая группа друзей-одногруппников. Занимались втроем - я, **Юрий Александрович ВЫСОЦКИЙ** и **Яков Исаакович ДУБРОВИЧ**, это помогало разбирать все теоретические вопросы, поэтому и трудностей было меньше.

- Что стало решающим фактором в определении области профессиональных интересов?

- На пятом курсе серьезно заинтересовался судебной медициной.

- Почему?

- Если говорить серьезно, для меня проводником в этой области стал наш декан В.Н. Крюков. Сначала работали вдвоем, потом Виталий Николаевич направил меня в целевую аспирантуру в Москву к своему учителю **Владимиру Михайловичу** ▶



◀ **СМОЛЯНИНОВУ.** После окончания аспирантуры я вернулся сюда и работаю в вузе по сей день.
- В чем особенности этой области медицины? Судебный медик сталкивается с негативом ежедневно. Но он уже не может изменить ситуацию...

- Конечно, не может. Но сострадание к трупам, к погибшим, выработало к жизни, к другим людям иное, более мягкое, отношение. Мы не стали «трупорезами»! Мои коллеги - замечательные люди, неоднократно убеждался в этом на съездах, конференциях, в которых принимал участие. Так что я ни в коей мере не жалею о выбранном направлении работы.

- Расскажите об итогах многолетней деятельности. В чем состоят ваши открытия, профессиональные пристрастия, основные разработки?

- Мое пристрастие зародилось еще в годы обучения в аспирантуре и относилось к судебно-медицинской травматологии. Большая часть моей профессиональной жизни была посвящена изучению механизма перелома костей. Кажется, все просто, все ясно, а при внимательном рассмотрении оказывается иначе. Процесс разрушения начинается с образования мелких трещин. Уже за этим следует перелом. По трещинкам возможно в ряде случаев установить достоверный механизм образования перелома. Второе разрабатываемое мною направление - костная идентификация. По костным останкам мы устанавливали с достоверностью возраст, пол, комплекцию человека при жизни. Сейчас эти работы не востребованы - современные исследования проводят на основе ДНК. Эти маленькие «семена» заложены и в костях, и в клетках, по ним можно устанавливать основные характеристики человека. К примеру, в Германии была развита биологическая судебная медицина. Но как только там внедрили методы, основанные на изучении ДНК, эксперты ушли в другие направления. Процесс закончен.

- Из чего складывается ваш рабочий день?

- Конечно, главным остается обучение студентов. Мы располагались в морфологическом корпусе на Молодежной, 7. Сейчас корпус закрыт на ремонт и реконструкцию, этим объясняются многие сегодняшние трудности образовательного процесса. Обещают, что в мае переедем назад. Причем, корпус будет уже пятиэтажным. Но пока неясно, вернут ли туда



морг. Считаю, что без положительного решения этого вопроса обучение студентов по нашей специальности невозможно.

- Какие они, сегодняшние студенты?

- Студент сейчас образованный, но, как мне кажется, более ленивый, чем мои ровесники в свое время. Тем не менее большинство с удовольствием занимаются и показывают хорошие знания на экзаменах. Проблема в другом - не все готовы остаться в медицине после получения диплома. Когда создавался педиатрический факультет, было принято решение распределять выпускников только педиатрами. Позднее это положение было забыто. Сегодня они работают везде, педиатров же явно не хватает. Недавно было принято решение об оказании поддержки выпускникам, уезжающим на работу в сельскую местность, - они получают миллион рублей для приобретения жилья. Но город более привлекателен для растущего человека, так было всегда. До конца даже такая мера вопрос не решит. К тому же наших выпускников приглашают на работу в северные районы. Они получают достойную заработную плату, достойные рабочие места. При этом не решается главная задача вуза - обеспечение кадрами Алтайского края.

- Ваше мнение: врач обязательно должен быть интеллектуалом, высокоэрудированным человеком?

- Обязательно. Когда врач ограничивает круг интересов только специальностью, быстро начинает развиваться профессиональное выгорание. Хотя непросто сегодня выписать журналы, которые интересны, сходить на концерт... Заработная плата часто не позволяет это сделать.

- В вашей семье теперь есть врачи?

- Моя жена - доцент кафедры фармакологии, дочь - медик, внучка - врач. Как видите, династия получилась, есть продолжатели моих профессиональных устремлений. Дочь тоже работает в экспертизе, правда, по другой специальности. Внучка в железнодорожной больнице занимается гастроэнтерологией.

- Отсюда можно сделать вывод: молодежь остается в медицине?

- На самом деле катастрофой становится вариант, когда молодой человек уходит из медицины сразу после получения диплома: это означает, что все знания будут потеряны. Наша память так устроена, что от ненужных сведений она освобождается очень легко и быстро. Кто поработал в медицине некоторое время и только потом ушел, трудно, но возвращается назад. По крайней мере, такая возможность у него остается.

- У вас есть мечта?

- Хотел бы поработать еще лет пять. Могу с удовольствием сказать, что неплохо посвятил свои годы работе. Я подготовил себе смену: после тридцатилетнего заведования кафедрой судебной медицины в вузе передал ее своему ученику.

- Подготовка смены руководителей кафедр в институте - традиция вуза?

- Да. Где-то процесс проходит успешнее, где-то - хуже. Преемственность имеет особое значение для непрерывной подготовки будущих врачей. ☺

Лариса Юрченко



Здоровье - в наших руках

Становится традицией проведение в Алтайском крае акции в рамках Всемирного дня борьбы против рака, который отмечается ежегодно 4 февраля.

23 января АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» направила письменное обращение в адрес главных врачей и главных медицинских сестер учреждений здравоохранения городов и районов Алтайского края с призывом к проведению в этот день мероприятий среди медицинских работников в дошкольных и школьных учреждениях, студентов медицинских колледжей, среди населения в форме конференций, бесед, лекций, семинаров, оформлению санбюллетеней, рекламных буклетов и т.д.

Отчеты о проделанной работе были представлены из 27 учреждений: КГБУЗ «Городская больница № 8, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул», КГБУЗ «Детская городская больница №7, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул», КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1, г.Барнаул», КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер», КГБУЗ «Алтайское краевое бюро СМЭ», КГБУЗ «Перинатальный центр Алтайского края», КГБУЗ «Городская больница №4, г.Бийск», КГБУЗ «Городская больница №5, г.Бийск», КГБУЗ «Первая городская поликлиника, г.Бийск», КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск», КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск», КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск», КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г.Рубцовск», КГБУЗ «Психиатрическая больница, г.Рубцовск», КГБУЗ «Детский санаторий «Медуница», г.Рубцовск», КГБОУ СПО «Благовещенский медицинский техникум», КГБУЗ «Калманская ЦРБ», КГБУЗ «Каменская ЦРБ», КГБОУ СПО «Каменский медицинский колледж», КГБС(К)ОУ «Михайловская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат VIII вида», КГБУЗ «Новичинская ЦРБ», КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ».

Медицинскими работниками этих медицинских организаций проделана большая профилактическая работа, которой охвачены 4600 человек. Состоялись 19 конференций, 30 лекций, два семинара, 478 бесед, два круглых стола, 27 санбюллетеней, конкурс рисунков, два стенда, день здоровья, 45 уголков здоровья. Подготовлены и распространены 700 листовок и памяток, организованы выступления по радио и ТВ (гг.Барнаул, Бийск), а также публикации статей в СМИ.

Уважаемые коллеги! Примите слова признательности и благодарности за проделанную работу, за ваш нелегкий каждодневный труд, за ваши милосердие и преданность профессии во имя здоровья людей.

С уважением, Президент АРОО ПАСМР
Л.А. ПЛИГИНА

Милосердие - не пустые слова

Жанна Юрьевна ЧИЧКАНОВА,
главная медицинская сестра,
высшая квалификационная категория,
КГБУЗ «Алтайский краевой
онкологический диспансер»

18 марта 2014 года в конференц-зале храма еп.Иоанна Богослова состоялась обучающий семинар с населением Барнаула на тему «Милосердие для всех: уход за тяжелыми пациентами». Подготовила и провела его я при организационной поддержке общества православных врачей Алтайского края.



В работе приняли участие 63 барнаульца. Открыл семинар ответственный за социальное служение иерей Михаил Бень, обратившись к присутствующим со словами: «Человек - это величайшая ценность, которую никто не имеет права разрушать. На совести того, кто служит больному, лежит большая ответственность за его душу и тело, поэтому старайтесь приобрести навыки не только хорошего ухода, но и правильного общения. Об особенностях общения с больным и



◀ *ухода за ним можно говорить очень много, но есть золотое правило, которое легко запомнить: как вы хотите, чтобы люди поступали с вами, так и вы поступайте с ними!».*

В ходе семинара даны определения паллиативной помощи как важной составляющей общественного здравоохранения, направленной на улучшение качества жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, и подразумевающей медицинскую, психологическую, социальную и духовную поддержку пациентам и их родственникам.

В своем выступлении я постаралась отразить **основные принципы ухода за тяжелыми больными, которые включают профилактику, причины образования и лечение пролежней, питание, распорядок дня и принципы общения с паллиативными больными, а также психологическую поддержку пациенту и его родственникам.**

Присутствующие проявили большую заинтересованность, на свои вопросы получали исчерпывающие ответы. Состоялся конструктивный диалог. Было очевидным, что материалы семинара и практические навыки дополнили знания участников по профилактике онкологических заболеваний и уходу за тяжелыми пациентами. На семинаре также была представлена выставка современных материалов и предметов ухода. ☺

Психологическая ребенка к оперативному



Елена Васильевна КОЖЕВНИКОВА,
медсестра-анестезистка,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ «Детская
городская клиническая
больница №7, г.Барнаул»

Адекватная психологическая подготовка ребенка к оперативному вмешательству остается актуальной проблемой в настоящее время. В зависимости от возраста, опыта предшествующих вмешательств и психологической зрелости ребенок испытывает ту или иную степень страха перед предстоящей операцией.

Если взрослых больных преследуют мысли о смерти, то **дети главным образом боятся боли и разлучения с родителями.** В операционной у заплаканного и испуганного ребенка возникают трудности с пункцией периферической вены, в результате чего процедура затягивается, ребенок начинает беспокоиться еще больше.

Во время проведения анестезии возможно затруднение носового дыхания вследствие отека слизистой носовой полости, аспирации слизи ротоглотки, вызванной плачем ребенка.

Психическая реакция на травму может наблюдаться у очень маленьких детей, причем она сохраняется длительное время. Так, среди детей, подвергшихся насильственному переносу в операционную, испытавших неоднократно неудачную пункцию периферической вены, значительно чаще наблюдаются страхи и боязнь в стенах любого медицинского учреждения. Недостаточная психическая зрелость ребенка приводит к негативизму, выражающемуся в нежелании выполнять требования медицинских работников.

Дети до 6 месяцев жизни не подвержены эмоциональному стрессу, связанному с разлукой с родителями.

Дети старше этого возраста и до 3-4-х лет являются наиболее психологически уязвимыми в ситуации, когда им необходимо провести операционное лечение. Им труд-



ПОДГОТОВКА ЛЕЧЕНИЮ

но понять и объяснить, по причине какой необходимости им нужно на время расстаться с родителями. Дети младшего школьного возраста более легко переносят разлуку с родителями при правильной психологической подготовке ребенка.

Желательно, чтобы психологическая подготовка к операции начиналась родителями еще на догоспитальном этапе. Они должны объяснить ребенку, что, попав в больницу, он не останется один, рассказать, где вы будете находиться (ждать ребенка в палате и т.д.). Детям младшего возраста нет никакой необходимости давать всю информацию, **постарайтесь дать информацию, доступную возрасту ребенка.** Если подробно рассказать ребенку все этапы ввода в наркоз, это только усилит страх ребенка. Информация должна соответствовать уровню развития ребенка и его возрасту. Не следует говорить о том, что ему не будет больно, если предстоит заведомо болезненная и неприятная процедура. **Правильнее предупредить, что может быть немного больно, но другие дети это легко перенесли.** Вообще полезно ссылаться на других детей, которым делали ту или иную процедуру, и рассказать, что им было совсем не больно. Если планируется плановая операция, родителям следует исключить все разговоры дома с родственниками и знакомыми, в присутствии ребенка, о том, что ему предстоит данный вид вмешательства. С момента поступления в стационар нужно оградить ребенка от негативных разговоров соседей по палате, ребенку представить предстоящую процедуру в виде игры: «Тебе завтра прогреют лампочкой животик и привезут снуга в палату».

Ребенку более старшего возраста можно объяснить подробнее, какие процедуры с ним будут происходить в операционной, убедить его в том, что он будет крепко спать и абсолютно ничего не будет чувствовать. Нужно постараться не показывать ребенку свои страх и беспокойство, уверенно вести диалог и говорить только правду.

Гладкое течение анестезии во многом зависит от правильной психологической подготовки ребенка, с наименее выраженными для него страхами, волнениями и стрессом, где родителям следует проявить выдержку, терпение в этом вопросе. ☺

Мы - за спорт!

Елена Константиновна ГОЛОВКОВА,
главная медицинская сестра,
КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул»

**Наша больница расположена
в экологически чистой зоне города
Барнаула, вдали от крупных
промышленных предприятий.
Рядом - лесной массив.**

Озеленение поселка Южного и территории больницы, свежий воздух и тишина создают дополнительный необходимый лечебно-охранительный режим.

Первого февраля 2014 года администрация КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул» совместно с представителями профсоюзной организации провела спортивное мероприятие «Мы - за здоровый образ жизни». Оно было посвящено Всемирному дню против рака, в котором приняли участие сотрудники всех подразделений больницы: женской консультации, стоматологического отделения, детской поликлиники, педиатрического отделения и т.д.

Мы практикуем проведение таких спортивно-оздоровительных мероприятий в своем ЛПУ. Ведь мы за физическую активность и здоровый образ жизни! ☺



Задержка нервно-психического развития у детей до трех лет



Людмила Алексеевна ЧЕРВОВА,

медицинская сестра, высшая квалификационная категория, краевой консультативный прием амбулаторного отделения, КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», член ПАСМР с 2002 года

Чем лучше развивается ребенок умственно, тем более преобладает в речи познавательная сторона, тем больше он задает вопросы и выслушивает ответы на них. Продолжают развиваться и психомоторные навыки.

(Продолжение. Начало - в №2(134))

Ребенок усаживается за столик, берет карандаш и бумагу. Зажав карандаш в кулачке, он выполняет на бумаге беспорядочные линии (клубки). Складывает башенку из кубиков. В этом возрасте он сосредоточенно занимается одним делом.

На третьем году жизни совершается качественный скачок в умственном развитии. К трем годам его словарный запас составляет уже 1000-1500 слов. Чем он обширнее, тем лучше ребенок понимает окружающее. Решающая роль в психоречевом, а значит, и в умственном, развитии принадлежит семье. Ребенок охотнее и прочнее усваивает те слова, которые чаще произносятся в семье. Чем богаче словарный запас родителей ребенка, тем глубже, полнее и естественнее он начнет познавать окружающее. По словам малыша можно судить о том, что его интересует и насколько он целеустремлен.

Задержка умственного развития часто сочетается с задержкой речевого развития. Развитие речи протекает скачкообразно. Ребенок может долго накапливать свой словарный запас, а потом за 2-3 дня перейти к фразовой речи. **Если ребенок хочет выразить мысль и не может, - это плохо.** Тогда он раздражается, нервничает, впадает в гнев или становится обидчивым, что может закрепиться как черта характера. Стараясь успокоить малыша, следует показать ему, что понимаете его, но продолжая стимулировать появление фразовой речи.

Заподозрив задержку речи, следует незамедлительно обратиться к отоларингологу, сурдологу, чтобы исключить дефект слуха. Если речь ребенка невнятная, многие звуки произносятся неверно, тогда **необходима консультация логопеда.** Ведь постановка правильной речи стимулирует и умственное развитие.

Третий год в жизни ребенка психологи называют кризисным («кризис трех лет»), так как он является переломным с

точки зрения осознания ребенком себя как личности. Он сознательно произносит «Я»: «Я не хочу, я не буду!». Малыш становится иногда упрямым. Нельзя в этом возрасте шлепать ребенка, так как он становится обидчивым. Он уже задает вопросы: «Почему?», «Что это?». Ранее он просто знакомился с миром, теперь хочет его понять. Чем раньше ребенок задает вопрос «Почему?», тем интенсивнее проходит его умственное развитие. Если же ребенок не задает этот вопрос, тогда родители сами задают его малышу и сами отвечают на него, побуждая его задавать этот вопрос.

В 3,5 года ребенок начинает интересоваться: «А как сделано?», «А что будет?», «А что внутри?».

Родители должны знать сроки и последовательность появления вопросов, чтобы своевременно выявить задержку умственного развития и побуждать интерес к ним. Чем глубже, ярче и образнее ответы, особенно на вопрос «Почему?», тем глубже понимание.

Трехгодовалый ребенок пересказывает услышанное и рассказывает об увиденном и пережитом, особенно если взрослые помогают ему наводящими вопросами. Он использует уже сложные словосочетания.

В три года малыш понимает, что такое «один», «мало» и «много». По одной характерной детали может узнавать целое: по ушам - зайца, по бивням - слона. Называет основные четыре цвета: зеленый, красный, синий, желтый.

Деятельность ребенка становится более сложной и разнообразной. Постоянно совершенствуется способность конструировать и строить по собственному замыслу, рисовать, лепить. Повышается работоспособность его нервной системы. Трехгодовалый ребенок может сосредоточенно заниматься одним делом до 30 минут.

Ребенок в три года воспринимает насмешку, самолюбив, обижается, радуется, печалится, тоскует, любит, испытывает чувство доброжелательности, враждебности и зависти, способен к сочувствию. Чем богаче и эмоциональнее внутренний мир матери ребенка, тем богаче и эмоциональнее будет внутренний мир ее ребенка.

Можно смело говорить о том, что если в воспитании ребенка упущен третий год жизни, то упущено многое. ☺

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

На правах рекламы



Причины детской агрессивности



Вера Александровна ПЕТРОВА,

педагог-психолог, высшая квалификационная категория, МБДОУ «Центр развития ребенка - Детский сад №173», г.Барнаул

Агрессия - это не эмоция, не мотив и не установка. Агрессия - это модель поведения. И закладывается она еще в раннем детстве.

Дети черпают знания о моделях поведения из трех источников.

Первый - это семья, которая может одновременно демонстрировать агрессивное поведение и обеспечить его закрепление. **Во-вторых**, агрессии дети обучаются при взаимодействии со сверстниками, зачастую узнавая о преимуществах агрессивного поведения («я самый сильный - мне все можно») во время игры. **Третьим источником** выступает тот факт, что дети учатся агрессивным реакциям не только на реальных предметах, но и на символических.

Сегодня практически не вызывает сомнения тот факт, что сцены насилия, демонстрируемые с экранов телевизоров, просмотр мультфильмов с агрессивным поведением героев, способствуют повышению уровня агрессивности у детей.

Немецкий социальный психолог и психоаналитик Эрих Фромм считал, что **существуют два вида агрессии - «доброкачественная» и «злокачественная»**. *Первая появляется в момент опасности и носит защитный характер.* Как только опасность исчезает, затухает и эта форма агрессии. *«Злокачественная» агрессия представляет собой деструктивность, жесткость, бывает спонтанной и связана со структурой личности.*

Можно выделить **основные диагностические критерии**, которые говорят о наличии агрессивности у ребенка старшего дошкольного возраста:

- ◆ часто, по сравнению с поведением других детей, он теряет контроль над собой;
- ◆ часто спорит, ругается с детьми и взрослыми;

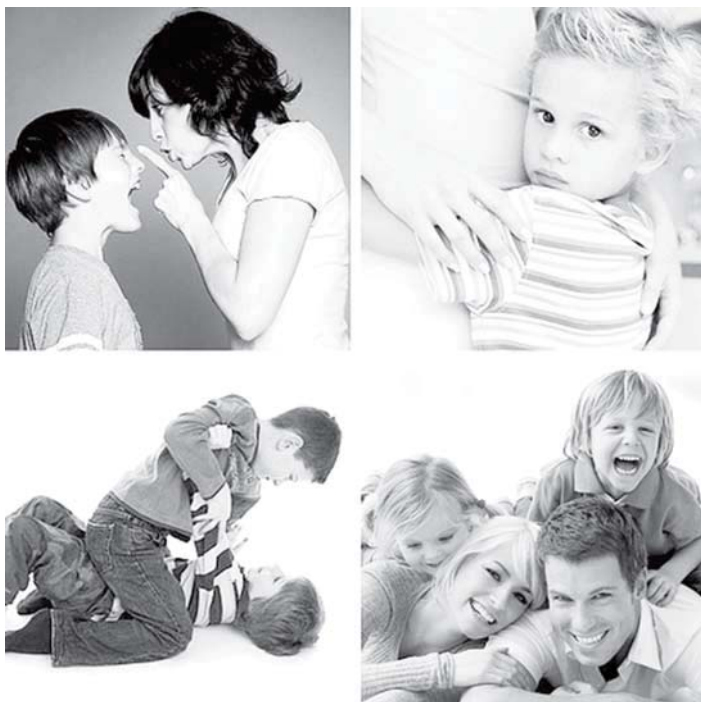
- ◆ намеренно раздражает взрослого, отказывается выполнять его просьбу;
- ◆ часто винит других в своем «неправильном» поведении и ошибках;
- ◆ он завистлив и мнителен;
- ◆ часто сердится и прибегает к дракам.

Если у ребенка устойчиво - в течение шести месяцев - проявляются четыре критерия, то о нем можно говорить как о ребенке, обладающем агрессивностью как качеством личности. И таких детей можно называть агрессивными.

Какие можно дать рекомендации родителям, у которых агрессивный ребенок?

- ◆ Упорядочьте систему требований, следите за своими поступками, показывая ребенку личный (положительный) пример.
- ◆ Поддерживайте дисциплину, стремитесь, чтобы ребенок выполнял установленные правила.
- ◆ Собственным примером приучайте ребенка к самоконтролю.
- ◆ Давайте ребенку понять, что вы его любите таким, какой он есть.
- ◆ Направляйте энергию ребенка в положительное русло (например, в спорт, где ребенок может научиться контролировать эмоции, управлять своим поведением).
- ◆ Предъявляя ребенку свои требования, учитывайте его возможности, а не свои желания.
- ◆ Игнорируйте легкие проявления агрессивности, не фиксируйте на них внимание окружающих.
- ◆ Включайте ребенка в совместную деятельность, подчеркивайте его значимость в выполняемом деле.
- ◆ На проявление агрессии устанавливайте жесткий запрет в том случае, когда агрессия, не являясь защитной реакцией, служит для ребенка своеобразным «развлечением».
- ◆ Научите ребенка жалеть, он должен понять, что своим поведением доставляет огорчение, причиняет страдания близким людям.
- ◆ Никогда не заставляйте ребенка забывать, что он добрый. Например, скажите ему: «Зачем ты так делаешь? Ведь ты хороший, добрый!».
- ◆ Практикуйте эмоциональное поощрение за проявление доброты. В этом случае ребенок быстро сумеет перерасти «естественную возрастную агрессивность» и научиться быть гуманным и добрым.





Дети в разводе страдают больше всего!

**Владислав
Генрихович
ЗАЛЕВСКИЙ,**

психолог, кандидат
психологических наук,
КГБУСО «Краевой
кризисный центр
для мужчин»



Развод - трагическое событие в жизни любого человека, а для ребенка, который еще не достиг определенной самостоятельности, эмоциональной и интеллектуальной зрелости и устойчивости, - вдвойне, втрое...

Очень важно в этой ситуации понимать, что взрослые, которые решили прервать свои супружеские отношения, также продолжают нести ответственность за своих детей, не переставая быть для них любимыми мамой и папой.

И родители должны помнить: дети в разводе страдают больше всего!

Насколько изменится ваша жизнь после развода, зависит от множества различных обстоятельств: пришлось ли вам переезжать, менять работу, насколько изменилось ваше дружеское окружение, в какой степени ваш бывший супруг или супруга были включены в повседневный быт семьи, и как изменилось материальное положение теперь. Все это может сложиться по-разному, и не всегда мы в силах влиять на подобные условия нашей жизни.

Однако взрослые, находясь в тяжелом эмоциональном стрессе, далеко не всегда могут не только объективно оценивать свои возможности, но и тем более задуматься о том, как в дальнейшем сложится психологическое (а не только материальное) будущее ребенка и как стоит строить с ним отношения.

Психологически очень важно, чтобы ребенок не терял уверенности в том, что самые близкие его люди не бросают его, не перестают его любить, не оставят его без внимания. И если они не чувствуют в себе уверенности, что смогут справиться с трансляцией своей любви детям в ситуации развода и после него, то необходимо обязательно обратиться к психологу. Специалист сможет помочь унять ту бурю чувств, которая бушует у взрослых, помочь вспомнить, что дети не должны нести моральную, психологическую ответственность

В том случае, если у ребенка есть потребность выплеснуть агрессивные эмоции, то он может реализовать ее в игре. **Предлагаются следующие игры и игровые ситуации:**

- ◆ подраться с подушкой, рвать бумагу,
- ◆ использовать стаканчики для криков,
- ◆ поколотить стул надувным молотком,
- ◆ громко спеть любимую песню,
- ◆ в ванне с водой побросать шарики,
- ◆ пробежать несколько кругов вокруг дома,
- ◆ покидать мяч об стену.

Игровые упражнения

«Рычи лев, рычи»

«Все мы львы большой семьи, и рычать мы все могли. Вот посмотрим мы сейчас, кто рычливее из нас». Дети рычат, как львы, как можно громче. Взрослый говорит: «Да разве это львы? Это маленькие котята. Я хочу услышать рычание настоящих львов». Дети кричат громче. Через одну-две минуты рычание ослабевает и воспитатель хвалит львов: «Замечательно! Настоящие были львы!».

«Подушечные бои»

Для этой игры необходимы маленькие подушки. Играющие кидают друг в друга, издавая победные крики.

«Уходи, злость, уходи»

Играющие ложатся на ковер по кругу. Закрыв глаза, они начинают со всей силой бить ногами по полу, с громким криком: «Уходи, злость, уходи!». Через три минуты дети ложатся в позу «звезд», широко раскинув руки и ноги. Спокойно лежат и слушают музыку.

«Два барана»

Игроки разбиваются на пары. Широко расставив ноги, наклонив вперед туловище, дети упираются ладонями и лбами друг в друга. Задача - противостоять друг другу, не сдвигаясь с места. Кто сдвинется, тот проиграл. «Рано-рано два барана повстречались на мосту». Можно издавать звуки: «Бе-бе-бе». Необходимо следить, чтобы «бараны» не расширили себе лбы. ☺



◀ за действия родителей, а также не потерять в будущем возможность строить свою семью, стараясь избегать ошибок своих родителей.

Не только в семье ребенок выражает свои переживания по поводу расставания родителей. Внимательные педагоги и воспитатели всегда замечают неблагополучие в семье по поведению ребенка в школе или в детском саду. Это могут быть - непонятные, на первый взгляд, **неожиданные слезы, агрессивность, конфликты, полная рассредоточенность внимания.** Это и понятно: **ребенок имеющимися у него средствами «прорабатывает» психологические стрессы.** И поэтому неудивительно, что самая частая жалоба разводящихся родителей, обращающихся к психологу, это - «Он плохо ведет себя в школе» или «У него сплошные двойки». За этими, на первый взгляд, заурядными жалобами всегда обнаруживаются глубокие внутрисемейные конфликты.

Но если родители все-таки решили развестись, то что им надо делать для того, чтобы свести негативные последствия для будущего ребенка к минимуму? Очень важно, какими словами ему все объяснить. Для ребенка необходимо знать, почему произошел развод. Для него очень важно знать, что в этом разводе он абсолютно не виноват. Для него не менее важно осознавать, что папа останется его папой, а мама - его мамой, несмотря на то, что они разводятся. Для него также важно, что он будет общаться с ними обоими. *С ребенком необходимо говорить о причинах развода столько, сколько он будет спрашивать.* При этом нельзя говорить: «папа плохой» или «это все мама виновата». А что тогда говорить? **Остается говорить только про себя. Но что?** А вот тут мы и получаем, что кроме как о своем неправильном поведении, о своей слабости, о своем вкладе в развал семьи, говорить, в общем-то, и нечего. И одно дело, если супруг может сказать, что он использовал все возможности, все силы для сохранения семьи, и совсем другое - когда он отмалчивается, уходит разговор на обсуждение другой темы или говорит, что «как же все надоело». *Возможно, именно в этом море внутренних переживаний, страстей может потребоваться помощь специалиста.* А о том, что ребенок все равно



будет об этом спрашивать, рано или поздно, пусть даже уже во взрослом возрасте (но тогда и спрос будет крепче), - полезно помнить еще до принятия решения о разводе.

С апреля 2013 года в Краевом кризисном центре для мужчин реализуется проект «**Дети одиноких родителей: между травмой и надеждой**» при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Главной его целью является комплексное сопровождение семьи в трудной жизненной ситуации, связанной с разводом или потерей одного из родителей. Специалисты помогают создать или восстановить благоприятную для воспитания ребенка семейную среду, активизируют участие родителей в семейно-воспитательных процессах и в целом обеспечивают соблюдение интересов ребенка.

Подводя промежуточный итог проделанной работы, можно говорить об увеличении числа обращений клиентов за консультацией к специалистам - психологам и юристам Центра - по проблемам, связанным с разводом. Содержание проведенных консультаций обязательно включало в себя разъяснение особенностей влияния развода на развитие ребенка и его благополучие, детских переживаниях развода, возможных симптомах и чувствах, а также того, какие действия необходимо предпринять родителям, чтобы помочь ребенку ощутить поддержку и любовь близких. ☺

Взрослые, находясь в тяжелом эмоциональном стрессе, далеко не всегда могут не только объективно оценивать свои возможности, но и тем более задуматься о том, как в дальнейшем сложится психологическое (а не только материальное) будущее ребенка и как стоит строить с ним отношения.





«Наш Центр никогда не считался периферийным»

Первого апреля юбилейный день рождения - 75-летие - отмечает первый главный врач Алтайского краевого Диагностического центра Анатолий Кузьмич КОВЕШНИКОВ. Непохожесть на прочие, а может, и большая удача его судьбы уже в том, что краю подарен медицинский центр, оставшийся современным и сегодня, вопреки прошедшим десятилетиям работы.

Анатолий Кузьмич окончил санитарный факультет Кемеровского медицинского института. Работал главным санитарным врачом в Троицком и Первомайском районах, в 1987 году переведен на должность главного врача краевой психиатрической больницы №1. В 1988 году назначен главным врачом санатория «Обь», в 1990-м - на должность главного врача Диагностического центра Алтайского края. Понятно, что с каждым назначением, поворотом биографии связаны ответственность, напряженный ежедневный труд.

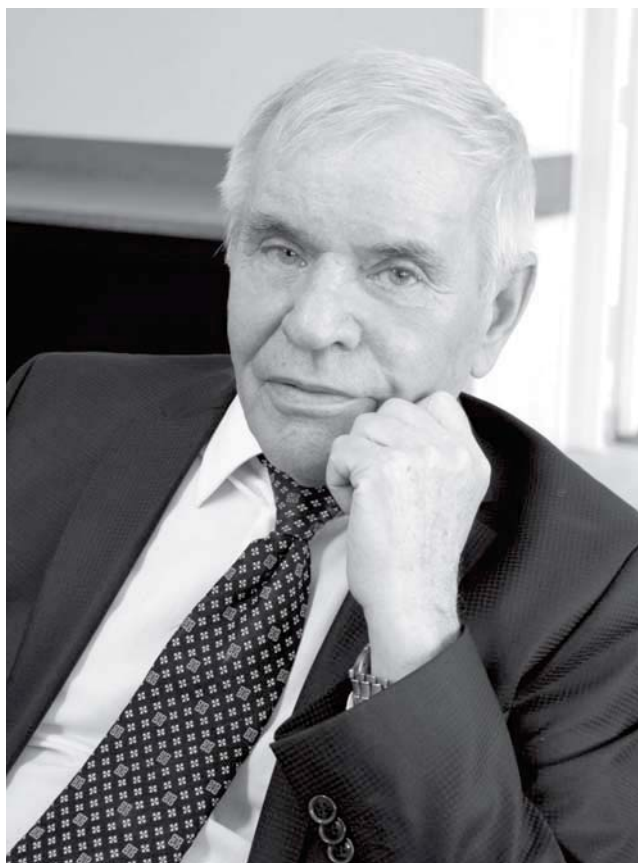
- Анатолий Кузьмич, давайте начнем разговор с ваших воспоминаний. Когда вам предложили возглавить еще не построенный Диагностический центр, какой была реакция? Испытали испуг, чувство большой ответственности?

- Испуга не было. На тот момент я был безработный: только что ушел с должности главного врача санатория «Обь». В это же время был избран депутатом Алтайского крайсовета. Тогда и раздался телефонный звонок с конкретным предложением должности главного врача строящегося Диагностического центра. Так я приступил к работе.

- Что приняли - строительную площадку, фундамент будущего здания?

- Все началось с того, что мне дали шофера и машину. Фундамент действительно был, работа едва шла. Каждый день приезжал на стройку и видел одно и то же: человек пять-шесть бесцельно ходили туда-сюда.

Благодаря имеющемуся опыту работы в Первомайском районе смог найти механизм оптимизации строительства Центра. Подготовил проект необходимого решения крайисполкома, его приняли единогласно. А в этом решении существенно менялись условия оплаты труда работников. Стройка активизи-



зировалась. По-прежнему приходил каждый день, но уже редко видел отдыхающих строителей. В результате эту махину - здание будущего Диагностического центра - сделали за полтора года. В это же время я занимался набором кадров, организацией обучения.

- Какой критерий в формировании будущего коллектива был самым важным?

- Приоритетным правом приема на работу пользовалась молодежь, потому что этих специалистов не надо было переучивать. Они стремились к новым знаниям. Радовался тогда, что в медицину пришло новое поколение, у которого во главе всего был труд. Помню, когда стали закупать оборудование, изучать документацию, приложенные инструкции, вечерами приходилось буквально выгонять с работы молодых врачей. Стремление освоить новые, прогрессивные методики было действительно велико. Так в нашем коллективе складывался культ труда. Мы сами переносили и устанавливали оборудование, изучали английский язык, чтобы лучше разоб-



рататься в инструкциях... Мне кажется, что такое отношение к работе у врачей сохранилось и сегодня.

Наконец, кабинеты были полностью оборудованы, и мы стали принимать больных. Многие текущие вопросы решали коллегиально, обсуждали, находили правильные решения. Работали в тесном контакте со специалистами медицинского университета. Они принимали самое деятельное участие в решении многих проблем. Профессора В.В. ФЕДОРОВ, А.И. НЕЙМАРК, В.Г. ЛЫЧЕВ неизменно возвращались из командировок с новыми материалами, предложениями, сведениями. У сотрудников Центра буквально глаза горели от услышанного.

Потребовались всего полтора месяца после начала работы Центра, чтобы выйти на проектную мощность. Благодаря самоотверженной работе медицинского и технического персонала складывалась положительная устойчивая репутация нашего учреждения. Достаточно быстро мы встали в один ряд не с периферийными, а с центральными диагностическими учреждениями.

- Думаю, что непростой и абсолютно новой была задача подбора аппаратуры. Что помогло делать правильные шаги?

- Мы же не знали тогда многого. Более менее ориентировались в названиях компаний: доверяли «Филипсу», «Олимпусу», например. Скажу честно, что с сегодняшним опытом удалось бы взять за имеющиеся средства значительно больше аппаратуры. Но тогда было почти невозможно избежать ошибок - получали первый опыт такой работы. Позднее, когда Центр получил большую самостоятельность, став унитарным предприятием, хозяйствовать стали грамотнее, закупали оборудование с обязательным последующим сервисным обслуживанием. Но и первое оборудование работало десять лет. Это те временные рамки, которые обуславливают его моральное старение.

Рад, что Владимиру Алексеевичу ЛЕЩЕНКО, моему преемнику, удалось оптимально провести техническое перевооружение, начав тем самым следующую страницу в работе Диагностического центра.

- Разговаривая с врачами Центра, не слышала об обязательном принципе работы - внимании к посетителям. Это правило было заложено вами?

- Я всегда придерживался принципа: видеть в каждом сотруднике, посетителе человека. Для меня были специалистами и врач, и техник, и медсестра, и дворник, и профессор. Условие одно: нормальное выполнение должностных обязанностей. Я люблю и всегда любил людей. Думаю, что благодаря этой позиции и сейчас меня нормально встречают везде, где я работал прежде, - добрые дела долго помнятся.

К примеру, в 1987 году принял краевую психиатрическую больницу на 500 коек, к тому времени закрытую. Персонал оставался без работы. Пригласил всех, предложил приступить к обязанностям. Через день все собрались в рабочей одежде. И мы своими



1994-1995 годы

силами привели в порядок больницу. Помню и такой эпизод. У нас были деньги на счете. Вызвал бухгалтера, поручил выдать премию. И ее регулярное получение стало правилом, пока я работал в больнице. В Диагностическом центре тоже ни разу не было задержки зарплаты и размер ее был выше, чем получали в системе здравоохранения в те непростые 90-е годы. Иногда принимал нестандартные решения, но за мной стоял коллектив, за который я отвечал, значит, многое было оправдано.

Всегда считал, что зарплата врачей и условия их жизни должны быть достойными. В первый год работы Диагностического центра выдал 32 квартиры - их получали не только врачи, но и медицинские сестры, водители. Организовали садоводство для медиков, сделали планировку коттеджного поселка. Даже успели построить один коттедж и заложить еще пять. Выполнили все коммуникации, защебенили дороги, но в 1998 году все рухнуло. Вообще 90-е годы вошли в историю как слом эпох. Поэтому любые начинания не были застрахованы от краха. Позднее предлагал взять поселок на баланс городской администрации, но не получил поддержки.

Сегодня с грустью оцениваю негативные изменения в системе здравоохранения. Закрылись в деревнях ФАПы, не хватает на селе специалистов - врачей. И по этой причине тоже многие деревни просто перестают существовать. В бытность работы в Первомайском районе я закрыл 13 ФАПов и открыл вместо них 13 амбулаторий. Люди смогли своевременно получать первую врачебную помощь, потом при необходимости направлялись в районные больницы, далее - в специализированные центры. Такая схема медицинской помощи всегда была оптимальной. Если человек слишком поздно попадает в специализированный центр, результат будет один - его инвалидность, дальнейшая неспособность человека к полноценной жизни.

- Как решался вопрос доступности методов диагностики для сельчан в первые годы работы Центра?

- Идея создания Диагностических центров принадлежала министру здравоохранения Е.И. Чазову. Она была продиктована невозможностью установки во всех больницах необходимого дорогостоящего обо-



рудования. Собственно, и другие страны шли этим путем. Такое решение оказалось верным, проверенным временем.

Сейчас все применяемые в Диагностическом центре методики стандартизированы. Создана информационная связь со всеми кабинетами. Это единственный Центр с собственной базой данных, содержащей сведения обо всех, кто обращался за помощью хотя бы однажды. Помню, как трудно давалась врачам работа на компьютере - это же было совершенно новое дело. А позднее он стал первым помощником.

Сегодня Центр стал уютнее, он по-прежнему хорошо оснащен новейшей техникой. Наши специалисты знают в стране и за рубежом. Они всегда активно участвовали и участвуют в международных конференциях, учились в лучших медицинских центрах.

К сожалению, есть и печальные изменения. В первые годы работы Диагностического центра на прием больного отводилось 45 минут, на ультразвуковое обследование - 40 минут. Врач имел возможность принять объективное решение, посоветоваться с коллегами в особенно сложных случаях. К сожалению, сейчас время приема сокращено. Свои правила диктуют рыночные отношения.

Есть три специальности, абсолютно нужные человеку на протяжении жизни, - врач, учитель и юрист. Об этом надо помнить, принимая решения, касающиеся медицины, образования, юриспруденции. Я рад, что В.А. Лещенко за свои десять лет работы в должности главного врача смог осуществить реальные, очень важные шаги в его дальнейшем развитии. Сегодня принято решение об открытии филиалов Центра в других городах Алтайского края. При этом наш Диагностический центр по-прежнему остается лучшим не только в крае.

- Есть у вас свои правила сохранения здоровья вопреки возрасту?

- Уверен, что человек не должен ставить себе жесткие ограничения ни в чем. В то же время все должно быть в меру: работа и отдых, еда и прочее. Считаю, что для здоровья и активного долголетия важно быть всегда занятым, не иметь времени для праздности. Если нет цели, тогда у человека возникают многие серьезные проблемы, в том числе и со здоровьем. ☺

ОТ РЕДАКЦИИ.

Коллектив журнала «Здоровье алтайской семьи» присоединяется к поздравлениям юбиляра. Желаем вам, уважаемый Анатолий Кузьмич, доброго здоровья, неиссякаемого оптимизма, энергии, осуществления самых смелых планов!

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический

центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

Социальная реклама

№03 (135) / март 2014

Кефир: польза и вред



● Кефир способствует восстановлению природного баланса человека.

● В кефире кальция содержится больше, чем в молоке.

● Полезно пить 1ст. кефира в сутки перед сном.

● Он нормализует обмен веществ.

Кефир оказывает восстанавливающее действие на организм, который перенес тяжелые заболевания или операции.

● Кефир очень полезен при сахарном диабете.

● При признаках дисбактериоза кефир позволяет восстановить микрофлору ЖКТ. Пить его нужно в малых количествах перед употреблением пищи.

● Кефир оказывает благотворное воздействие на мышечную систему человека.

● Обезжиренный кефир содержит наименьшее количество витаминов, микроорганизмов и полезных свойств.

● При повышенной кислотности желудочного сока, при гастрите и язве кефир нужно принимать осторожно, ограниченно и только 1-2-дневный.

● Его не рекомендуется пить слишком холодным.

● Детям от года врачи рекомендуют добавлять в рацион кефир не более стакана в день.

● При его выборе необходимо смотреть на дату изготовления - это напрямую влияет на его полезные свойства. Лучший выбор - кефир со сроком годности 7 дней, но если такого нет, то берите со сроком до 14 дней, не более. Срок хранения кефира увеличивают за счет консервантов, которые убивают его полезные свойства. Не стоит покупать кефир с истекающим сроком годности.

● Однодневный кефир обладает легким слабительным эффектом, а 2-3-суточный - закрепляет.

● В составе должно быть указано всего 2 ингредиента: молоко и закваска на кефирных грибах. Наличие сухой молочной закваски или закваски молочнокислых культур говорит о том, что перед вами простокваша и пользы от нее будет намного меньше.

● Кефир, полезные свойства которого максимальны, должен содержать не меньше 10^7 молочнокислых микроорганизмов КОЕ в 1г продукта (КОЕ - это колониеобразующие единицы) и не меньше 10^4 дрожжей КОЕ в 1г продукта.

● Кефир рекомендуется покупать в картонной или стеклянной упаковке.

● Хорошее качество кефира можно определить по молочно-белому цвету или по чуть заметному кремовому оттенку. Не должно быть пузырьков газа. Масса внутри бутылки должна быть густой и однородной, сверху не должно быть никакой лишней жидкости. ☺

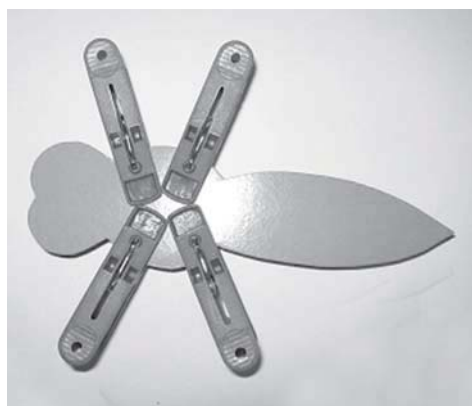


Дом, полный игрушек

Родителям иногда нужно проявить всего лишь немного смекалки и фантазии, чтобы сделать своему ребенку по-настоящему «дом, полный развивающих игрушек».

Попробуем вместе отыскать их.

Для начала предложите своему ребенку **бельевые прищепки** (вещь простую и наименее безопасную) и разрешите не просто поиграть с ними (возможно, многие мамы так и делают), а научите его этому. Из прищепок можно сделать бусы или соорудить себе какой-нибудь экзотический костюм, прикрепив их на свою одежду. Если мама или кто-нибудь из взрослых пойдет немного дальше и проявит терпение и изобретательность, то из прищепок может получиться целая развивающая игра.



Для того чтобы у ребенка «укрепились» руки в обращении с прищепками, можно предложить ему *прищипнуть их вокруг открыток*, тем самым сделать «новую необычную открытку» в подарок бабушке. Также можно *вырезать из картона шаблоны ежика и солнышка и предложить ребенку сделать эти игрушки из прищепок*. На первый взгляд, это простая игра, но польза от нее неоценимая. Во-первых, развивает фантазию и воображение, а во-вторых, способствует развитию мускулатуры кисти руки.

Можно предложить ребенку *смастерить себе «наряд» из сушек*: сделать бусы или кольца, нанизав на каждый палец по сушке.

Достаточно большому ребенку можно предложить **игры со всевозможной крупой**, какая только есть в доме. Засыпьте дно обыкновенного подноса гречневой крупой или рисом и предложите ребенку *пальцем нарисовать какие-нибудь узоры, волны, завитушки* и т.д. Это упражнение также будет очень полезно для развития мелкой моторики рук, к тому же еще и с массажным эффектом.

Можно купить ребенку **пакетик конфет, покрытых разноцветной глазурью**, и прежде чем съесть их, предварительно поиграть с ними. Например, *использовать их в качестве цветной мозаики* или же *раскладывать по цвету в разные кружки*. Здесь уже можно организовать целое занятие по ознакомлению с цветом.

Кстати, используя такие вот прагматические материалы, можно организовать «домашние занятия» по ознакомлению с цветом, формой, свойствами предметов и т.д.

Возьмите обыкновенные **пластмассовые бутылки с завинчивающимися крышками**, *насыпьте в каждую немного круп*, какие найдутся в доме (хорошо подойдут рис, горох, греча), предложите вашему ребенку пограть ими. Получится что-то вроде развивающих погремушек. Расскажите ребенку, что у каждой бутылки - свой звук. Предложите ему определить на слух, что гре-



Инна Евгеньевна БЕДАК,

учитель-дефектолог,
КГБУСО «Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков с
ограниченными
возможностями
«Журавлики»

Используя такие вот прагматические материалы, можно организовать «домашние занятия» по ознакомлению с цветом, формой, свойствами предметов и т.д.



◀ мит в бутылке: горох или рис? Можно вместо крупы заполнить бутылки водой и также поместить туда всевозможные мелкие предметы. Ребенок с удовольствием будет наблюдать, как они плавают. Вариантов игр можно придумать бесчисленное множество - стоит только маме проявить свою фантазию.

Для более старших детей можно организовать занятия «по рисованию». Для начала возьмите несколько **пластмассовых одноразовых стаканчиков** (лучше прозрачных) или **маленьких баночек из-под детского питания**. Дайте ребенку краски и кисточку и предложите *окрасить воду в стаканчиках в разные цвета* (предварительно показав, как это делается). Для малыша процесс превращения бесцветной жидкости в цветную будет просто завораживающим. Когда ребенок освоит эти действия, предложите ему сделать различные «напитки». Так, при смешивании коричневой и белой красок получится «кофе», из красной и желтой - «морковный сок» и т.д.

Если дома сохранились **пластмассовые трубочки для коктейлей**, предложите своему ребенку «забавное рисование». Налейте немного окрашенной жидкости на лист бумаги или тарелки, теперь *подуйте на каплю* - и впереди трубочки под воздействием воздуха побежит небольшая дорожка, повторите свои действия - и вот уже на бумаге появились забавные фигурки солнышка, жука и т.д. Предложите ребенку проделать то же самое. Это упражнение прекрасно развивает детское воображение, а также служит хорошим тренажером для развития артикуляционного аппарата.

В заключение хочется отметить, что по теме «игрушек своими руками» можно было бы написать еще огромное количество материала. Смысл здесь очень прост: **родителям иногда нужно проявить всего лишь немного смекалки и фантазии, чтобы сделать своему ребенку по-настоящему «дом, полный развивающих игрушек»**. ☺

Хлеба без зрелищ

Доля затрат на еду, алкоголь и табак у россиян выше, чем у жителей Западной Европы.

Россия в 2013 году заняла 29-е место из 40 стран Европы и СНГ по доле расходов населения на продукты питания. Россияне тратят на продовольствие больше, чем латвийцы и эстонцы, но меньше, чем хорваты, белорусы и украинцы. **По доле расходов граждан на алкоголь РФ занимает 17-е место в рейтинге. А по затратам на развлечения мы на дне третьего десятка.** Кроме того, в 2014 году траты граждан на алкоголь и табак выросли в связи с ростом акцизов.

Уровень обеспеченности населения и доля в расходах, которую люди тратят на продукты питания, находятся в прямой зависимости - чем первый показатель выше, тем вторая цифра, как правило, меньше, и наоборот. Так, в большинстве стран Западной Европы продовольственные расходы в бюджете населения составляют 10-15%, а все остальные деньги тратятся на досуг, путешествия, коммуникации, медицину, образование, технику и одежду. Поэтому неудивительно, что первые места в рейтинге заняли самые развитые и благополучные европейские страны: Люксембург, где на продукты семьи тратят только 8,8% своих средств, Великобритания с показателем 9,1%, и Швейцария (9,6%). Также в лидерах находятся страны Северной и Центральной Европы: Дания, Норвегия, Германия, Австрия. Франция занимает 17-ю строчку рейтинга, Италия - 19-ю.

В странах с низкими доходами картина прямо противоположная - семьи тратят на еду большую часть своих доходов, нередко до 50%. Примечательно, что все последние 15 строчек рейтинга занимают исключительно страны бывшего соцлагеря. И у России тоже нет особой возможности тягаться с европейскими богачами, оккупировавшими первые строчки рейтинга. С показателем доли расходов на продукты питания в 30,3% РФ занимает 29-е место в рейтинге - мы располагаемся ниже прибалтийских стран, но выше Белоруссии и Украины.



Впрочем, эксперты не спешат делать далеко идущие выводы. Чтобы составить объективную картину, необходимо посмотреть долю расходов в разрезе каждой отдельной социальной группы. К тому же, за последние 20 лет произошла значительная реструктуризация продовольственного рынка в России и теперь при имеющемся разнообразии выбора разные слои населения тратят разную долю своего бюджета на продовольственные товары. Также за девять месяцев 2013 года продовольствие в стране подорожало на 2,7%, что в 3,9 раза выше среднеевропейских показателей (0,3%).

Составители рейтинга посчитали и два других показателя, отражающих уровень благосостояния населения стран Европы и СНГ, - потребление алкоголя и сигарет и доля расходов на кафе, рестораны, отели. Выяснилось, что **россияне тратят на алкоголь и табак порядка 2,5% семейного бюджета** - это 17-е место в рейтинге. В большой степени он обусловлен относительно невысокими ценами на алкоголь и табак в России, потому что объем продаж того же алкоголя за последние 20 лет в стране вырос почти на 70%, а средний уровень потребления составляет от 10,3 до 15,7л чистого спирта на человека в год. Когда акцизы на алкоголь и табак еще вырастут (пачка сигарет подорожает в среднем на 9-10 рублей), Россия может значительно опуститься в рейтинге по этому показателю. А вот по уровню трат на кафе и рестораны, который демонстрирует объем средств, которое население готово потратить на развлечения, Россия с показателем в 3,3% занимает невысокое 29-е место. ☺

