

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



*Демидовский Фонд  
2005*



**Зиновий Соломонович БАРКАГАН,  
лауреат Демидовской премии  
в номинации "Прославляющий Алтай"**



# Партнер журнала "Здоровье алтайской семьи"

## "Топчихинская ЦРБ"



Учредитель -  
ООО "Издательство  
"ВН - Добрый день"  
г. Новоалтайск,  
ул.Обская, 3. Тел. (232) 2-11-19.

Адрес редакции:  
г.Барнаул,  
пр.Комсомольский, 118,  
1 этаж.  
Тел. редакции - (3852) 66-96-20  
Тел. приемной - (3852) 24-06-24

E-mail: [nebolen@mail.ru](mailto:nebolen@mail.ru)

Главный редактор -  
**Ирина Козлова**  
тел. (3852) 24-06-24

Ответственный редактор -  
**Мария Юртайкина**  
Выпускающий редактор,  
компьютерный дизайн и верстка -  
**Алексей Пшеничный**

Отдел рекламы - т. 66-96-20  
**Татьяна Веснина**  
**Инна Гогичаева**  
Менеджер по продвижению -  
**Елена Сенькина**

Подписано в печать 18.03.2005г.  
Печать офсетная. Тираж - 6000 экз.  
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ  
№ ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-  
ное Сибирским окружным межрегио-  
нальным территориальным управлени-  
ем Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых  
коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-  
зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,  
размещаются на правах рекламы, точка  
зрения авторов может не совпадать с  
мнением редакции.

Отпечатано в типографии  
ОАО «Алтайский полиграфиче-  
ский комбинат»,  
г.Барнаул, ул. Титова, 3.

Подписаться на журнал  
вы можете во всех отделе-  
ниях связи или через  
представителей журнала в  
городах и районах края.

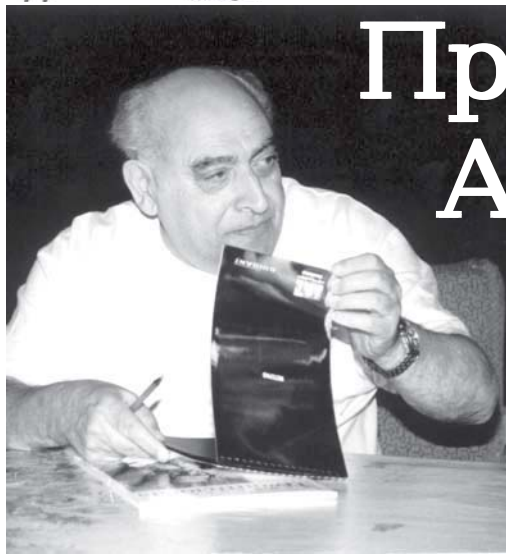
ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -  
**73618**

# Содержание

Прославляющий Алтай .....	2-3
Диагностический центр против эпидемии XXI века .....	4-5
Осторожно - корь! .....	6-7
Сухожильные нити крыс, нервы собаки и другие хирургические шовные материалы .....	8
Будьте здоровы! .....	9
Полезно знать .....	10
Весной распускаются почки, женщины и болезни .....	11
<b>ФИЗИОТЕРАПИЯ</b> .....	12
Кальций необходим и для молодых, и для пожелых .....	13
Не время опускать руки .....	14
<b>БРОНХИТ-ШКОЛА (Занятие 7, часть 1).</b> Как жить с ХОБЛ? .....	15-16
<b>МИР И МЕДИЦИНА</b> .....	17
<b>БАНК ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ.</b> С картой по жизни .....	18
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b> .....	19-22
<b>ШКОЛА ответственного материнства.</b> Ах, эти критические дни! .....	23-24
<b>ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ.</b> Еще раз о грудном вскармливании .....	25
<b>РОДИТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА.</b> Леворукость .....	26-27
При каких недугах не стоит посещать баню и сауну .....	28
Здоровый климат в вашем доме .....	29
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> Чтобыушки слышали! .....	30-31
Еще раз об электронной липосакции .....	32
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Лишние килограммы: стереотипы и заблуждения .....	33-34
«Мартовский» кризис .....	35-36
<b>ТИРЕОШКОЛА (Занятие 3)</b> .....	37-39
Топчихинская ЦРБ - наш партнер .....	40



# Прославляющий Алтай



Одна из самых авторитетных благотворительных организаций края – Демидовский фонд - на ставшем уже традиционным для февраля Демидовском балу объявил своих лауреатов в номинациях: архитектура, литература, история, изобразительное искусство, музыка и исполнительское искусство, за достижения в промышленном производстве и предпринимательстве. Вот уже в двенадцатый раз члены Попечительского Совета Фонда называют «достоинейшего из достойных» из числа соискателей гуманитарных Демидовских премий.

Однако жизнь более многогранна, и те сферы деятельности, которые Демидовский фонд определил, учреждая свои премии, не охватывает всех ее сторон.

В прошедшем году попечители Фонда учредили новую номинацию «Прославляющий Алтай». Этой премией, без объявления конкурса среди соискателей, отмечаются неординарные личности, которые составляют славу и гордость Алтая, представляют его не только за пределами региона, но и на международном уровне. В 2004 году премией отмечен наш земляк – известный актер, художественный руководитель Молодежного театра Алтая Валерий Золотухин.

**Единогласный выбор Попечительского Совета 2005 года – доктор наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии СССР – Зиновий Соломонович Баркаган.**

Незаурядные способности Зиновия Соломоновича проявились еще в детском возрасте, к 15-ти годам с отличием он завершил среднее образование, а затем – Одесский медицинский институт, одновременно, находясь в эвакуации в годы Великой Отечественной войны в Алма-Ате, прослушал трехлетний курс факультета журналистики.

Еще в студенческие годы он начал свою научно-исследовательскую деятельность под руководством известного ученого - профессора С.М. Лейтеса.

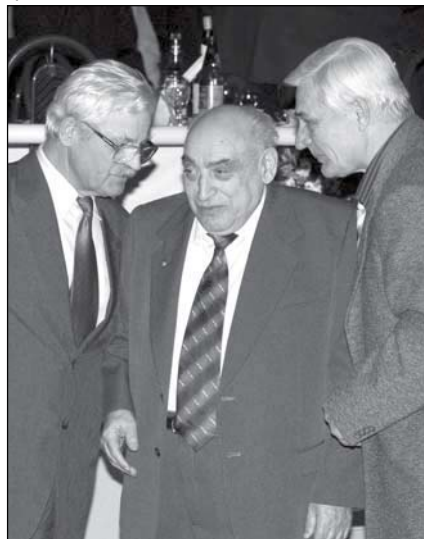
Научную деятельность З.С. Баркаган продолжил, вернувшись из эвакуации, в Одесском медицинском институте под руководством выдающихся ученых - академика М.А. Ясиновского и профессора Л.Ф. Дмитренко. Для выполнения исследования по изучению особенностей течения болезни Боткина на разных флотах З.С. Баркаган

был прикомандирован на 6 месяцев в клинику внутренних болезней Военно-Морской медицинской Академии в Ленинграде, где осуществлял свою работу под руководством профессора А.Л. Мясникова.

Итогом исследований З.С. Баркагана стала защита им кандидатской диссертации уже через 4 года после окончания института. Поскольку результаты этого исследования совпали с периодом борьбы лысенковцев с научной генетикой, автор диссертации, которому едва исполнилось 25 лет, был причислен к буржуазным вейсманистам-морганистам со всеми вытекающими из этого последствиями. Лишь энергичная поддержка ряда выдающихся ученых - академиков В.П. Филатова, М.А. Ясиновского, В.В. Воронина, проф. Л.Ф. Дмитренко и др. - спасла его от провала при защите диссертации. Тем не менее он был все же вынужден покинуть стены Одесского медицинского института и был избран по конкурсу в Таджикский медицинский институт, где в течение 6 лет прошел путь от ассистента до доцента и зав. кафедрой госпитальной терапии. Такому быстрому продвижению по служебной лестнице способствовал сразу же завоеванный им авторитет талантливого клинициста и серьезного исследователя, прекрасного преподавателя и лектора.

В Таджикистане Зиновий Соломонович столкнулся с проблемой диагностики и лечения укусов ядовитых животных, когда в клинику начали часто поступать больные, пораженные ядовитыми змеями, каракуртами, скорпионами и членистоногими насекомыми. З.С. Баркаганом и

его учениками была разработана новая методология оказания первой помощи пострадавшим, обоснована заместительная трансфузионная терапия больных, широко используемая в настоящее время как в нашей стране, так и за рубежом, впервые предложена новая методика криоплазменной терапии токсогенного ДВС-синдрома, которая затем стала базисной терапией всех других острых ДВС-синдромов. Этот этап творчества З.С. Баркагана сделал его признанным лидером отечественной клинической зоотоксикологии. Он - единственный медик-клиницист, входящий в состав герпетологического комитета при отделении общей биологии АН РФ, представляет нашу страну в Международном обществе токсикологов.





В 1956 году **З.С. Баркаган** организовал и возглавил первую клиническую кафедру во вновь открывшемся Алтайском медицинском институте. Им проведена большая работа по формированию на Алтае терапевтической службы, подготовке научно-педагогических кадров и клиницистов высокой квалификации.

Логически обоснованным был переход научных интересов юбиляра к проблемам диагностики и лечения нарушений гемостаза, геморрагических диатезов, ДВС-синдрома, тромбофилий. Им был создан один из ведущих в стране центр по диагностике и лечению нарушений гемостаза, в котором разрабатываются новые диагностические методики, совершенствуются способы диагностики и терапии важнейших видов патологии системы гемостаза. Результаты работы этого центра оказались настолько значимыми, что Алтайский медицинский университет – единственный из провинциальных вузов страны - Постановлением Президиума РАМН и Минздрава РФ был утвержден головным учреждением по проблеме «Патология гемостаза», а З.С. Баркаган назначен председателем соответствующей проблемной комиссии.

Большая серия исследований З.С. Баркагана и его сотрудников посвящена диагностике и лечению тромбофилических состояний, в том числе антифосфолипидного синдрома.

Ряд работ З.С. Баркагана посвящен изучению лечения онкотромбозов и нарушений гемостаза лекарственного

происхождения, в том числе гепариновой тромботической тромбоцитопении. Разработанная в клинике З.С. Баркагана методика комплексного лечения антифосфолипидного синдрома позволила почти в 100% случаев завершать беременность у женщин с этой патологией рождением здоровых доношенных детей.

Результаты исследований З.С. Баркагана отражены в 43 монографиях, разделах, руководствах и справочниках, более чем в 584 научных публикациях и в 15 изобретениях и патентах, в 15 методических рекомендациях, пособиях для врачей, отраслевых стандартах.

Особо следует отметить, что труды и лекции З.С. Баркагана отличаются не только высокой информативностью и четкостью изложения, но и большими литературными достоинствами. Нужно упомянуть еще об одной особенности юбиляра – его принципиальности в отстаивании своих взглядов и диагностических заключений, непримиримости с рутинной, его умении брать на себя ведение самых ответственных и тяжелых больных. Все это сделало З.С. Баркагана клиницистом с большой буквы, полемика с которым часто бывает малоперспективной.

З.С. Баркаган воспитал большую группу клиницистов и ученых, многие из которых возглавляют кафедры, клиники и научные лаборатории. Им подготовлены 30 докторов и 82 кандидата наук. Он является членом Международной ассоциации по гемостазу и тромбозам, Европей-

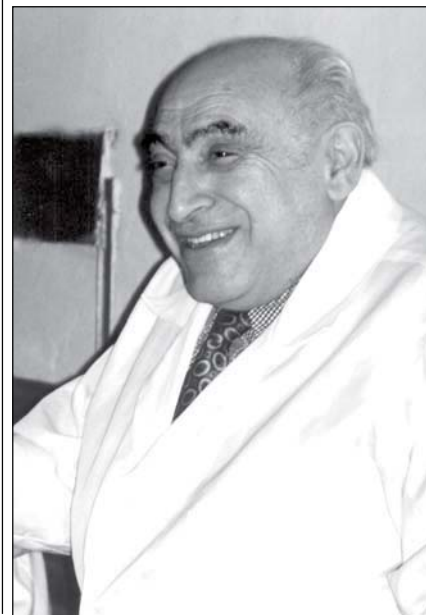
ской ассоциации трансфузиологов, зам.-редактора журнала «Проблемы гематологии и переливания крови», членом редакционных советов ряда российских и международных медицинских журналов, руководитель Федерального Академического центра по диагностике и лечению нарушений системы гемостаза, директор Алтайского филиала ГНЦ РАМН и лаборатории гемостаза РОНЦ им.Н.Н. Блохина, председатель Российской ассоциации «Клиническая гемостазиология» и др.

25 апреля 2005 года исполнится 80 лет со дня рождения и 60 лет врачебной, научной и педагогической деятельности Зиновия Соломоновича.

Свой юбилей **З.С. Баркаган** встречает новыми замыслами и неистощимым творчеством. Он с энтузиазмом руководит своими учениками, остается нетерпимым к любой фальши и научным спекуляциям, участвует в многочисленных Международных научных конгрессах и конференциях, проводит на базе кафедры и на выезде многочисленные циклы усовершенствования врачей, является постоянным лектором на декадниках, проводимых ежегодно в ГНЦ РАМН.

Решение Попечительского Совета Фонда о присвоении **Зиновию Соломоновичу Баркагану** гуманитарной Демидовской премии в номинации «**Прославляющий Алтай**» зал встретил стоя, продолжительными овациями...

И.В. Козлова,  
член Попечительского Совета, вице-президент АКОО «Демидовский фонд»

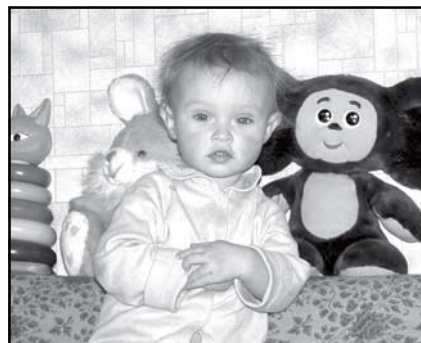


# ОСТОРОЖНО - КОРЬ!

**Наибольшее число обращений в редакцию журнала поступило по вопросам профилактики кори.**

**На протяжении многих веков из-за высокой смертности корь считалась одним из самых опасных заболеваний детского возраста. В России от кори умирал каждый четвертый ребенок, что дало повод называть это заболевание «детской чумой». Профилактические мероприятия против кори проводятся с 1916 года. После разработки коревой вакцины заболеваемость и смертельный исход удалось снизить в сотни раз.**

**Однако и в наше время смертность от кори велика. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно во всем мире от кори умирает около 900 тысяч (!) детей.**



**Наш разговор с Галиной Владимировной Кагировой, доктором медицинских наук, главным педиатром комитета по здравоохранению администрации Алтайского края.**



**- Каким образом можно заразиться корью?**

- Корь – это инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Поэтому, чтобы заболеть корью, не обязательно вступать в тесный контакт с больным – скажем, прийти к нему в гости или оказаться рядом в общественном транспорте – вирус кори с легкостью преодолевает расстояние в несколько десятков метров с током воздуха, к примеру, по лестничным пролетам дома.



**- Как протекает заболевание?**

- Вирус кори попадает в организм через слизистую оболочку дыхательных путей и конъюнктиву. От момента заражения до первых симптомов заболевания проходит обычно 8-12 дней, в некоторых случаях этот период удлиняется до 28 дней. В начале заболевания появляются симптомы, похожие на простудные: нарастающее общее недомогание, вялость, головная боль, ребенок становится плаксивым, отказывается от еды. Типичен внешний вид заболевшего: одутловатое лицо, покрасневшие, слезящиеся глаза. Больного беспокоят насморк и сухой кашель. Температура повышается до 39-40°С и не снижается, несмотря на жаропонижающие мероприятия. На 1-2 день заболевания на слизистой оболочке щек появляются мелкие белесова-

тые пятна (именно их обнаружение помогает педиатру диагностировать корь еще до появления распространенной сыпи на теле ребенка).

Затем – с 4-5 дня от начала болезни – отмечается поэтапное распространение сыпи: сначала за ушами, на лице, шее, в течение следующих суток сыпь возникает на туловище и руках и на третий день появляется на ногах ребенка. Сыпь представляет собой мелкие красные пятнышки, они могут сливаться в большие пятна, между которыми видна здоровая кожа. Во время распространения сыпи температура продолжает оставаться повышенной, кашель усиливается. В первые дни заболевания у части детей развивается тяжелая коревая пневмония.

В последующие 3-5 дней при благоприятном течении симптомы болезни уменьшаются, температура снижается.

Вирус кори значительно ослабляет иммунитет и это, наряду с поражением слизистых оболочек дыхательных путей и пищеварительного тракта, создает условия для присоединения бактериальной инфекции. У ребенка могут развиться осложнения –

воспаление среднего уха (отит), гортани (ларингит), вплоть до развития ее отека (коревой круп), бактериальная пневмония, в тяжелых случаях вирус кори может привести к энцефалиту – острому поражению головного мозга.



**- Как возможно защитить ребенка от кори? Каковы правила вакцинации?**

- Единственным действенным способом защиты является вакцинация, т.е. введение в организм живых сильно ослабленных вирусов. Вакцинацию против кори проводят дважды: первую – в возрасте 12-15 месяцев, вторую – в 6 лет, перед школой. Использование второй дозы вакцины позволяет защитить тех детей, которые не были вакцинированы ранее, а также тех, кто не выработал достаточно устойчивый иммунитет после первого введения. Так, например, вакцинация против кори в странах с высокой заболеваемостью проводится в возрасте 9 и даже 6 месяцев с целью защиты грудных детей, у которых заболевание протекает особенно тяжело.

**По срокам вакцинация против кори совпадает с вакцинацией против краснухи и эпидемического паротита. Совпадение во времени сразу трех прививок не должно вас смущать: иммунная система детей с самого раннего возраста с успехом отражает коллективные атаки куда большего количества микроорганизмов. Вероятность возникновения побочных реакций при суммировании этих вакцин не увеличивается.**





**- Что делать, если ребенок не привит от кори, а есть подозрение, что он был в контакте с больным?**

- Если ваш непривитый ребенок, которому больше 6 месяцев, вступил в контакт с больным корью, то защитить его можно, введя ему живую коревую вакцину в течение ближайших 2-3 дней.

Для самых маленьких детей (от 3 до 6 месяцев и старше, если есть противопоказания для введения живой коревой вакцины) в качестве экстренной профилактики используется иммуноглобулин человека нормальный (препарат, содержащий защитные антитела, полученные из сыворотки переболевших корью или доноров). Такая иммунизация является пассивной, введенные извне антитела циркулируют в крови ребенка не дольше 2-3 месяцев, после чего можно проводить и активную иммунизацию.



**- Какие вакцины применяются для вакцинации?**

- Только те вакцины, которые содержат коревой компонент и зарегистрированы в России. К ним относятся -

**\* Моновакцины (только коревой компонент):**

1. Вакцина коревая сухая (Россия).

2. Рувакс (Aventis Pasteur, Франция).

**\* Комбинированные вакцины:**

1. Вакцина паротитно-коревая (Россия).

2. ММР II (корь, краснуха, паротит) (Merck Sharp & Dohme, США).

3. Приорикс (корь, краснуха, паротит) (Smithkline Beecham Biologicals, Великобритания).



**- Какие вакцины лучше использовать?**

- Несмотря на то, что состав вакцин разный, все они продемонстрировали хороший уровень иммуногенности (т.е. способности формировать иммунитет) и переносимости. Отличия касаются, в основном, двух аспектов.

Первое: импортные препараты готовятся на эмбрионах куриных яиц и по этой причине противопоказаны тем, у кого отмечалась сильная реакция на белок куриных яиц. Российские вакцины лишены этого недостатка, так как готовятся на эмбрионах японских перепелов. Правда, справедливости ради надо отметить, что сильные аллергические реакции на белок куриных яиц отмечаются крайне редко.

И второе: импортные препараты выпускаются в наиболее удобной комбинированной форме и защищают сразу от трех заболеваний: кори, паротита (свинки) и краснухи. А комбинированная форма - это меньшее количество балластных веществ, меньшее количество уколов (а значит, стресса для ребенка), наконец, меньшее количество визитов к врачу.



**- Кем оплачивается вакцинация?**

- Вы имеете законное право выбирать, какие именно вакцины будут вводиться вашему ребенку, однако приобретать не закупленные Министерством здравоохранения вакцины вы будете платно. Можно также обратиться в один из центров вакцинации, где вам предложат на выбор несколько вакцин. Если прививка будет проводиться не в вашей поликлинике, не забудьте взять справку о ее проведении, чтобы участковый педиатр внес сведения о ней в амбулаторную карту ребенка по месту жительства. Это избавит вас от ненужных вопросов в дальнейшем, например при поступлении ребенка в детский сад или школу.



## Полезно ЗНАТЬ

**Вероятно, корь была широко распространена везде, где жил человек. Первое дошедшее до нас классическое описание кори было сделано иранским ученым Рази в 915 году н.э.**

Описаны эпидемии кори в Европе в 15 и 16 веках. В 17 веке идет активное изучение этого заболевания. Приходят к выводу, что корь и скарлатина — это разные заболевания. В 1898 г. Коплик описал на слизистой оболочке рта пятна, которые встречаются только у больных корью. В настоящее время эти пятна носят его имя. В 1911 году ученые открыли вирусную природу кори, а в 1940 году искусственно выделили возбудителя в пробирке.

Корь — вирусное заболевание, которое поражает только человека. Коревой вирус очень летуч. Болезнь передается исключительно воздушно — капельным путем. Источник инфекции больной человек, заразный с момента начала высыпаний и до 5 дня от появления высыпаний. Восприимчивость к кори очень высокая, одинакова во всех возрастах. Заражаются практически все контактные дети и взрослые, не имеющие иммунитета против кори. Для заражения достаточно кратковременного и даже отдаленного контакта с больным. Исключение составляют дети первых 6-9 месяцев жизни, матери которых перенесли корь. У них в крови циркулируют материнские антитела, защищающие от заболевания. Вне человеческого организма вирус нестойк и быстро погибает.

В 60-е годы корь была одной из 10 наиболее распространенных причин детской смертности. После начала массовой вакцинации (в 1963 г. в США; в 1967 г. в СССР) против кори, заболеваемость резко сократилась. Вакцинопрофилактика повлияла и на тяжесть клинического течения кори у привитых детей, среди которых в 50% случаев стали наблюдаться легкая и атипичная формы кори.

Прививки от кори в России делаются уже 35 лет, что привело к снижению заболеваемости этой инфекцией, а смертность была практически ликвидирована. В настоящее время летальные исходы встречаются только при осложненной кори (особенно при возникновении энцефалитов), у детей первого года жизни и лиц старшего возраста. В 2001 г. 30 территорий (из 89) РФ оказались свободны от кори.

Однако в последнее время, и не только в России, корь стала выявляться у подростков. Анализ этих случаев показывает, что чаще всего болеют непривитые дети. Почему это стало возможным? После снижения заболеваемости кори родители стали отказываться от прививок. Это привело к тому, что даже в социально благополучной среде стали регистрироваться случаи эпидемических вспышек кори. Не последнюю роль сыграло и распространенное ошибочное представление о кори как о легком заболевании. Но разве стоит рисковать здоровьем малыша? **Поэтому медики еще раз напоминают — прививка от кори защитит от заболевания и его осложнений.**



# Кальций необходим и для молодых, и для пожилых!

Наш разговор с Ниной Васильевной Леоновой, заслуженным врачом РФ, врачом высшей категории, главным эндокринологом края.



**?** - **Нина Васильевна, чем грозит нашему организму дефицит кальция?**

- Кальций - очень важный элемент в организме. По современным данным, симптомом кальциевой недостаточности является даже высокое кровяное давление. Я уже не говорю о переломах костей, которые являются наиболее очевидным, но, к сожалению, достаточно поздним признаком недостатка кальция.

**?** - **Каким образом проявляется этот недостаток? Существуют ли ранние клинические признаки этого состояния?**

- Симптомы кальциевой недостаточности очень много, например, парестезии (онемения), судорожные подергивания и сведения мышц. Следует обратить внимание на боли в костях или суставах, особенно в тех, на которые приходится большая нагрузка (например, позвоночник), боли по ходу длинных трубчатых костей (например, голеней). Бессонница и нервозность тоже могут быть симптомами этого состояния. Много кальция содержится в зубной ткани, поэтому разрушение зубов или обострение кариозной болезни тоже могут быть спровоцировано дефицитом кальция.

**?** - **Но ведь боли в костях и суставах, как и бессонницу и нервозность, равно как и кариес - можно обнаружить у 80% населения. Да и повышение давления встречается нередко. Неужели это все из-за недостатка кальция?**

- Безусловно, необходимо учитывать и другие вещи. Существуют два самых главных фактора, которые влияют на проявления дефицита кальция.

Первый - это пиковая костная масса, то есть насколько плотные кости сформировались у человека к 25-27 годам. До этого возраста происходит в основном рост, построение и накопление костной массы.

То, насколько кости будут прочны и плотны к

25-27 годам, зависит от физической активности, питания, наследственности и образа жизни. Достаточная физическая нагрузка в детском возрасте и юности способствует формированию плотной костной ткани. К сожалению, дети сейчас двигаются очень мало. Они слишком много времени проводят у телевизора и за компьютером.

Затем питание. Кофе, газированные напитки - это то, что «выводит» кальций из организма. И все это, к сожалению, употребляется вместо более полезных молока и молочных продуктов. А китайская лапша, в которой одни калории и отсутствие необходимых микроэлементов, которая съедается вместо каш?! Таким образом, не придавая должного значения своему питанию, мы «выводим» из организма даже то ничтожное количество кальция, которое могло бы усвоиться.

Курение, алкоголь также способствуют выводу кальция из организма.

Второй важный фактор, который влияет на проявления дефицита кальция, - это скорость последующей потери костной ткани. Потеря костной ткани начинается в возрасте 40 лет и старше - у кого-то раньше, у кого-то позже. И то, насколько рано потеря кальция начинается и как быстро происходит, зависит в первую очередь от пиковой костной массы или от плотности сформированной костной ткани. То есть все от тех же факторов: физической активности, качества питания, наличия вредных привычек, наследственности, наличия хронических заболеваний, приема тех или иных лекарственных средств (есть такие лекарства, которые способствуют выведению кальция из организма).

**?** - **Значит, все проблемы, связанные с недостатком кальция, берут свое начало в детстве?**

- Очень многие. Во всяком случае, в детском возрасте мы можем сделать все, чтобы у ребенка к 25 годам сформировались хорошие прочные кости. В зрелом же возрасте мы в состоянии только замедлить потерю кальция организмом.

**?** - **Если брать возрастной период до 25-27 лет, что Вы порекомендуете, чтобы в дальнейшем, в зрелом возрасте, раньше времени не возникли проблемы - не страдать болями в костях, интенсивным кариесом и т.д.?**

- Обратите внимание на образ жизни ребенка. Позаботиться о физической нагрузке, правильном питании - достаточно трудно, но необходимо. Я бы еще хотела обратить внимание родителей и педиатров на детей в возрасте от 12-14 лет, когда происходит «гормональный всплеск» и начинается их активный рост. Дети в этом возрасте особенно нуждаются в кальции, витамине Д. Они необходимы для роста костей в длину. При недостаточном потреблении кальция в этот период у детей, его недостаточность, могут появляться болезненные ощущения в костях или суставах. Иногда боли могут быть достаточно сильными. Не придавая должного значения этому симптому, причину болей объясняют по разному - от банального «охладил ноги» до «перетренировался».

Но чаще недостаток поступления кальция может протекать как «скрытый голод» и ничем себя не проявляет. А такие проявления недостатка кальция как задержка роста и формирование «недостатков фигуры», также должным образом не оцениваются.

**?** - **Что Вы предлагаете в качестве профилактики?**

- В наших условиях абсолютно необходимо дополнять питание ребенка, особенно в возрасте от 12 лет как минимум одной таблеткой Кальция Д3 НИКОМЕД, а лучше двумя.

(Продолжение в следующем номере)







# БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»

**Татьяна Александровна КОРНИЛОВА**, главный пульмонолог г.Барнаула,  
заведующая отделением, врач высшей категории;

**Инна Ивановна СОПОВА**, врач-пульмонолог; **Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;

**Евгения Витальевна НИКИТИНА**, врач-пульмонолог

## Занятие 7, часть 1 Как жить с ХОБЛ?

### О немедикаментозных методах лечения ХОБЛ и здоровом образе жизни

*В сегодняшней беседе мы поговорим о правильном питании больного ХОБЛ, об общей тренировке организма, дыхательной гимнастике, упражнениях, улучшающих отделение мокроты.*

#### Как правильно питаться, если вы больны ХОБЛ?

Питание больного хронической обструктивной болезнью легких должно быть полноценным с достаточным количеством белка, повышенным содержанием витаминов групп А, В, С. Когда болезнь прогрессирует, возникает дефицит белка, происходит снижение массы тела из-за повышенного расхода энергии на преодоление сопротивления дыхательных путей, поэтому ежедневный рацион питания обязательно должен включать продукты, являющиеся поставщиками белка: мясо, рыба, яйца, икра осетровых, творог, горох, соя, фасоль и другие.

Положительное влияние оказывает одновременное насыщение вашего питания продуктами, богатыми витамином С (черноплодная рябина, шиповник, черная смородина, лимоны, перец, капуста).

Включение продуктов с высоким содержанием витаминов группы В (В1 и В6 содержатся в дрожжах, хлебе из муки грубого помола, сое, фасоли, мясе; В2 – в яйцах, мясе, печени, свежих овощах; В12 – в мясе, печени, рыбе) препятствует подавлению полезных бактерий кишечника антибиотиками, используемыми для лечения при обострениях заболевания.

Витамин А (который содержится в печени скота, яичном желтке, моркови, томатах) способствует восстановлению выстилки слизистой оболочки дыхательных путей.

Пища должна быть легкоусвояемой и не слишком калорийной. Питаться нужно дробно 4-5 раз в день, малыми порциями.

#### О пользе тренировок.

Если у вас ХОБЛ легкого течения, то умеренные, соответствующие вашему состоянию, физические нагрузки очень важны для тренировки организма, в том числе и дыхательной системы. Естественно, при тя-



желом течении ХОБЛ, выраженной одышке, сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии, аритмия, поражениях нервной системы) - от нагрузок следует воздержаться или выполнять их под наблюдением врача.

Величину нагрузок следует подбирать индивидуально, посоветовавшись с врачом по лечебной физкультуре, руководствуясь реакцией организма (самочувствием) и постепенно увеличивать.

Вид физической нагрузки принципиального значения не имеет, поэтому человек волен выбрать такую нагрузку, которая ему наиболее комфортна. Естественная, доступная и удобная форма тренировки при легком и среднетяжелом течении заболевания - ходьба. Конечно, приятно ходить в парке, в лесу - на природе, но и обычный маршрут на работу и домой можно использовать для тренировки.

Хотите проверить, как такая тренировка помогает? Пожалуйста. Сначала измерьте, какое расстояние по ровной поверхности в темпе, не ухудшающем самочувствия, вы можете пройти за 6 минут. Если плохо себя почувствовали раньше 6 минут - «не хватает воздуха» или появились где-нибудь боль - стоп, остановитесь и отдохните. Возобновите ходьбу, когда сочтете возможным. Зафиксируйте пройденное расстояние. Теперь в течение месяца тренируйтесь в ходьбе по ровной поверхности, постепенно увеличивая нагрузки, ориентируясь в первую очередь на самочувствие. А через месяц - снова измерьте шестиминутную дистанцию. Изменение приятно удивит. Если возросла переносимость физической нагрузки, то это и есть самое главное. ▶

Кроме общей тренировки организма, вам необходима тренировка дыхания, т.е. дыхательная гимнастика. Она нужна для укрепления дыхательных мышц, в первую очередь, диафрагмы главной дыхательной мышцы.

**Предлагаем один из тренировочных комплексов (во всех упражнениях выдох делаем через сомкнутые губы, как будто вы дуете на молоко).**

1. Исходное положение: руки согнуты в локтях, ладони обращены друг к другу, пальцы - вверх. Делаем глубокий вдох и выдох. При выдохе соединяем ладони на уровне груди и изо всех сил надавливаем одной ладонью на другую. Выдох стараемся сделать как можно дольше.

2. Исходное положение такое же. Делаем глубокий вдох, а затем выдыхаем и поднимаем руки над головой, потом за голову и в стороны (как будто толкаем стенки по бокам), в это время медленно выдыхаем.

3. Берем в руки палку и поднимаем ее вверх над головой, при этом делаем медленный вдох, затем заводим палку за голову и делаем медленный выдох. Потом поднимаем палку вверх и делаем вдох, затем опускаем палку вниз и делаем выдох.

4. Берем в руки гантели. Поднимаем гантели вверх, к плечам, и делаем вдох, опускаем гантели вниз и делаем выдох. Все упражнения делаем медленно.

5. Исходное положение: руки с гантелями опущены по бокам. Делаем круговые движения руками в плечевых суставах вперед 8 раз и назад 8 раз. Дыхание произвольное.

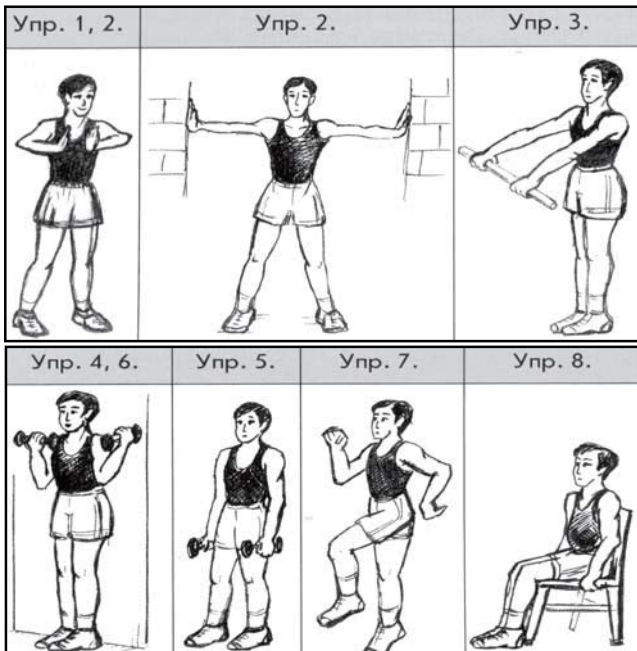
6. Исходное положение: подойти к стенке с гантелями в руках и постараться соединить лопатки друг с другом. Гантели поднимаем вверх к плечам и делаем вдох, затем опускаем гантели вниз и делаем выдох.

7. Ходьба. При ходьбе надо следить за дыханием: на два шага - вдох, на три-четыре шага - выдох.

8. Попробуем научиться дышать диафрагмой. Для этого надо сесть на стул, выпрямить спину. При вдохе живот идет вперед (как будто наполняется воздухом), при выдохе живот тягивается внутрь (освобождается от воздуха).

Эти упражнения должны проводиться ежедневно в течение 15-20 минут 2-4 раза в сутки.

**Надеемся, что упражнения вам понравятся и принесут пользу.**



Для облегчения отхождения мокроты из бронхов используются:

\* лечебная перкуссия грудной клетки - ладоням придать чащеобразную форму, выполняющий перкуссия стремиться как бы «пришлепнуть» воздух к грудной клетке. Пришлепывающие поколачивания по грудной клетке выполняются в положении тела с опущенным головным концом с частотой 40-60 в течение 1 минуты с последующей одноминутной паузой, во время которой нужно делать глубокие вдохи и откашливаться. Выполняется 3-5 циклов. Эффективность повышается, если дышать сквозь сжатые губы. Общая продолжительность процедуры 15 минут.

**Лечебная перкуссия противопоказана, если у вас есть склонность к кровохарканью, при травме грудной клетки, при туберкулезе и опухолевых заболеваниях.**

\* Постуральный дренаж - лечебная процедура, при помощи которой мокрота под действием силы тяжести продвигается по направлению к главным бронхам, трахее и удаляется с помощью кашля. Осуществляется постуральный дренаж при сравнительно долгом (до получаса) пребывании в определенном положении тела. Эффективность его повышается, если дренаж сочетается с предварительным использованием бронхорасширяющих, отхаркивающих препаратов (за 30 минут до процедуры), с лечебной перкуссией грудной клетки.

### Методика проведения постурального дренажа.

1. Занять дренажное положение - лежа на спине или животе с опущенной головой и приподнятыми ногами, если воспалительный процесс в нижней, средней долях легкого или есть при локализации изменений в нижних долях.

2. Помощник выполняет дренирующий массаж с использованием приемов похлопывания, рубления, вибрации.

3. После этого нужно сделать 4-5 глубоких медленных дыхательных движений: вдыхая через нос, а выдыхая через сжатые губы, затем после медленного глубокого вдоха сделать легкое покашливание 4-5 раз. И так несколько раз.

В определенных ситуациях полезна тренировка дыхания с созданием положительного давления в конце выдоха, например, выдох сквозь сжатые губы. При этом создается внешнее сопротивление выдоху, и дыхательные мышцы работают более экономично, легче откашливается мокрота. Этот принцип заложен и в основу аппарата Фролова.

### Что такое дыхательный аппарат Фролова?

В результате многолетней научной работы В.Ф. Фроловым разработана теория эндогенного дыхания и создан удобный дыхательный тренажер, а его массовое применение началось с 1995 года. Аппарат Фролова состоит из двух цилиндрических, входящих одна в другую и заливаемых жидкостью камер, непосредственно соединенных дыхательной трубкой. Регулярное применение тренажера по 15 минут 3-4 раза в день приводит к положительному эффекту, улучшает отхождение мокроты, смягчает кашель, уменьшает одышку. Метод является вспомогательным в лечении ХОБЛ.

**Тренируйтесь! Лекарства облегчают дыхание, но и сам человек должен помогать себе переносить болезнь! Успехов вам!**

(Продолжение следует)







# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## БЫТЬ МЕДСЕСТРОЙ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ – ПРЕСТИЖНО!

**Сергей Владимирович Тютюнников, профессор, доктор  
медицинских наук, декан факультета «Сестринское  
дело», АГМУ, г.Барнаул**

*Необходимость снижения заболеваемости и ликвидации последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне на население края, резкий дефицит кадров с высшим профессиональным образованием в лечебно-профилактических учреждениях по специальности «Сестринское дело» - вот некоторые проблемы, стоящие перед органами здравоохранения Алтайского края.*



В нашем крае живет 2620988 человек, из них в городе - 52,39% (по данным на 2002 год). В крае функционируют 633 лечебно-профилактических учреждения, в том числе - две краевые больницы, 30 городских (из них - пять детских), Госпиталь для ветеранов войн, девять специализированных краевых больниц, перинатальный центр, шесть психиатрических больниц, три диагностических центра, три центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 60 центральных районных больниц, четыре районные больницы, 106 участковых больниц, около ста ведомственных лечебно-профилактических учреж-

дений, 20 диспансеров, 22 краевые поликлиники (из них 10 - детские), 11 стоматологических поликлиник.

Двести шесть врачебных учреждений, в том числе 165 сельских врачебных амбулаторий, и 84 станции (отделения) скорой медицинской помощи в городах и районах края оказывают населению амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь.

Подготовку медицинских сестер в Алтайском крае осуществляют шесть медицинских училищ и медицинский колледж. Среди преподавательского состава отсутствуют специалисты с высшим сестринским образованием,

38 преподавателей медицинских училищ нуждаются в повышении квалификации и получении высшего сестринского образования.

Согласно отраслевой «Программы развития сестринского дела в Российской Федерации» и приказа Министерства здравоохранения РФ №267 от 16.08.2002г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», в настоящее время потребность в специалистах с высшим сестринским образованием в Алтайском крае с учетом резерва составляет 2500 человек.

Учитывая резкий дефицит кадров, отсутствие в Алтайском крае образовательных учреждений по подготовке специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело, квалификация - Менеджер» и необходимость этих специалистов для работы в лечебно-профилактических учреждениях, ректорат АГМУ ходатайствует об открытии и ли-

**Из 24937 человек среднего медицинского персонала, работающего в лечебно-профилактических учреждениях Алтайского края, 50,43% средних медицинских работников не имеют квалификационной категории (данные на конец 2002 года). Также в краевой системе здравоохранения нет ни одного специалиста, имеющего высшее образование по профилю «Сестринское дело».**

цензирования этой специальности в медицинском университете. Предполагается очная и очно-заочная формы обучения на базе среднего профессионального образования по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Нормативный срок обучения составляет четыре года.

**К сфере профессиональной деятельности выпускника будут отнесены:**

- \* обеспечение рационального управления трудовыми, материальными и информационными ресурсами, организация системы управления сестринскими службами, совершенствование управления в соответствии с тенденциями социально-экономического развития;

- \* организация, осуществление и контроль квалифицированной сестринской помощи;

- \* обеспечение подготовки квалифицированного сестринского персонала;

- \* научные исследования в организации здравоохранения и сестринском деле.

Получив диплом, выпускник может осуществлять профессиональную деятельность в учреждениях здравоохранения различных форм собственности; органах управления здравоохранением, включая центральные, местные и ведомственные;



профессионально-образовательных учреждениях; научно-исследовательских учреждениях, учреждениях социальной защиты, службе милосердия обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Также выпускник будет ориентирован в клинической, медико-профилактической, воспитательно-педагогической, методической, консультативной, организационно-управленческой, информационно-аналитической, маркетинговой, инновационной, и научно-исследовательской сферах деятельности.

**Менеджер-выпускник будет подготовлен к решению следующих задач:**

- \* руководство сестринским персоналом и разработка управленческих решений по повышению эффективности работы организации;

- \* анализ работы и оценка потенциальных возможностей развития сестринской службы учреждения, определение потребности в изменениях в организации, составление программ нововведений и разработка плана мероприятий по их реализации;

- \* осуществление социально-психологического регулирования в трудовом коллективе;

- \* осуществление сестринского процесса, ориентированного на индивидуальные потребности пациента;

- \* анализ состояния здоровья населения; организация и проведение профилактических, оздоровительных мероприятий;

- \* диагностика экстренных, неотложных состояний и оказание неотложной медицинской помощи;

- \* осуществление педагогической и воспитательной деятельности;

- \* самостоятельная работа с информацией (учебной, справочной, нормативной, научной);

- \* организация и проведение научно-практических исследований в области сестринского дела.

Минздрав предполагает следующие должности для специалистов с высшим профессиональным сестринским образованием:

- \* директор дома сестринского ухода, хосписа, молочной кухни;



- \* заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом;
- \* главная медицинская сестра, акушерка;

- \* заведующий отделением сестринского ухода, отделения медико-социальной помощи;

- \* заведующий организационно-методическим отделом (кабинетом);

- \* заведующий отделением (кабинетом) медицинской статистики;

- \* руководители и специалисты центров профилактики, специализированных школ, действующих на функциональной основе (астма-школа, сахарный диабет и другие);

- \* специалисты центров (отделений) общей врачебной практики;

- \* менеджеры по организации внебюджетной деятельности.

**Выпускники факультета сестринского дела смогут продолжить образование в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и на курсах повышения квалификации АГМУ.**

**В соответствии с Государственным образовательным стандартом Алтайский государственный медицинский университет в настоящее время получил лицензию и с сентября 2004г. проводит обучение по специальности «Сестринское дело, квалификация менеджер» на очном (набор составил 12 человек) и заочном (103 человека) отделениях. Приглашаем для обучения в 2005 году специалистов со средним медицинским образованием (фельдшер, акушерка, медицинская сестра) на факультете «Сестринское дело».**



# Делимся опытом

**Юлия Александровна Фролова, главная медицинская сестра, Ольга Витальевна Троян, старшая медицинская сестра отдела введения наркотических средств – ГУЗ «Краевая клиническая больница», г.Барнаул**



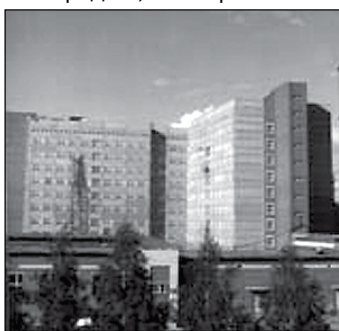
## **Наш опыт создания отдела введения наркотических средств**

Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» является самым крупным лечебно-диагностическим центром края. Необходимость перемен в оказании медицинской помощи, внедрение новых методов диагностики и лечения - неразрывно связано с повышением значимости сестринского медперсонала.

Вместе с тем отдельные разделы нашей работы требуют не столько суперсовременных аппаратуры, квалификации медперсонала, сколько продуманных организаторских решений. Как пример – организация в ЛПУ работы с наркосредствами.

Не секрет, что в 90-х годах в нашей стране резко ухудшилась ситуация по заболеванию наркоманией. Возросли показатели заболеваемости и смертности от этого недуга. Это потребовало ужесточить контроль за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в ЛПУ. Приказы Минздрава России от 12.11.97г. №330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» и от 23.08.98г. №328 «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке отпуска аптечными учреждениями» предписывают технической оснастить места хранения данных препаратов, в том числе и охранной сигнализацией. Принятие Федерального закона от 08.01.02г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» потребовал дополнительных мер.

Администрацией ГУЗ ККБ было принято решение о создании централизованной службы по введению экстренных и плановых назначений наркотических лекарственных средств, психотропных и сильнодействующих веществ.



Разработчики внутренних регламентов (организационно-методический отдел ЛПУ, Совет старших сестер, главная медицинская сестра) предусмотрели все технологические аспекты: в больнице действуют положение об отделе введения наркотических средств (ОВНС), должностные ин-

струкции старшей медицинской сестры отдела, медицинской сестры поста ОВНС, инструкционные папки для практической деятельности медперсонала.

Ответственные за эту работу лица из числа сестринского персонала больницы были определены приказом главного врача, с ними проведена учеба, оформлены допуски к работе с наркотическими лекарственными средствами, заключены договоры о материальной ответственности и о неразглашении особенностей работы.

Отдел введения наркотических лекарственных средств, как структурное подразделение, имеет свои помещения: хранилище, оборудованное согласно требований технической оснащенности, и кабинет постовой медсестры с круглосуточным режимом работы.

## **Работа отдела организована так**

Палатная медицинская сестра отделения делает заявку по телефону на пост ОВНС, где она регистрируется в специальном журнале. Учитывая специфику нашей больницы (территориальная отдаленность отделений друг от друга, большой объем наркосредств и т.д.), в ночное время постовой сестре требуется сопровождение сотрудника охраны. Назначение препаратов проверяется наличием соответствующей записи в истории болезни пациента и листе назначений наркотических средств. Инъекция делается непосредственно в присутствии врача, что и регистрируется в соответствующих документах. Выполненная манипуляция отражается в журнале использования наркотических лекарственных средств ОВНС. Эти же правила распространяются и на таблетированные формы препаратов.

По окончании работы, медицинские сестры сдают смену друг другу: сверяют наличие препаратов в сейфе с журнальным остатком, пересчитывают пустые ампулы. Затем отчитываются перед старшей медицинской сестрой отдела, которая, принимая отчет обеих смен, проверяет ведение документации и правильность учета. После чего оформляет реестр на пустые ампулы и сдает ответственному лицу из комиссии по их уничтожению. Также в должностные обязанности старшей медсестры ОВНС входит ежедневное пополнение запасов лекарственных средств из списка ПМКН с учетом потребности всех отделений больницы; формирует заявку и обеспечивает доставку препаратов данной группы для отделений экстренной помощи (отделения анестезиологии и реанимации, отделения острых отравлений).

Основной целью работы отдела введения наркотических средств является своевременное и качественное выполнение врачебных назначений лекарственных препаратов, подлежащих строгому учету, требующих специальных мероприятий по транспортировке, хранению и использованию.

**Создание централизованной службы позволило решить следующие задачи:**

1. сконцентрировать наркотические, психотропные и сильнодействующие лекарственные средства в одном месте, сузить круг медработников, имеющих допуск к работе с данными препаратами, с 800 человек до 167.
2. улучшить контроль за назначением, использованием, хранением и списанием средств, подлежащих учету.
3. сэкономить материальные затраты на оснащение помещений для хранения и их текущее содержание; значительно снизить расходование денежных средств на приобретение таблетированной формы сильнодействующих и психотропных препаратов.

Опытом создания в нашей больнице отдела введения наркотических лекарственных средств заинтересовались из других учреждений края. Аналогичный отдел уже открыт в ЦГБ г.Камня-на-Оби, для представителей ЦГБ г.Бийска были организованы консультации по экономической и юридической обоснованности введения подобной службы в структуру крупного лечебного учреждения.

Создание централизованной службы ОВНС – не единственная инновация в области сестринского дела краевой клинической больницы. Скоро год, как введена должность медицинской сестры-координатора по работе с пациентами. Разработан пакет документов, необходимый для внедрения сестринского процесса, который сейчас проходит апробацию в одном из сложнейших отделений больницы – нейрохирургическом.

**Мы готовы поделиться собственными наработками и поучиться у коллег.**



## Медики шутят!

\*\*\*

\*\*\*



Контактный телефон  
Алтайской региональной  
Ассоциации средних  
медицинских работников:  
(8-3852) 35-70-47





# ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

## АХ, ЭТИ КРИТИЧЕСКИЕ ДНИ!

**Наталья Ильинична Фадеева, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, врач высшей категории, доктор медицинских наук, профессор;  
Светлана Дмитриевна Яворская, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ**

Первая менструация - менархе - является одним из многих признаков прогрессирующего развития девочки, физически и психически знаменующая важную веху в ее жизни. На этом кончается детство и начинается подростковый возраст. Однако это вовсе не означает, что к данному моменту девочка окончательно сформировалась для того, чтобы начать половую жизнь. Раннее начало половой жизни и беременность в столь юном возрасте - вредно отразятся на ее здоровье.

Истинная половая зрелость предполагает способность не только к зачатию, но и к вынашиванию плода и рождению ребенка, его вскармливанию, воспитанию. Именно по этой причине девушка признается готовой к замужеству и деторождению лишь с 18-20 лет.

**Первая менструация** происходит большей частью тогда, когда яичник продуцирует достаточное количество женских половых гормонов эстрогенов, что вызывает пролиферацию слизистой оболочки матки и кровотечение, связанное со спадом уровня гормонов. К этому времени вес девочки достигает 44-47 кг и рост - 158-160 см.



*Первые менструации обычно переживаются девочкой как волнующее событие, иногда вызывающее страх. Однако бояться тут нечего, менструация - обычный физиологический процесс, говорящий о том, что девочка перестала быть ребенком. Во избежание психической травмы примерно за 1-2 года до возможного появления менархе мама должна провести первую беседу с дочкой о значении и сути менструации (месячных). Если она не в состоянии подробно разъяснить это, то по крайней мере можно обсудить с девочкой практическую сторону, исходя из собственного опыта.*

Нормальным считается возраст менархе - 11-15 лет. Менструация наступает, как правило, через 28-30 дней, но бывают и более короткие циклы (21-24 дня) и более длинные (31-35 дней).

Первые 1-2 года они носят нерегулярный характер: то слишком частые по типу кровотечений, то редкие - через 2-3-4 месяца. Обычно кровянистые выделения продолжаются 3-6 дней, при этом организм теряет 50-100 граммов крови. В норме менструация не сопровождается какими-то болезненными ощущениями, однако не считается отклонением наличие тяжести и легкой болезненности внизу живота, некоторого ухудшения самочувствия, апатии, усталости, слабости.

**Менструальный период продолжается до 45-55-летнего возраста.** Характер месячных не остается постоянным, он может меняться с началом половой жизни, после родов, аборта.

**С появлением менархе необходимо провести повторную беседу о гигиене, режиме дня, питании во время менструации.** ▶



**Познавательный будет поведать из истории медицины,** что во все времена женщины при месячных применяли материю, мочало, растительные волокна, некоторые травы, которые укладывали перед вульвой или вводили во влагалище. Любопытно множество традиционных заповедей и запретов, связанных с менструацией. Так, в настоящее время уже никто не верит, что менструирующие женщины могут умереть, вдыхая аромат роз и лилий, что во время месячных шея, плечи, руки должны быть покрыты одеждой, что очень холодные напитки вредны, а лимонный сок может усилить кровотечение. Неистребимы слухи о том, что у женщин во время менструации при контакте с водой возникает душевное расстройство, поэтому водные процедуры - под запретом.



**Матери необходимо регулярно напоминать** девочке о том, что белье, руки, наружные половые органы должны находиться в чистоте. Ежедневно, не менее двух раз в день, следует подмываться теплой водой, пользоваться впитывающими влагу гигиеническими прокладками, лучше с липкой основой, которые нужно менять несколько раз в день, или тампонами. Категорически запрещается закладывать во влагалище вату, бумагу или марлю, так как это затрудняет отток крови и может служить причиной возникновения воспалительного процесса. Также воспаление может вызвать купание в открытом водоеме, переохлаждение. Лучше принимать теплый душ, так как горячая вода усиливает кровотечение, и девочка может потерять сознание. По этой же причине нельзя долго находиться на солнце и загорать. Также не рекомендуется поднимать и переносить тяжести, напряженно заниматься спортом. Тем не менее, уроки физкультуры логично посещать.

Менструация, регулярно приходящая каждый месяц, свидетельство того, что организм развивается естественным образом. О характере менструального цикла можно объективно судить по менструальному календарю, в котором девочка постоянно отмечает ритмичность, длительность и обильность месячных.

Если девушка хочет вырасти здоровой женщиной и стать потом матерью, после наступления менструации необходимо отбросить ложный стыд и сходить к гинекологу, чтобы убедиться, что развитие организма идет нормально. Собираясь к врачу, лучше записать все вопросы, которые хотелось бы задать. Не очень умные девочки говорят о гинекологе с хихиканьем, а гинекологическое кресло является поводом для примитивных шуток. Не следует стесняться ходить к врачу, ведь для него это - повседневная работа.

**У некоторых девушек отмечается предменструальный синдром** - состояние физического и психического дискомфорта, возникающее за 2-14 дней до начала менструации. **Для него характерны:**

- резкая смена настроения,
  - беспричинные слезы,
  - приступы неоправданного гнева,
  - раздражительность,
  - слабость,
- от чего не застрахована даже самая уравновешенная девочка.

**Во время предменструального синдрома** часто появляются прыщи и угри, иногда отмечается головная боль, ломота в суставах, набухает и становится болезненной грудь, увеличивается вес на 1-3 кг.



### Однако с данной ситуацией можно бороться.

**Лучше вести активный образ жизни,** правильно питаться, а не лить слезы и изводить своих близких плохим настроением. Полезны овощи, фрукты, орехи, ягоды, соки, молочные продукты, лук, чеснок. Не следует увлекаться кофе, чаем, солениями, жирной пищей. Они вызывают задержку жидкости в организме.

**В тех случаях, когда во время менструации** сильно болит живот, когда они нерегулярные, скудные (всего несколько капель) или слишком обильные (более 6 дней), обязательно нужно обратиться к врачу, чтобы установить истинную причину нарушений и помочь устранить ее.

**Не стоит заниматься самолечением,** потому что даже у такого явления, как альгоменорея - очень болезненные месячные - может быть много причин, и глотание обезболивающих таблеток приносит лишь временное облегчение.







# Детская для ВЗРОСЛЫХ (родителям о детях)

## ЕЩЕ РАЗ О ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

**Ирина Михайловна РЮХОВА, руководитель Алтайской группы материнской поддержки «Млечный путь», член Международной ассоциации консультантов по естественному вскармливанию**

*Польза грудного вскармливания для здоровья и развития детей неоспорима. Но не все знают, что кормление приносит пользу и самой маме - причем как сразу после родов, так и на протяжении всего времени грудного вскармливания.*

Что же получает мама, заботясь о своем малыше?

**Исследования Всемирной организации здравоохранения говорят, что очень много!**

### Физиологические преимущества

○ Гормон окситоцин, который выделяется во время кормления грудью, способствует восстановлению сил матери после родов, сокращению матки и остановке послеродового кровотечения. Поэтому важно начинать кормление сразу после родов и продолжать его часто.

○ Ускоряется потеря массы тела и возвращение к весу, который был до беременности (особенно активно сбрасывается вес при кормлении в возрасте ребенка 6-9 месяцев).

○ Уменьшается риск рака груди в предклимактерическом возрасте: риск на 50% меньше для кормивших суммарно за всю жизнь 24 месяца; на 75% меньше - для кормивших 100 месяцев (по сравнению с теми, кто кормил суммарно меньше 6 месяцев).

○ Снижается риск возникновения рака яичников (на 33% меньше у долгокормящих мам).

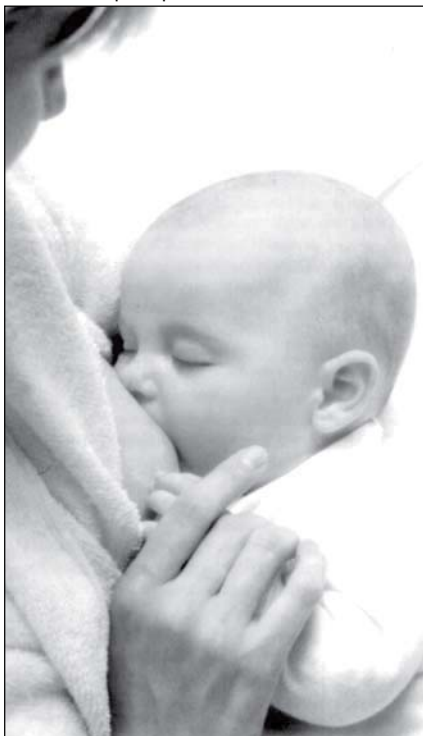
○ Улучшается минерализация костей и снижается заболеваемость остеопорозом, поскольку при кормлении грудью организм мамы лучше усваивает кальций.

### Кормление грудью предохраняет от возникновения новой беременности

Кормление грудью задерживает возобновление овуляции и менструации, так что это может быть полезным

способом увеличить промежутки между беременностями. Грудное вскармливание дает эффективную защиту от возникновения новой беременности, если мама кормит исключительно грудью по требованию ребенка, днем и ночью, 8-10 раз и более в течение 24 часов, с интервалом не более 5 часов между кормлениями.

По достижении ребенком шестимесячного возраста, кормление грудью дает меньше гарантий того, что новая беременность не наступит. В этом возрасте грудные дети начинают получать прикорм, но если ребенка продолжают часто кормить грудью в сочетании с прикормом, то мама частично защищена от наступления новой беременности. Она должна давать грудь каждый раз до того, как дать прикорм.



### Психологические преимущества грудного вскармливания

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком нежных, любящих взаимоотношений, от которых мама эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Тесный контакт с ребенком сразу же после родов способствует налаживанию этих взаимоотношений.

Дети меньше плачут и лучше развиваются, если они остаются со своими матерями и вскармливаются грудью по требованию сразу же после родов.

Мамы, кормящие грудью, более ласково реагируют на своих детей. Они меньше жалуются, что ребенок требует к себе внимания днем и ночью. Кормящие матери значительно реже отказываются от своих детей или обижают их.

Кормление помогает мамам более позитивно относиться к детям, поддерживает чувства близости и любви, что особенно важно в период, когда приходится выдерживать иррациональные требования и эмоциональные взрывы малышом старше года.

Исследование, занимавшееся детьми, которых кормили дольше года, показало значительную связь между длительностью кормления и последующей социальной адаптацией в 6-8-летнем возрасте, по оценкам учителей и матерей. Исследователи пришли к выводу, что выявлена тенденция снижения уровня проблем поведения с увеличением длительности грудного кормления. Это стало одной из причин, по которым ВОЗ рекомендует продолжать кормление грудью до двухлетнего возраста - и дольше, если это приятно маме и малышу.

Справиться с любыми проблемами, возникающими при грудном вскармливании, помогут консультанты группы материнской поддержки. Телефонные консультации бесплатны.

**Тел. 8-913-217-10-87 (Ирина), 24-67-17 (Наталья).**



# Родительская ПРАКТИКА

## ЛЕВОРУКОСТЬ

**Оксана Петровна Черепанова, педагог-психолог, городской психолого-педагогический центр, г.Барнаул**

Почти все люди на Земле - праворукие, и только часть из них - другие, не такие, как все. Они пишут, едят и работают левой рукой. Так им удобнее, легче, сподручнее.

По разным данным 5-20% населения составляют люди с ведущей левой рукой (2003г.). Существует механизм генетического наследования руконости. Вероятность рождения леворукого ребенка у праворуких составляет 2%; она возрастает до 17%, если один из родителей леворукий; и увеличивается до 46%, если леворуки оба родителя. Высок процент леворуких среди близнецов (около 20%). В нашей стране 4-7% леворуких (2000г.). Кстати, чистые правши составляют всего 30%.

Леворукость - не просто преимущественное владение левой рукой, а совершенно другое распределение функций между полушариями головного мозга. Это не привычка, не болезнь... Поэтому превращать леворукость в проблему не стоит.

«Что делать с леворуким?» - задают вопрос родители, ощущающие неловкость от того, что их ребенок «другой»; считающие, что леворукость может послужить препятствием в их дальнейшей жизни. Почему они тревожно относятся к леворукости? Возможно, потому, что в ходу представления о связи леворукости и низкого уровня умственного развития.

Действительно, леворукость может сочетаться с комплексом нарушений и задержек в развитии речи, восприятия, моторных функций. Но базовой причиной и леворукости, и всех этих нарушений служат:

- патология беременности;
- осложненные роды;
- тяжелые заболевания;
- травмы в раннем детстве.

Выходит, что леворукость не может быть причиной каких-то отклонений в развитии или снижении умственных и физических способностей, она лишь может сопровождать другие особенности развития ребенка.

**Даже в наше время часть родителей свое негативное отношение к леворукости выливает в попытки переучить ребенка. Человеческий мозг настолько податлив, что его действительно можно «переучить», но изменение заставляет ломать природу ребенка, что стоит ему невероятно много сил, дисциплины, сосредоточенности. Это приводит к большим нагрузкам на организм в целом. Постоянные переживания своих неудач, чувство страха из-за плохо выполненного задания, навязываемый слишком быстрый для ребенка темп работы, нарастающее утомление становятся причиной срыва здоровья и ухудшения состояния нервно-психической сферы.**

**Леворукость – достоинство ребенка, его уникальность и неповторимость**

**Основные признаки невроза у переученных левшей:**

- нарушения сна;
- нарушения аппетита;
- головная боль и боли в животе;
- страхи;
- энурез;
- заикание;
- тики;
- навязчивые движения;
- повышенная возбудимость, раздражительность;
- учащение в транспорте;
- повышенная чувствительность к жаре, духоте, запахам;
- двигательное беспокойство;
- вялость, заторможенность.



Когда вы замечаете эти проявления у вашего ребенка (переученного левши), не ждите, что все пройдет само собой – обязательно обратитесь за советом к врачу-психоневрологу. Хорошо, когда у рук никто не отбирает свободу! Помогите ребенку отстаивать свое право на леворукость!

Существуют легенды о фантастических способностях и гениальности леворуких.

С одной стороны, леворукость не может быть напрямую связана с одаренностью. В литературе приводятся данные о том, что нестандартные решения возникают у человека при активации правого полушария, а лишь у 15% леворуких правое полушарие является доминантным. Среди всех известных талантливых людей леворуких - 20%.

С другой стороны, 18-25% леворуких людей обладают высокой вербальной одаренностью. Объясняется это тем, что их речевые центры представлены симметрично в левом и правом полушариях. Совместная работа речевых центров выступает как условие возникновения особой одаренности.





Леворукий ребенок требует особого внимания и особого подхода не потому, что он леворукий, а потому, что он, как и любой ребенок, неповторим и индивидуален. Он раним, эмоционален, подвижен, общителен, контактен, тревожен, тоньше чувствует цвет ...

### Возможные проблемы леворукого ребенка

- Окружающий мир рассчитан на праворуких людей.
- Частота зеркального письма у леворуких составляет 85%.
- Нарушение чтения у леворуких (дислексия). Причины нарушения носят зрительно-пространственный характер: дети испытывают сложности в восприятии слова как целого, не улавливают связи между буквосочетаниями и теми понятиями, которые они отображают.
- У детей с вынужденной леворукостью, возникшей вследствие травмы, нарушения нервно-мышечной регуляции в раннем детстве или «насильственного» переучивания, - снижение адаптивных возможностей, повышенная возбудимость, тревожность, невротоподобные расстройства.

### Советы родителям леворукого ребенка

- ◆ Показывайте леворукому ребенку позитивное отношение к леворукости.
- ◆ Старайтесь придерживаться единой тактики отношений с ребенком.
- ◆ Научитесь внимательно наблюдать за своим ребенком, видеть и различать его состояния, знать причины его огорчений и радостей, понимать его проблемы, помогать ему их преодолевать.
- ◆ Помните, что леворукость - это вариант нормы, поэтому трудности, возникающие у левши, совсем не обязательно связаны с леворукостью, такие же проблемы могут быть и у праворукого ребенка.
- ◆ Пробовать научить ребенка работать правой рукой насильно - нецелесообразно, так как переучивание может привести к серьезным нарушениям здоровья.
- ◆ Определять ведущую руку целесообразно в 4-5 лет. Начиная с 16-20 недель и до 2 лет у ребенка происходят волнообразные изменения руки. С 2 до 4-5 лет руки практически равноценны и одинаково активны. Лишь в возрасте 4-5 лет формируется стойкое предпочтение одной из рук.
- ◆ Научите леворукого ребенка правильно сидеть за столом, располагать тетрадь, держать ручку. Помните, свет должен падать справа.
- ◆ Используйте «Прописи для леворуких детей» для обучения письму. Методика безотрывного письма неприменима для леворуких детей.
- ◆ Облегчите ребенку распознавание букв и процесс обучения чтению складыванием их из элементов, играми с буквами...
- ◆ Сделайте обучение леворуких детей более ярким и красочным. Для повышения эффективности обучения леворуких чаще обращайтесь к возможностям правого полушария (используйте схемы, наглядные пособия, макеты...).

Дорогие родители, помните, что от вашего понимания, любви, терпения, умения вовремя помочь зависят успехи вашего малыша!

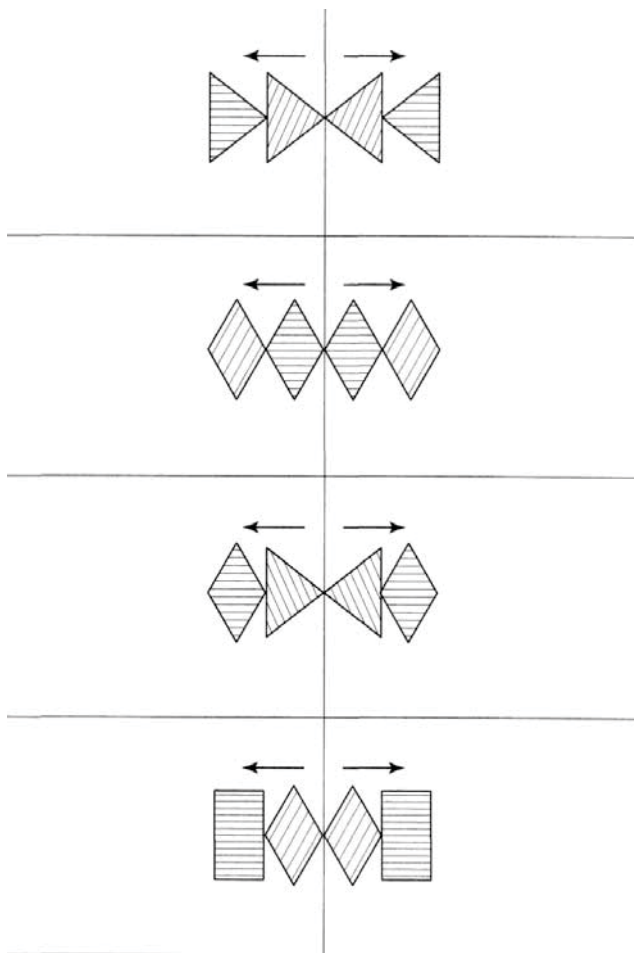


## УПРАЖНЕНИЯ

Это алфавит. Все буквы от А до Я. Внимательно рассмотри все буквы и обведи красным те буквы, которые «смотрят» вправо, а зеленым — те, которые «смотрят» влево.



Аа Бб Вв Гг Дд Ее Ёё  
Жж Зз Ии Йй Кк Лл Мм  
Нн Оо Пп Рр Сс Тт Уу Фф  
Хх Цц Чч Шш Щщ Ъ ъ Ы ы  
Ээ Юю Яя

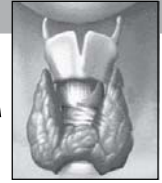


**Дорисуй и заштрихуй**  
Посмотри внимательно на рисунок, дорисуй и заштрихуй цепочки фигур



# ТИРЕОШКОЛА *Занятие 3*

## ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА И БЕРЕМЕННОСТЬ



**Нина Васильевна Леонова, заслуженный врач РФ, заведующая краевым эндокринологическим центром, Краевая клиническая больница**

*При беременности весь обмен веществ в организме женщины, в том числе и функция щитовидной железы, изменяется для обеспечения потребностей развивающегося ребенка. Мы уже говорили о важности гормонов щитовидной железы для организма. Для ребенка, который находится в утробе матери, гормоны щитовидной железы еще более важны. Без гормонов щитовидной железы не будут делиться ткани так, как это нужно, плохо будет развиваться головной мозг и все его функции и т.д. Вот поэтому при беременности появляется комплекс специфических для этого состояния факторов, которые в сумме приводят к значительной стимуляции щитовидной железы и повышению уровня ее гормонов. Давайте рассмотрим, какие же это факторы.*

### **В начале беременности**

ткани зародыша, так называемого хориона, начинают вырабатывать специфический гормон, который называется хорионический гонадотропин. Этот гормон многим женщинам должен быть известен. Когда проводится тест на беременность, в моче определяется именно этот гормон. Хорионический гонадотропин по своей структуре очень сходен с тиреотропным гормоном (напоминаю, тиреотропный гормон – гормон гипофиза, регулирующий функцию щитовидной железы).

**В результате схожести строения с тиреотропным гормоном хорионический гонадотропин стимулирует рост и активность щитовидной железы.** Это приводит к увеличению размера щитовидной железы и к повышению образования гормонов щитовидной железы, в первую очередь, тироксина. Как правило, увеличение этих показателей находится в норме, но примерно у 1-2% беременных в первом триместре эта стимуляция оказывается такой сильной, что у них уровень тироксина даже может быть выше нормы, соответственно уровень тиреотропного гормона (ТТГ) – ниже нормы. В таких случаях появляются симптомы повышения функции щитовидной железы, так называемый преходящий (транзиторный, временный) тиреотоксикоз беременных. Как правило, в лечении он не нуждается. На протяжении второго триместра беременности уровень Т4 и ТТГ возвращается к норме.

Таким образом, принципиально отметить, что умеренное повышение уровня Т4 и понижение ТТГ в первом триместре беременности – явление физиологическое.

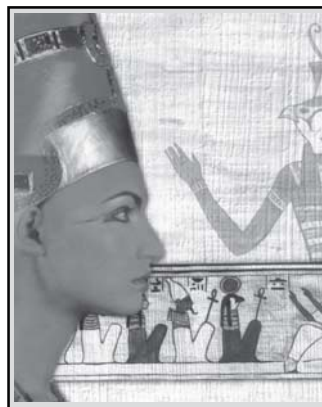
Вторым фактором стимуляции щитовидной железы во время беременности является повышенный уровень женских половых гормонов – эстрогенов. Эстрогены стимулируют выработку белка, связывающего тироксин. Большая часть тироксина циркулирует в крови именно в связанном с белком состоянии. Лишь небольшое количество тироксина крови (0,03%) находится в свободном состоянии. Биоло-

гической активностью обладает только свободный тироксин. Увеличение связи с белком ведет к уменьшению количества свободного тироксина, и для поддержания нормального уровня последнего щитовидная железа должна синтезировать больше гормона. Таким образом, налицо еще один фактор, стимулирующий щитовидную железу во время беременности.

Из этих рассуждений следует еще одно важное правило. При беременности увеличивается уровень общего тироксина (свободного и связанного с белком). Это нормальное для беременности явление. При этом уровень свободного тироксина практически не меняется. Поэтому при беременности правильнее определять только свободный тироксин крови.

### **Во второй половине беременности**

дополнительным фактором стимуляции щитовидной железы является изменение обмена тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием плаценты. В плаценте имеются ферменты дейодиназы, которые осуществляют отщепление йода от Т4 и превращают его в Т3. Отщепленный йод используется плодом для синтеза собственных гормонов. К 12 неделям беременности щитовидная железа плода уже сформирована и начинает синтезировать свои тиреоидные гормоны. В условиях йодного дефицита активность дейодиназы резко возрастает, для того чтобы плод не испытывал проблем с поступлением йода. Но при этом щитовидная железа матери испытывает йодный дефицит. Кроме этого, во время беременности увеличивается почечный кровоток, что приводит к увеличению выведения йода из организма беременной женщины. Все эти процессы приводят к хронической стимуляции щитовидной железы, относительноному снижению уровня тиреоидных гормонов и формированию зоба, как у матери, так и у плода.



**В Древнем Египте существовал интересный тест на беременность. Замужние женщины носили на шее тончайшую шелковую нить. Если она рвалась, это расценивалось как «положительный тест на беременность» (щитовидная железа увеличивалась и увеличивала объем шеи).**



Зоб, развившийся во время беременности, подвергается обратному развитию после родов лишь частично, а сама беременность может быть одним из факторов, действием которого объясняется большая распространенность заболеваний щитовидной железы у женщин по сравнению с мужчинами.

*Таким образом, беременность является наиболее мощным фактором, потенцирующим влияние дефицита йода на организм как матери, так и плода, является пусковым фактором йодного «обкрадывания» и приводит к состоянию относительно дефицита йода.*

Все вышеописанные процессы носят адаптивный, физиологический характер и не будут иметь каких-либо неблагоприятных последствий, если женщина будет получать достаточное количество йода. При этом прием йодированной соли, как правило, не перекрывает всю потребность в йоде во время беременности. Поэтому беременная и кормящая женщина в соответствии с рекомендациями ВОЗ должна принимать дополнительно 150-200 мкг йода в сутки или в составе витаминных препаратов, или в виде фармакологических препаратов «Йодид-100» и «Йодид-200» или «Йодомарин-100» и «Йодомарин-200».

**200 мкг йода ежедневно – гарантия правильного развития вашего ребенка!**

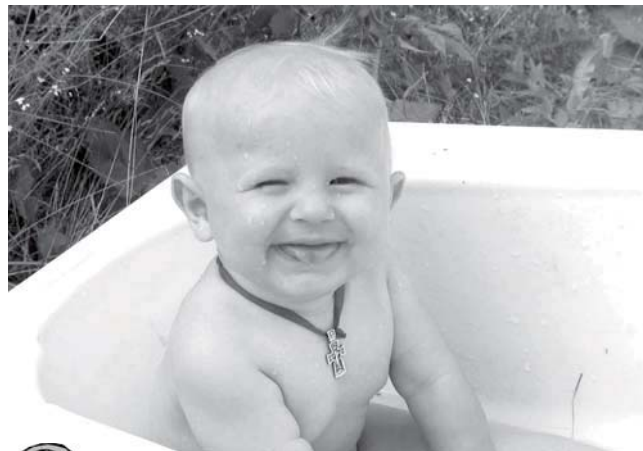
**Помните:**

**Первые три месяца беременности** – очень ответственный период для вашего ребенка. И чтобы уже в этот период не было проблем с йоддефицитом, **принимайте препараты калия йода** за 3-6 месяцев до планируемой беременности.

Мало того, что в условиях йодного дефицита йода не хватает самой беременной, ее организм является единственным источником йода для плода. Йод используется, как мы уже говорили, на синтез тиреоидных гормонов самим плодом. А тиреоидные гормоны, которые он синтезирует, абсолютно необходимы для адекватного формирования центральной нервной системы, скелета, фактически для обеспечения синтеза белка в любой клетке плода. При дефиците тиреоидных гормонов наблюдается уменьшение массы головного мозга и содержания в нем ДНК, а также ряд структурных изменений головного мозга. Даже при незначительном йодном дефиците безвозвратно теряется до 10-15% интеллекта ребенка. Кроме этого, такие дети чаще болеют и в будущем хуже воспринимают и запоминают различную информацию.

После рождения ребенка ваш малыш должен получать не менее 50 мкг йода в день. Обеспечить это количество йода может только мама с грудным молоком, при условии, если она сама употребляет 200 мкг этого микроэлемента. Первый год человеческой жизни – самый главный период. В это время центральная нервная система делает феноменальный рывок – к семи месяцам жизни новорожденно масса его мозга удваивается, а к полутора годам – утраивается. Если йода в этот период будет мало, не удивляйтесь потом, почему ваш ребенок плохо успевает в школе, а вы не всегда находите с ним взаимопонимание.

Если малыш находится на искусственном вскармливании, питательные смеси должны содержать адекватное количество йода из расчета 50 мкг йода в сутки.



**Чем опасен йодный дефицит для вашего ребенка?**

Возрастной период	Изменения
Плод	Спонтанный аборт, мертворожденные Врожденные уродства Кретинизм, снижение интеллекта Глухонемота, косоглазие
Новорожденный	Зоб Снижение функции щитовидной железы (гипотиреоз)
Дети и подростки	Нарушение памяти, внимания Нарушение физического развития Зоб Опухоли щитовидной железы Снижение функции щитовидной железы (гипотиреоз)

**Милые девушки и женщины! Решение проблемы здоровья и интеллекта вашего ребенка - в ваших руках. «Не надо ждать, не надо ждать, а надо взять...» и начать принимать йодированную соль и препараты йодида калия в дозе 150-200 мкг не только во время беременности и кормления, но и как минимум за 6 месяцев до зачатия.**

**Счастья вам и добра!**

**ИТАК, ПОМНИТЕ, ЧТО...**

- При беременности под воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов происходит значительная стимуляция функции щитовидной железы.
- Беременность является мощным фактором, потенцирующим неблагоприятное влияние даже легкого йодного дефицита на организм матери и плода с развитием йоддефицитных заболеваний.
- Всем женщинам, проживающим в йоддефицитном регионе, помимо использования йодированной соли, показана индивидуальная йодная профилактика в виде таблетированных препаратов йодида калия.
- Во время кормления мама должна принимать 200 мкг йода в виде таблетированных препаратов йодида калия. Если малыш находится на искусственном вскармливании, питательные смеси должны содержать адекватное количество йода, из расчета 50 мкг йода в сутки.

## Топчихинская ЦРБ – партнер краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи»

*С главным врачом Топчихинской центральной районной больницы Татьяной Леонидовной Альшанской мы встретились на распределении молодых специалистов в медицинском университете. Заботы понятные: вопрос кадров – один из самых актуальных.*

- Честно сказать, специалистов со средне-специальным образованием в районе уже избыток. У нас появляется возможность выбора. Предпочтение отдаем тем специалистам, кто имеет специализацию, квалификационную категорию.

Кардинально меняется ситуация и с врачебными кадрами, особенно сейчас, когда материально-техническая база учреждений района и их техническая оснащенность значительно улучшились.

Хочу поделиться радостью. Когда вы были у нас в районе в октябре прошлого года, то увидели и то, как идет реконструкция акушерского отделения. (Да, действительно – был готов технологический проект. Ремонт шел плиткой стены, полы, устанавливались разводки под технологическое оборудование. А перечень «первоочередных» вопросов, требующих решения, чтобы открыть отделение, у главного врача занимал не один лист. Прим. ред.) Победили, 22 февраля – отмечали его новоселье. Пригласили всех, кто был причастен к этому общему большому делу.

Сегодня много говорят о конструктивном разговоре между властью и бизнесом, о социальной ответственности бизнеса. Наш район, по моему мнению, – отрадный пример, где такое соучастие воплотилось сначала в реконструкции детского и терапевтического отделений, сейчас – акушерского.

От медицинских работников, жителей района хочу искренне поблагодарить работников: ОАО «Топчихинский элеватор» (руководитель – Г.В. Шевнин), ООО «Технология» (руководитель – И.Ю. Лауров), ООО



«Орион» (руководитель – Е.Н. Батищев), районной типографии (руководитель – Н.Т. Сухочева), «Топчихинский продмаг» (руководитель – М.Б. Жакупова); частных предпринимателей: Барсукову, Носкова, Тутынина, Кивоенко, Ефименко, Янина, Горлова; бригаду строителей под руководством Ивана Александровича Банникова – за их вклад в охрану здоровья жителей района.

В районе созданы все условия для оказания профилактической и лечебной помощи матери и ребенку.

**Редакция журнала искренне рада очередному доброму делу у нашего партнера – Топчихинской ЦРБ. Надеемся, что акушерско-гинекологическая служба района станет самым активным участником краевого проекта «Школа ответственного материнства».**





# Партнер журнала "Здоровье алтайской семьи"

## "Топчихинская ЦРБ"





# ПЕРВАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ЖЕНСКАЯ ПАЛАТА ПРИ ГЛАВЕ АДМИНИСТРАЦИИ КРАЯ - ВСТРЕЧАЕТ ТРЕТИЙ ГОД

Яркой особенностью 2005 года является то, что проходит он под знаком Десятилетия проведения в Пекине Четвертой Всемирной конференции ООН по положению женщин.

Вместе с женским активом регионов Сибирского федерального округа мы начинаем готовить Конгресс женщин, посвященный 10-летию Всемирной конференции под названием «Пекин плюсили минус 10?».

**Гуслякова Л.Г., доктор социологических наук, профессор, заведующая кафедрой социальной работы АГУ:**

- Общественная женская палата - авторитетная организация, которая имеет опыт социального партнерства.

В сентябрьского года в рамках Сибирского соглашения проводится межрегиональный социальный форум. Среди обсуждаемых проблем заявлены и вопросы социального партнерства, социальной экспертизы. Считаю, что наша Общественная женская палата должна стать полноправным участником этого форума. А как форму ее участия - вижу проведение «круглого стола» по вопросам социальной экспертизы, принимаемых нормативных документов и социальных программ в регионах. Позвольте также высказать озабоченность возможными негативными последствиями для края готовящейся реформы образования. Сокращение федерального финансирования в текущем году учреждений профессионального образования колледжей, ПУ, уже сегодня ставит целый ряд из них на грань закрытия. А это значит молодые люди, особенно в селе, утратят возможность получить профессию со всеми вытекающими из этого негативными последствиями. Вопрос - не в констатации факта как такового. Идея в том, что в условиях, когда реформа неизбежна, в крае необходима глубокая осмысленность ее последствий и выработка стратегии ее реализации конкретно для нашего региона, а также обучение технологиям ее проведения практиков, непосредственно занимающихся реформой образования, социальной сферы.

**Федорова Р.С., председатель краевого отделения Российского детского фонда:**

- Опыт работы нашей Общественной палаты уникален не только для края, но и для России. В настоящее время идет формирование Общественной палаты при главе администрации края. Представители женских общественных объединений в нее должны войти непременно.

**Козлова И.В., кандидат медицинских наук, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи»:**

- Наша женская палата призвана в том числе и обращать внимание лиц, наделенных властными полномочиями, на процессы, происходящие в обществе, в крае. По роду своей деятельности мне приходится часто бывать в городах и районах края, встречаться в том числе в коллективах медицинских работников, педагогов, библиотекарей работников социальной сферы. Можно привести уже достаточно много отрядных примеров социальной ответственности бизнеса за происходящее в конкретных селе, районе, городе. Как пример объединение усилий в вопросах охраны здоровья населения районной администрации и местного бизнес-сообщества в Топчихе. Реконструкция детского, терапевтического, а в текущем году родильного отделений ЦРБ реальный результат такой работы.

Вместе с тем, пользуясь присутствием на нашей встрече заместителя главы администрации края по социальным вопросам С.И. Григорьева, хотелось бы высказать свою обеспокоенность ситуацией, складывающейся в здравоохранении, конкретнее - в центральных районных больницах. По моему глубокому убеждению, в социальной защите и поддержке нуждаются сами работники здравоохранения. Уровень технологической оснащенности отдельных лечебных учреждений не позволяет им в полной мере реализовать свой профессиональный потенциал (не говоря уже о чрезмерных нагрузках и о мизерной оплате, о загрузке их рутинной, бумажной работой). В этом году еще более, и весьма существенно, осложнилась ситуация по возможности повышения квалификации как врачей, так и средних медицинских работников. Не определены источники финансирования.

Хотелось бы обратить внимание и на необходимость поддержания библиотечной сети. Роль библиотеки, особенно в селе, - как просветительного и культурного центра заметно возросла. Расширение их информационных возможностей, сохранение социально активных работников важно для жителей края.

На заседании палаты был утвержден план ее работы на 2005 год, вручены Памятные медали Союза женщин России активисткам женского движения, а Новичинскому районному Совету женщин - Диплом победителя Всероссийской акции «Я могу».



**НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618**