

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**СЕМЬЯ - КАК НАЦИОНАЛЬНАЯ ИДЕЯ
ЗДОРОВЬЕ**



СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ КРАЕВОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ЖУРНАЛА



7 декабря в администрации края прошел **КРАЕВОЙ СЛЕТ МАТЕРЕЙ АЛТАЯ - "Матери и отцы Алтая - за достойную жизнь наших детей"**

От редактора

«Здоровье алтайской семьи» - четвертый год с Вами!



Своеобразным отчетом о работе журнала стало совместное расширенное заседание Редакционного Совета и Общественной женской палаты при главе администрации края, прошедшее в конце ноября. В нем приняли участие партнеры журнала по социальным проектам - Алтайское краевое научное общество кардиологов, Ассоциация средних медицинских работников, кафедра акушерства и гинекологии АГМУ, Краевой Диагностический центр, а также представители журнала из городов и районов края.

В заседании участвовали заместитель главы администрации края по социальным вопросам **Николай Петрович Черепанов** и заместитель председателя комитета по здравоохранению администрации края **Виктор Васильевич Яковлев**, заместители глав администраций Первомайского района **Нина Гавриловна Санникова**, Топчихинского - **Ольга Петровна Тутынина**, Калманского - **Людмила Георгиевна Бугакова**, председатель городского Совета народных депутатов г.Новоалтайска **Александра Васильевна Каркавина**.

Все участники единодушно отметили, что журнал стал не только достаточно ярким явлением в жизни края, а действительно объединяющим - в интересах семьи, матерей, отцов и детей - активных людей, занятых в самых различных сферах деятельности (здравоохранение, образование, культура, социальная защита, предпринимательство, научная деятельность), а также лидеров общественных женских и ветеранских организаций. Ценным является и то, что начатые нами совместные социальные проекты - «Здоровая семья - это здорово!», «О мире и о войне», «Вахта памяти», «Место жительства - место воспитания», «Вырасти дерево»,

«Дворовые праздники», «Школа ответственного материнства», «Школа артериальной гипертензии», «Научи учителя» и другие - находят все большее число последователей и становятся краевыми.

На последнем заседании редакционный Совет журнала был расширен, в него вошли заместитель председателя комитета по здравоохранению администрации края В.В. Яковлев, Президент Ассоциации средних медицинских работников края Л.А. Плигина и Н.И. Фадеева, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ.

Немного о наших планах на новый 2006 год... Прежде всего, мы планируем продолжить уже заявленные нами проекты, число их участников растет, как за счет включения новых партнеров, так и расширения географии.

Проблема повышения рождаемости, поиска путей выхода из демографического кризиса в целом и в стране, и в крае, практически возведены в ранг стратегических государственных задач, также как и вопросы ответственного родительства. Помимо расширения освещения круга проблем в рамках проекта «Ответственное материнство», мы начинаем разговор об «Ответственном отцовстве». Мужской кризисный центр, общественные объединения отцов, специалисты андрологии, общественные организации, исследующие гендерные (равенства полов в обществе) тенденции, уже подтвердили свою готовность к сотрудничеству. Роль отца в современной семье меняется, здоровье мужчин, мальчиков, будущих отцов, вызывает беспокойство у специалистов, не говоря уже о проблемах насилия в семье, роста числа детей в неполных семьях, в том числе, где воспитанием детей занимаются только отцы.

Для крупных городов вопросы сохранения среды обитания становятся все более и более актуальными. Выступление на страницах журнала доктора медицинских наук, профессора, члена редакционного Совета А.Ф. Лазарева, где наряду с другими вопросами он выразил обеспокоенность по проблеме чистого воздуха, рассказал об исследованиях заболеваемости раком и загрязненности воздуха в городе Барнауле и, если так можно сказать, необходимости «транспортной политики» в городах, - заинтересовало Ассоциацию электротранспорта края. Мы договорились о проведении ряда совместных мероприятий под девизом «Ключ к здоровью. Чистый воздух».

У нас складываются достаточно продуктивные и последовательные отношения с целым рядом территорий, где благодаря активности медицинских работников, заинтересованности администраций районов делается не только многое в плане укрепления материальной базы учреждений здравоохранения и других социальных сфер, но есть особое понимание своей миссии в вопросах сохранения здоровья населения, формирования здорового стиля жизни. Это - Троицкий, Топчихинский, Благовещенский, Бийский и другие районы края.

Н.П. Черепанов, заместитель главы Администрации края по социальным вопросам:

- Считаю, что сегодняшняя встреча знаковая: здесь собрались представители двух общественных организаций. Мы должны сами себя мотивировать на ведение здорового образа жизни. На мой взгляд, журнал в этом - великолепный помощник. Могу сказать, что аналогов «Здоровью алтайской семьи» и его редакционной коллегии в Сибирском федеральном округе точно нет. И поэтому мое присутствие сегодня здесь, в этом зале это положительная оценка работы как журнала, так и Общественной женской палаты, а точнее - их сотрудничеству. Цели и задачи журнала, считаю, правильными, они схожи с целями краевых властей. Реализуемые социальные программы направлены на семью, материнство, рождение здорового ребенка. Здоровая семья в моем понимании это прежде всего здоровое общество (а иначе и быть не может!).





Как особая форма сотрудничества **Соглашение о социальном партнерстве** стало достаточно распространенным. Именно по этому пути пошли НКО (некоммерческие женские организации), сначала, по инициативе Краевого Совета женщин, подписав соглашение о сотрудничестве между собой, а затем - с Администрацией Алтайского края, которое, по сути, трансформировалось в работу на постоянной основе через институт - Общественную женскую палату при главе администрации края. Я с первого дня являюсь ее членом и уверена, что тот опыт, который нарабатываем мы, женщины-общественницы, в диалоге с властью, очень важен, и результатом, в том числе и в этой общественной деятельности, станут принятые на уровне края Программы в интересах семьи, материнства и детства.

Сколько замечательных, неравнодушных людей живет в нашем крае, сколько идей, творческих проектов, а поделиться опытом не всегда получается, а это так важно... Иногда другая ситуация есть потенциал, инициатива, но не находят они поддержки и затухают, а другие, наоборот, по простоте душевной столько наворачотают, что окружающие только вздыхают: «эту энергию, да в мирных целях». Еще очень важно, не расплыться, определить приоритеты, собрать разрозненные силы и средства, обеспечить координацию, разъяснить и объяснить неустанно всем жителям, почему именно эта или иная проблема сегодня «злоба дня». Но главное, как против этого социального зла, будь то наркотика, пьянство, туберкулез или сиротство при живых родителях, как можно бороться всем миром. Ибо самое страшное зло это равнодушие, когда наблюдают, как распевают души наших детей, как рушатся семейные устои, сам уклад российской жизни, думая, что мой дом эта беда точно обойдет стороной, по меньшей мере, это близоруко, если не преступно!

Нами достигнута договоренность с администрациями **Первомайского и Калманского районов** о заключении своеобразного Соглашения о социальном партнерстве между журналом «Здоровье алтайской семьи» и администрациями районов, учреждениями социальной сферы и различными районными общественными организациями, в первую очередь, Советами женщин и ветеранов. **Цель - более широкое вовлечение и общественных институтов, и самого населения в программы, способные оказать влияние на положение семьи, демографическую ситуацию, улучшение показателей здоровья населения.**



Со стороны журнала свое участие в таком сотрудничестве с районами подтвердили практически все его партнеры: и Алтайское краевое научное общество кардиологов, и участники проекта «Школа ответственного материнства», и Заслуженный художник России **Ильбек Хайрулинов** со своими учениками.

Выбор районов был, в некотором роде, predetermined, прежде всего, готовностью и заинтересованностью в таком проекте и сотрудников учреждений социальной сферы, и представителей общественных организаций, и, что немало важно, администраций районов.

Кроме того, работу в этих районах мы начинаем не с чистого листа. Фактически мы сотрудничаем уже третий год. Первые семинары по «Школе артериальной гипертонии» прошли в Первомайском районе. Неоднократно мы встречались как на районных медицинских конференциях, так и на межрайонных семинарах, проводимых нашим журналом, со специалистами из этих районов.

В селе **Санниково** Первомайского района с акцией «Здоровая семья это здорово» мы были с **Никитой Джигурдой**, а в селах **Первомайское** и **Бобровка** встречи ветеранов и молодежи с художником И.Хайрулиновым завершились концертом творческих коллективов ДК Барнаула - так же постоянными участниками наших акций.

Есть и личный момент - в Первомайском районе я живу, а в Калманском окончила среднюю школу. Мой отец, Валентин Семенович Бочаров, работал директором совхоза им.Ленина в 70-е годы, а мама Лия Анфиногентовна преподавала химию в Новоромановской средней школе.

Совсем недавно была в своей школе: порадовалась тому, как светло и до боли узнаваемо в кабинете, который когда-то

оборудовала моя мама, а саму школу воспринимаю как добрую память о делах моего отца - в свое время он очень много сделал для того, чтобы она была построена в селе в первую очередь.

В конце декабря состоится официальное, если так можно сказать, закрепление соглашения. Мы обязательно расскажем об этом в журнале.

Мы планируем наладить полноценное сотрудничество и с учреждениями социальной защиты населения в крае. На прошедших в этом месяце совещаниях как с представителями центров помощи семье и детям, и комитетов по социальной защите городов и районов края, предваряя наше взаимодействие, руководители Главсоцзащиты предоставили возможность провести презентацию журнала и его социальных проектов. Уже есть первые результаты, как пример - Бурлинский центр социальной защиты.

Специальные выпуски журнала, рабочие тетради по отдельным темам, такие как «Школа больных артериальной гипертонией», «Школа остеопороза», «Школа ответственного материнства» и другие - вызывают живой интерес как у специалистов, так и у населения. **Это направление будет обязательно продолжено.**

Мы планируем расширить наше представительство, особенно в Каменской и Славгородской зонах, где наш журнал еще мало известен.

Убедена, что все это непременно произойдет, потому что те, кто ставит задачи, а затем целенаправленно идет к своей цели, вовлекая все новых и новых сторонников, - всегда достигают цели. На месте стоят лишь те, кто ищет причины для того, чтобы не двигаться, найти любое оправдание своему бездействию...

До встречи в Новом, 2006 году!

«Матери и отцы Алтая – за достойную жизнь наших детей» - под таким девизом на Слете Матерей собрались представители почти 800-тысячной армии матерей городов и районов края, который проходит как итоговый краевой форум, посвященный Дню матери в России, и направлен на поддержку материнства в стране, крае.

Отдавая должное силе духа, выносливости, терпению, трудолюбию наших женщин, несущих на своих плечах не только проблемы семьи, детей, а еще и груз социальных проблем всего общества, будет справедливо в центр внимания сегодня поставить Ее величество – женщину-мать!

У России вообще, как известно, и женская душа, и женская судьба. Красотой и силой духа российских женщин, их умением выживать в самых трудных ситуациях восхищаются во всем мире. Философ Лосский писал, что «россиянка всегда стоит перед богом, благодаря ей Россия сильна». Вот и сегодня благодарная Россия снова приникла к родному материнскому сердцу. А каково ей самой, женщине-матери, сегодня? Ведь не зря в народе говорят, что, если хотим знать правду о будущем, надо заглянуть в глаза детей, о прошлом – в глаза стариков, о настоящем – то надо заглянуть в глаза женщине-матери. Как ей живется в новом XXI веке?

...Мы в вечном долгу перед Вами...

- Не скрою, что ни одна встреча, ни один форум не заставляет так волноваться, как материнский! Это и понятно: все мы родом из детства. И сколько бы ни было нам лет, кем бы мы ни становились: политиками или учеными, генералами или рабочими... - перед матерью мы всегда в неоплатном долгу, а перед сотнями матерей, как сейчас, это чувство становится особенно сильным, как и чувство вины, что мы, как сыновья, не все еще сделали, чтобы все матери края и России были сегодня спокойны и счастливы, - **такими словами начал свое выступление от администрации края Николай Петрович Черепанов, заместитель главы по социальным вопросам администрации края.** – Да, мы осознаем, что быть матерью не только великое счастье, но и в то же время – великая ответственность, нелегкий, самоотверженный труд. Кто поспорит, что самый первый и основательный «камень» в фундамент жизни каждого человека закладывает прежде всего мать, родители, семья. Именно мать воспитывает в каждом из нас представление о главных человеческих ценностях. С этого воспитания начинается формирование личности и «восхождение по «жизненной лестнице». Насколько прочна будет эта «база» жизненного старта, станет ли ребенок счастливым, успешным, активным членом общества – во многом зависит от вас, матерей.

Поэтому и День Матери - скорее не праздник, а день беспокойства за реалии в положении женщин-матерей.

Почти треть матерей в крае сегодня живут в семьях, относящихся к бедным, и большая часть из этих бедных семей либо многодетные, либо мать одна воспитывает своих детей. Происходит «феминизация бедности» за счет обеднения семей без отцов, а таковыми в России является каждая пятая семья и в крае их более 80 тысяч. Особенно трудное материальное положение - в многодетных семьях, где пять и более детей. Их по краю более тысячи.

Можно ли при таких реалиях упрекать женщину-мать, что она в силу неуверенности в завтрашнем дне боится иметь детей? **Рождаемость в крае, хотя и заметно выросла по сравнению с 2001 годом, все же не обеспечивает даже простого воспроизводства населения.** Серьезную озабоченность вызывает здоровье женщин-матерей, рост их общей заболеваемости. На одну беременную женщину приходится 2-3 заболевания, что негативно сказывается как на исходе родов, так и на здоровье новорожденных.

Как же влиять на всю эту ситуацию? Что сделать, чтобы изменить ее к лучшему? Какой должна быть политика государства, краевых органов власти, чтобы семья, мать, ребенок чувствовали себя защищенными? А с другой стороны не менее важно, чтобы и сама



семья, родители осознанно и ответственно подходили к рождению детей и выполняли свои главные функции по их воспитанию, развитию, защите от всяческих бед.

В первую очередь **предстоит повысить всеми существующими государственными способами престиж материнства и отцовства**, создать условия, благоприятствующие рождению и воспитанию детей, поддержать семьи с детьми.

И не декларативным путем.

В настоящее время мы с удовлетворением восприняли новые Национальные проекты, предложенные Президентом России. Все они, а особенно «Здоровье», «Образование», «Жилье», направлены на повышение качества жизни россиян.



По каждому Национальному проекту мы разработали свои программы, взаимодействуем с федеральными структурами и работаем в крае на опережение.

Немало волнений у людей вызывает введение нового Федерального закона ФЗ-131 по вопросам местного самоуправления. Хочу заверить, что сделаем все возможное для сохранения и даже развития школ, детских садов, клубов, чтобы не навредить ни сельской семье, ни детям, ни всему сельскому сообществу. Уже сейчас мы приняли целый пакет краевых законов, позволяющих это сделать. Но здесь и женские организации тоже должны сказать веское слово!

Кроме уже названных Национальных программ, А.Б. Карлин, глава администрации края, назвал приверженность федеральным и краевым целевым программам, таким, как «**Дети России**», «**Дети Алтая**», в частности, ее подпрограммам «**Профилактика беспризорности и правонарушений**», «**Здоровый ребенок**», «**Дети-инвалиды**». Согласно уже принятому краевому закону, с 2006 года будут увеличены в три раза ежемесячные пособия на детей из многодетных семей. В 2006 году будет по-прежнему адресная помощь и поддержка малообеспеченных семей. За этот год ее уже получили более 200 тысяч нуждающихся семей.

Не уменьшается объем средств в бюджете 2006 года на решение вопросов оздоровления, отдыха, полезной занятости детей и подростков.

Все созданные в крае центры по работе с семьей и детьми, а их уже 60, реабилитационные центры для детей и подростков, мужской и женский кризисный, будут в 2006 году работать в режиме помощи в решении сложных социальных проблем семьи, матерей, отцов и детей.

В целях формирования здорового образа (стиля) жизни, профилактики различных социально обусловленных заболеваний в 2006 году будут и дальше выполняться такие краевые целевые программы, как «**Здоровый образ жизни**», «**Безопасное материнство**», порядка 15 медицинских целевых программ, в том числе и по борьбе с туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ/СПИД и другие.

С целью сохранения комплексного подхода к решению проблем семьи, охраны материнства и детства пойдем на проработку новой краевой целевой программы «**Семья**», которой, к сожалению, пока не дождалась на федераль-



ном уровне. Взвесим вместе с депутатами краевого Совета наши возможности.

Пока в этом направлении мы делаем немного. В то же время понимаем, что если срочно не изменить ситуацию по семье в лучшую сторону, то снижение стартовых возможностей детей из разных по доходу семей может привести к значительным потерям и интеллектуального, и физического потенциала как нашего края, так и страны в целом.

Сегодня следует признать, что законодательная, нормативная и ресурсная база, на основе которой реализуются обязательства государства перед женщинами и детьми, далеко не адекватна сложившейся демографической ситуации. А разграничения полномочий, в силу **ФЗ-122**, еще больше увеличивают это несоответствие.



Вот все эти вышеназванные обстоятельства и позволяют нам в качестве основополагающей идеи выдвигать идею укрепления института семьи, идею здорового образа жизни в здоровой семье, идею ответственного отцовства и материнства. **Семья может и должна превратиться у нас из заложника реформ в их движущую силу.**

Вот почему государственным органам, органам муниципального управления и общественности, в частности, женским, материнским общественным организациям, нужно вести совместную деятельность по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе, формированию ответственного родительства. Тем более, что в нашем крае опыт такой совместной работы уже есть!

Счастливая жизнь ребенка, матери, их здоровье и благополучие – вот мерило эффективности всей нашей политики и в крае, и в России.

И в реализации этой политики ваша роль, дорогие женщины-матери, незаменима и неоценима! Но мать во все времена не требует за это благодарности. Она просто бескорыстно любит, надеется, верит. Наградой ей может быть только достойная жизнь ее детей в достойной стране. А мы в вечном долгу перед вами. Живите и здравствуйте! Будьте счастливы! Поклон вам до самой Земли.



«Живые родники» России

(Из выступления на Дне Матери Н.С. Ремневой, председателя Общественной женской палаты при главе администрации края)

Особенностями 2005 года является то, что весь год окрашен яркими красками 60-летия Великой Победы, а для нас, женщин, крайне важным является еще одно событие. В сентябре, исполнилось 10 лет со времени проведения в Пекине Четвертой Всемирной конференции по положению женщин. Сейчас проводится оценка выполнения основных документов Конференции: Декларации и Платформы действий, которые в числе 189 стран-участников обязались выполнять и Россия, заявив о своей приверженности делу обеспечения равных прав и равных обязанностей и равных возможностей женщин и мужчин.

Общественные (неправительственные) организации также призваны всемерно содействовать выполнению платформы действий. Но сегодня в России сложилось так, что положительных тенденций практически нет. **Национальный план действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе на 2001-2005гг. оказался больше декларацией, чем действием. Более того, за годы реформ возросли основные препятствия для реализации женщинами их интеллектуального и творческого потенциала, использования их особенного социального опыта.**

Феномен российской женщины, на плечи которой всегда ложились основные тяготы и лишения, в том и состоит, что она во всех жизненных ситуациях - всегда созидательница. В моменты политических, экономических, социальных и иных преобразований, потрясений и взрывов они делают выбор всегда в пользу Созидания и мира!

А еще наши женщины-матери являются, как правило, главными труженицами в своих семьях, на своих подворьях, а главное - они несут уют, чистоту, мир и покой, сияние и свет своей души в каждый дом! Но и этого мало. **Нашим женщинам-матерям до всего есть дело! Они не сетуют и не раскисают, а работают.**

Одна из наших алтайских поэтесс об этом очень верно сказала:

*«Коль жизнь скупа, что сетовать на это?!
В плену обид и неудач не раскисай! Не ной! Не плачь!
А действуй! Верная примета,
Что ты живешь!»*

В силу этой жизненной позиции так много женщин-матерей среди активисток-общественниц, лидеров женских и других общественных организаций, родительских комитетов, клубов по интересам, членов Советов ветеранов, женских и других.

Наш край тоже не случайно считается наиболее «продвинутым» по численности и активности женских организаций, действующих в интересах семьи, охраны материнства, отцовства, детства, а также по сформированному механизму взаимодействия НКО как между собой, так и с властью, по заметному вкладу женских НКО, особенно Советов женщин, в экономическое, социальное и духовное развитие сел, районов и городов края.

В рамках подписанного еще в 1998 году Соглашения о социальном партнерстве администрации края с краевым Советом женщин, рядом других женских НКО, многие наши инициативы и акции поддерживались властью как на краевом уровне, так и на местах, на уровне муниципального управления, становились совместными, традиционными.

Особенно результативно действуют Советы женщин Новичихинского, Первомайского, Ключевского, Табунского, Калманского, Топчихинского, Каменского и др.

Поиск новых путей, форм и методов взаимодействия власти и женских НКО привел нас к созданию в 2003 году Общественной женской палаты при главе администрации края, **главной целью работы которой обозначено становление и реализация политики равных прав и равных возможностей мужчин и женщин в крае, осуществление этого равноправия в семье и обществе, а самое жизненно важное - формирование института ответственного отцовства и родительства.** Мы, члены Общественной женской палаты - лидеры женских НКО края - очень признательны главе администрации края **А.Б. Карлину**, к которому мы обратились со своими предложениями о продолжении работы Палаты в прежнем статусе, за поддержку, за признание наших возмож-

ностей, за желание продолжать сложившийся диалог власти и НКО.

Мы первыми заявили на федеральном уровне, что «не надо больше бродить в потемках в поисках национальной идеи», мы ее на Алтае определяем так: «Спасем семью - спасем Россию».

Чтобы привлечь еще больше внимания общественности к материнскому труду, придать самую высокую значимость материнству, еще в 2001 году была объявлена в России Эстафета материнского подвига. Наши матери Алтая, в большей степени сельские, сразу приняли в ней активное участие и продолжают ее уже пятый год как своеобразную Эстафету поколений, передачу опыта и подвига от матери к дочери. И так будет, как они сами-то решили на краевом Слете матерей пять лет назад, пока продолжается сама Жизнь на Алтае.

Матери, которые стали победительницами Эстафеты у себя в районах и городах, по сути являются материнскими эталонами ответственного отношения к главным жизненным ценностям: к семье, детям! Они не только родили 3, 5, 7 и даже 15 детей, они их хорошо воспитывают - в любви, труде, учат такому же ответственному отношению в будущем к выполнению своих главных социальных ролей - матери и отца. Итоги Эстафеты, подведенные в этом году, дали еще 35 имен матерей-победительниц Эстафеты материнского подвига. Эти имена, как известно, заносятся в Летопись материнской славы Алтая. Им вручаются дипломы главы администрации края, ценные подарки, им - наша огромная человеческая благодарность за то, что они неустанно совершают свое материнское подвижничество. Ибо, пока мать жива, не прервется нить жизни, неодолимая сила берегини, хранительницы семейного очага, устоев и традиций семьи, будет жива семья, вырастут и возмужают сыновья, будущие отцы, мужья, труженики и защитники Родины, вырастут дочери, будущие мамы, жены, «живые родники» России. Значит, будет жизнь на Земле, будет наша мать - Россия.



Победительница Эстафеты материнского подвига Алтая

**Наталья Викторовна Бобрыш,
с.Боровиха Первомайского района**

В 1972 году накануне праздника весны и женщин – 8 марта, в с.Боровиха родилась девочка Наташа. Ходила в детский сад, потом в среднюю школу, параллельно училась и в музыкальной школе, которую закончила с отличием. По окончании школы стала студенткой Новосибирского института легкой промышленности.

После первого курса вышла замуж, через год в молодой семье появляется первое чудо – дочь Кристина. Маме Наталье – всего 19 лет...

Несмотря на трудности, благодаря поддержке мамы, Наталья закончила ВУЗ. Молодые родители хотят еще и сына. Папа мечтает о Данииле, а маме нравится имя Артем. В 2001 году судьба распорядилась так, что на свет появляются сразу два сына: Даниил и Артем. Но детишки родились преждевременными, слабенькими. Много сил, мужества и терпения потребовалось молодой многодетной маме. Но Наталья не была одинока: рядом – любящий муж, всегда готовые прийти на помощь родственники.

Сейчас трудно поверить, глядя на крепких и здоровых мальчишек, с удовольствием посещающих детский сад, что когда-то их жизнь висела «на волоске». Братья-двойняшки очень смывленные и музыкальные, в свои 3,5 года они складывают слова, считают в пределах 10, занимаются лепкой и аппликацией. Бережно относятся к своим игрушкам и вещам.

Старшая дочь учится в лицее №86 г.Барнаула. Увлекается историей и археологией. В лицее есть исторический музей, в котором Кристина проводит много времени. Директор музея отзывается о ней с большой теплотой и видит в ней будущую коллегу. Кроме того, Кристина – участник команды КВН.

Атмосфера любви, доброжелательности, взаимопонимания помогает семье Бобрыш преодолевать все возникающие трудности. Когда-то Наталья и Андрей начинали жить в маленькой избушке, сейчас у них большой, красивый благоустроенный дом, где все сделано руками всех членов семьи от мала до велика.

Когда дом был почти готов, случился пожар. Материальные потери были не особенно велики, но копать и сажу на мебели, стенах чистили и мыли не один день всей семьей. Руки не опустили, не впали в отчаяние, а привели дом в идеальный поряд-

док. Самый большой оптимист в этом чудесном семейном коллективе – Наталья, мама и жена, родной человек и подруга. Воспитывает и учит детей любить жизнь и уметь трудиться. В семье Бобрыш у каждого есть дело и собственный инструмент. Соседи умиляются, глядя как малыши, каждый со своей тяпочкой, выходят полоть грядки в огороде.

В доме много различных поделок, выполненных руками детей при участии папы, под маминым руководством. Когда в детском саду объявили конкурс «Наш дом», вся семья трудилась над изготовлением макета своей усадьбы из соломки, прутьиков и пластилина. Трудились не зря: заняли первое место.

Для мамы к 8 марта дети готовят мягкие игрушки под руководством папы. Свой творческий подход к делу, мастерство и умение уже сейчас старается Андрей Викторович привить мальчишкам.

Наталья Викторовна в настоящее время работает инженером связи в ГУВД Алтайского края. В этом году за трудовые достижения и в связи с профессиональным праздником она награждена нагрудным знаком.

Наталья Викторовна воспитывает не только своих детей. Она активный участник общественной жизни села Боровиха: член родительского комитета, член Совета женщин.

В этом году семья Бобрыш отметила 15-летие совместной жизни. Проводит праздники семья дома. Наиболее любимый – Новый год: папа одевает ко-



стюм Деда Мороза, дарит всем подарки и устраивает фейерверк. Мама играет на аккордеоне, все дружно поют и задорно веселятся.

Атмосфера тепла и домашнего уюта, ощущение бережного отношения друг к другу, уважения и любви царят в этом доме. А в трудную минуту они еще сплоченнее. Когда серьезно заболел папа, от него буквально ни на минуту не отходили жена и дети. Не столько лекарства, сколько заботливый уход, внимание, любовь и поддержка помогли Андрею встать на ноги. Общаясь с семьей Бобрыш, начинаешь отчетливо понимать, что быть матерью, женой – это от Бога. Бескорыстное, беззаветное, граничащее с самопожертвованием служение своей семье, детям – суть российской женщины-матери. Желание и умение сохранить душевное тепло, радость и счастье близких и дорогих людей – основные качества Натальи Викторовны Бобрыш – победительницы районной эстафеты «Материнский подвиг» в 2005 году.

О.Скоробогатова

*На обложке журнала (в центре):
победительница Эстафеты материнского подвига Алтая в 2005 году*

**Лидия Васильевна Лысенко,
Калманский район**

У Лидии Васильевны шестеро детей. Самому старшему сыну Тимофею, названному в честь деда, уже 25 лет! Да и сама она выросла в многодетной семье: у нее три брата и пятеро сестер.

Работая учителем математики, Лидия Васильевна активно занимается и общественной работой. Ее жизненный девиз «не слова, а дела». Но главное для нее - поднять на ноги своих детей, выучить нынешних трех своих студентов и, конечно же, позаботиться и об остальных.

День Матери на Алтае

Практически в каждом районе края в ноябре прошли праздничные мероприятия, посвященные Дню Матери. Мать - святое для каждого человека понятие. Но, наверное, для большинства мать - это прежде всего вечная труженица, не привыкшая проводить время в праздности, все у нее дела, все заботы... Не зря нерадивой хозяйке говорят: «Ну какая же ты мать!». Почему же все мы так непросто призываем к этому празднику?

Посмотрите, наша чуткая полиграфия заваливает нас открытками, посвященными Дню Святого Валентина или 1 апреля, но я не нашла ни одной открытки ко Дню Матери!

А он, этот поистине замечательный праздник, входит в нашу жизнь, набирает силу, и во многом благодаря активности женских общественных организаций. Мне, как члену Общественной женской палаты при главе администрации края, удалось побывать на ряде мероприятий, в том числе в Новоалтайске на итоговом городском мероприятии, посвященном этому событию, которое проходило впервые, но собрало полный зал КДЦ «Космос».

В нашем Первомайском районе в прошедшем году районное мероприятие встречало село Боровиха, а в этом году женщины собрались в Доме культуры с.Зудилово.

Советы женщин в районе начали создаваться еще 18 лет тому назад. Именно с того времени помню по краевым мероприятиям **Антонину Григорьевну Шибких (на фото - справа)** - удивительно красивую и цельную женщину. На встрече в этом году узнала, что она возглавила объединенный Первомайский районный и Новоалтайский городской Совет солдатских матерей. Сколько нужно иметь сочувствия, как сохранить стойкость и не уйти в свое горе, уметь сопереживать чужой беде, чтобы найти слова утешения и поддержки матерям, которые в наше мирное время теряют сыновей в «горячих точках», да не просто утешить, а реально помочь, практически вернуть к жизни!



Ольга Петровна Скоробогатова - председатель Первомайского районного совета женщин - для каждой присутствующей в зале мамы находит свои особенные слова. ►



Какие они все разные!.. **Оксана Алексеевна Гордеева** - учитель математики в с.Сорочий Лог, в семье - две дочери. Многие ее помнят еще с юности - заводила. Сначала председатель Совета дружины пионерской организации, потом - секретарь комитета комсомола, а теперь - председатель женсовета села. Умение радоваться жизни и радоваться за других - ее отличительная черта. Может быть, поэтому она инициатор всех сельских праздников, даже спектакли у себя в селе ставили! ▼



▲ **Ольга Самойлова** - воспитатель детского сада - занимается фотографией, шьет, вяжет, да не только мужу и детям, но и куклам. В семье в любви растут дочь и сын.

«В селе березового ситца
Народ библиотекою гордится
Там Вера Сергеевна прием ведет,
Дает советы всем во всем,
То вечер встречи проведет,

То песни с бабками споет» - такими нехитрыми стихами коллеги очень точно подметили, что именно сельская библиотека, где рачительная хозяйка - **Вера Сергеевна Дрогалева**, стала очагом культуры, духовности для жителей с.Жилино. Своей в этом селе стала и приехавшая 32 года тому назад молодой учительницей немецкого языка **Нина Васильевна Каликина**. Сколько ребят получили от этой замечательной женщины путевку в жизнь (а работала она и завучем, и директором местной школы)! Не зря в ее день рождения, другие праздники в ее дом обязательно заглядывают бывшие ученики.

(Продолжение на стр.51-52)

«Спасем город от наркотиков»

В г.Новоалтайске по инициативе Издательства «Вечерний Новоалтайск» был создан специальный фонд «Спасем город от наркотиков!», в рамках которого был организован целый ряд различных мероприятий, направленных на борьбу с наркоманией.

8-9 декабря прошел семинар для волонтеров по программе «Равный обучает равного». С таким предложением изначально выступили Новоалтайская городская межведомственная комиссия по борьбе с наркоманией и комитет молодежи администрации края.

В подготовке семинара приняли участие заведующая отделом по делам молодежи городской администрации **Н.В. Щепина**, главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» **И.В. Козлова**, социальный педагог школы №1 г.Новоалтайска **М.М. Черкасова**, а также специалисты краевого наркологического диспансера **Г.И. Теплякова**, **Г.Ю. Неверова**, **О.А. Негодяева** и сотрудники редакции городской информационной газеты «Вечерний Новоалтайск». Двадцать пятнадцатилетних добровольцев из школ №№ 30, 166, 3, 12, 6, 1, Алтайского филиала Новосибирского техникума железнодорожного транспорта, ПУ-44, АлтГТУ, базового медицинского училища собрались на двухдневный семинар на базе школы №1, гостеприимно предоставившей для этих целей современно оснащенный кабинет – медиатеку. Организаторы мероприятия благодарят администрацию школы №1, библиотекарей и работников столовой за чуткое отно-

шение и сопричастность к общему делу в борьбе с наркоманией.

Конечно, двух дней для того, чтобы получить системное представление о том, каким образом обучить своего сверстника антинаркотическим азам, крайне мало. Но одно то, что двадцать новоалтайских подростков выразили готовность этого добиваться - каждый на своем месте, - уже вклад в противостояние наркомании. Рассказать своим ровесникам понятным и доступным языком о вреде наркотиков, применить знания, полученные на семинаре, протянуть руку помощи равному – ребята смогут, а это и есть главное. У этих подростков есть первоначальный багаж умений и навыков, есть желание его использовать во благо, они не будут бояться применить свои знания в кругу друзей, одноклассников и просто равных себе.

Новичков добровольческого движения взяли курить новоалтайские «коллеги», прошедшие полный курс в рамках программы «Равный обучает равного», - **Т.Ковальчук**, депутат Молодежной думы, и **Н.Дикарева**, работник центральной городской больницы, которые уже начали свою волонтерскую деятельность. Ребята приглашены в одно из учебных заведений города на конкретное мероприятие, где увидят, каким образом теоретические знания можно реализовать на практике, как далее можно использовать практический опыт.

Л. Менщикова

Равный – равного!

В октябре 2005 года в Новоалтайске при содействии комитета по народному образованию социальными педагогами школ среди школьников было проведено анкетирование. Вот некоторые их ответы, которые заставляют нас, взрослых, призадуматься.

◆ Много ли среди твоих знакомых тех, кто употребляет наркотики? – «**есть, но немного**» (19%).

◆ Как ты считаешь, мода на наркотики – «**есть**» (30%), «**никогда не было**» (53%).

◆ Одобряешь или осуждаешь ты своих сверстников, употребляющих наркотики – «**сочувствую**» (35%), «**осуждаю**» (39%), «**мне все равно**» (23%).

◆ Известно ли тебе о влиянии наркотиков – «**хорошо известно**» (60%), «**ничего не известно**» (9%).

◆ Кто рассказал тебе о вреде наркомании – «**педагоги**» (42%), «**родители**» (35%).

◆ Ты лично уверен в том, что не будешь зависеть от наркотиков – «**да, уверен**» (90%).

◆ Нужна ли тебе помощь, чтобы не зависеть от наркотиков – «**да, нужна**» (17%).

◆ Знаешь ли ты, куда можно обратиться в городе за помощью тем, кто употребляет наркотики – «**не знаю**» (72%).

◆ Что надо сделать, чтобы уберечь людей от наркотиков? – «**наркоту не продавать**» (92%), «**больницу для лечения**» (93%), «**это бесполезно**», «**говорить об этом чаще**», «**усилить работу спецслужб**»...

◆ Что является для тебя самым главным в жизни? – «**любовь, взаимоотношения в семье**»; «**здоровье твоё и родственников**», «**хорошая учеба, образование**» (по убыванию приоритетов).

◆ Есть ли у тебя проблемы во взаимоотношениях - «**да, с папой**», «**да, с друзьями**».



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

Главный редактор -
Ирина Козлова
 тел. (3852) 24-12-87

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
 Компьютерный дизайн
 и верстка -
Оксана Ибель
 Отдел рекламы - т. 66-96-20
Татьяна Веснина,
Инна Гогичаева

Подписано в печать 12.12.2005г.
 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 ООО
 «Алфавит»: г.Барнаул, ул.Коро-
 ленко, 75. Тел. (3852) 65-91-18

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
 73618**

Проекты «Здоровая семья -
 это здорово!» «Школа ответ-
 ственного материнства», «Школа
 артериальной гипертензии» в
 2005 году осуществлялись при
 участии Гранта в сфере средств
 массовой информации админист-
 рации Алтайского края.

Содержание

День Матери на Алтае	2-6, 51-52
Спасем город от наркотиков	7
Как поставить диагноз по лицу?	9
Мир и медицина	10
Социальные проекты журнала	11
Д.Ф. Михальков. Возможности Диагностического центра Алтайского края растут	12-13
Мир и медицина	14
Биовитамины «НАПРАВИТ» – верное направление к идеальному здоровью!	15
Глоток шампанского	16
Жизнь в цифрах	17
Красный нос? Дед Мороз? Нет!	18
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 4). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. О методах выявления и лечения аллергии при бронхиальной астме	19-20
Н.Ю. Мальцева. А у нас в квартире... ..	21
Т.С. Чертовских. Мы не забываем о наших людях... ..	22
Человек и его родинки	23
Мир и медицина	24
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	25-28
И.А. Климова. Что такое катаракта?	29
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Хотим ребенка, или Преградиварная подготовка. Сомнения, волнения, тревоги	29-30
Мир и медицина	31
Л.А. Старкова, З.П. Степанова. Тревожные цифры глазного травматизма	32-34
В Новый год - со «Слоном»	35
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА. Как настроение?	36-37
Медицинский центр «Надежда»	38
А.Н. Александрова. Проблемная кожа	39-40
А.Н. Гончаренко. Здоровье детей – в руках родителей	40-41
О.Л. Баженов. О, этот переходный возраст!	42-43
Мир и медицина	44
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Самые известные типы диет	45-46
Омлет для желудка	47
ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. О.В. Стефановская, С.В. Пушкарева. Инсулинотерапия сахарного диабета 1-го типа: виды инсулина, режимы введения, факторы, влияющие на действие инсулина	48-50



АСТМА-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 4

О методах выявления и лечения аллергии при бронхиальной астме

Сегодня мы поговорим о выявлении аллергии и лечении
аллергического варианта бронхиальной астмы.

Как же выявить аллергию?

Если приступ удушья возникает от запаха рыбы, то здесь вопросов нет: аллерген выявлен. Если же вы задыхаетесь и на улице, и дома, и весной, и летом, то круг подозреваемых аллергенов очень велик. Чтобы проверить, насколько выражен у человека аллергический фон, исследуют **кровь на содержание иммуноглобулинов класса Е**. Это «неправильные» антитела, с которыми связано состояние готовности к аллергическим реакциям. Иммуноглобулины Е у аллергиков вырабатываются в большем количестве, чем у здоровых людей. Они находятся в крови и на специальных клетках ждут своего часа: как только аллерген попадает в организм, иммуноглобулин Е связывается с ним и происходит «взрыв» клеток и проявления болезни в виде спазма бронхов, кашля, насморка. Повышение иммуноглобулина Е не позволяет назвать «виновный» аллерген, но подтверждает аллергическую природу заболевания.

Следующий шаг выявления аллергии основан на введении человеку очень малых доз аллергенов - это **аллергопробы**. Основной метод - кожные аллергопробы. Они бывают скарификационные, когда кожу «царапают» и наносят растворы аллергенов, или

уколочными. Обычно проводят аллергопробы с несколькими группами аллергенов: бытовыми (домашняя и библиотечная пыль, перо подушки и др.), пыльцевыми (пыльца деревьев, злаков, сорных трав), эпидермальными (эпидермис кошки, собаки, аллергены других животных). Реакцию оценивают через 15-20 минут в баллах - от отрицательной до выраженной (++++). Положительный результат аллергопроб достоверно указывает на «виновный» аллерген, но он может остаться и нераспознанным.

Не для всех аллергенов созданы тестирующие препараты. Нередко бывают малоинформативными кожные аллергопробы с пищевыми аллергенами. Подтвердить роль продукта в возникновении аллергии помогает диета и ведение пищевого дневника (диета постепенно расширяется, отмечаются реакции на добавление новых продуктов).

Пробы проводят нежелательно: в период обострения заболевания, при беременности, маленьким детям, а также они не дают информации на фоне лечения глюкокортикостероидами, противоаллергическими препаратами. В этих случаях можно воспользоваться анализом на **специфические иммуноглобулины Е**, т.е. против конкретного аллергена. К этому анализу прибегают и в некоторых особых случаях, например, для подтверждения аллергии к яду пчел и ос. Что касается лекарствен-



ной аллергии, то достоверных методов для ее подтверждения нет. Если у вас была реакция на какое-либо лекарство, его больше не следует принимать. **Обязательно сообщите об этом вашему врачу!** ▶

Немного

о лечении аллергии

Первый принцип лечения бронхиальной астмы, связанной с аллергией, - это элиминация (в переводе это означает «исключение») причинно-значимых аллергенов. Весьма часто это оказывается непростой задачей. Или просто невозможным условием: например, избежать контакта с пыльцой в период цветения растений. Несмотря на это, почти всегда возможно уменьшить концентрацию аллергенов.

О мерах профилактики пыльцевой, бытовой, грибковой аллергии мы рассказали в прошлых беседах. А сегодня подробнее остановимся на том, что делать, если у вас аллергия на домашних животных. Надо помнить, что безаллергенных животных не бывает! Даже аквариумные рыбки, а точнее корм для рыб (дафнии и пр.) могут вызвать приступ удушья.

Что же делать?

- ❁ не допускайте животное в спальную комнату;
- ❁ ковры, паласы, покрытия подвергайте регулярной чистке;
- ❁ при выходе на работу смените одежду, если в доме был контакт с домашним животным;
- ❁ не посещайте цирк, зоопарк и места, где есть животные;
- ❁ не пользуйтесь одеждой из шерсти, меха животных;
- ❁ по возможности, найдите для домашнего животного другого владельца и не заводите новых домашних животных;
- ❁ после удаления животного из квартиры проведите неоднократную тщательную уборку для полного удаления следов слюны, шерсти, экскрементов животного.

К сожалению, дома с нами живут не только любимые животные, но и тараканы, которые часто становятся причиной аллергических реакций. Аллергию в этом случае необходимо восполнить соответствующими инсектицидами, законопатить места обитания тараканов, сделать недоступными остатки пищи и воды; загрязненные тараканами постельные принадлежности, шторы, покрытия должны быть тщательно вымыты.

Итак, напомним, что в основе аллергии - «поломка» в иммунном ответе. Сложное устройство иммунной системы объясняет то, что на данный момент не существует ни одного



стапроцентного способа лечения аллергии. Как же устранить имеющийся дефект иммунной системы? На этот вопрос ученые и врачи ищут ответ с того момента, как была установлена роль измененного иммунного ответа организма в развитии аллергии. Хотя аллергология и клиническая иммунология - науки молодые, но они быстро развиваются, так что ответы на многие вопросы уже близки.

Сегодня снизить чувствительность к аллергенам возможно с помощью метода гипосенсибилизации, или **специфической иммунотерапии (СИТ)**. Метод основан на регулярном введении аллергена в минимальных возрастающих дозах с целью снижения чувствительности к данным аллергенам. С помощью этого метода и пытаются воздействовать на нарушенный иммунный ответ.

Среди множества способов лечения аллергии, доступных сегодня, специфическая иммунотерапия остается единственным методом, который потенциально способен излечить вас от болезни. Метод рекомендуется для лечения аллергического насморка, конъюнктивита, пыльцевой бронхиальной астмы и аллергии на перепончатокрылых насекомых. Применяется он, если «виновный» аллерген точно известен, спектр значимых аллергенов невелик. При atopичес-

кой бронхиальной астме СИТ показана при тяжелом течении астмы и, что особенно важно, хорошем ее контроле, который должен достигаться постоянной противовоспалительной терапией.

В России чаще всего СИТ проводится бытовыми (клещи домашней пыли) и пыльцевыми аллергенами. За рубежом проводят СИТ с аллергеном кошки, вводя его в постепенно повышающихся дозах. Такое лечение не только позволяет переносить кошачье общество, но и улучшить течение астмы в целом. Эффект от лечения сохраняется на длительный (многолетний) период.

СИТ хороша тем, что обладает профилактической эффективностью, поскольку предупреждает переход, например, аллергического насморка в бронхиальную астму. Этот вид лечения - длительный (до 3-5 лет), требующий ре-

гулярного лечения и проводится только под контролем аллерголога!!

Сейчас в России для лечения аллергии разрабатываются особые лечебные аллергены - алерговакцины. Высокоаллергенные свойства (как нежелательные) у таких вакцин снижены, а иммуногенные (лечебные) - повышены. Разработка алерговакцин является одним из приоритетных направлений в аллергологии. Созданы новые формы аллергенов длительного действия - достаточно нескольких инъекций перед обострением сезонной астмы, чтобы человек не страдал от аллергии весной и летом.

Если у Вас имеются проявления аллергии, не тяните, обязательно проконсультируйтесь со специалистом врачом-аллергологом о возможности обследования с целью выявления конкретного аллергена и проведения специфической иммунотерапии.

Хочется напомнить, что, несмотря на то, что сезон пыльцевой аллергии длится 1-3 месяца, это не значит, что лечиться нужно только в это время. Обязательно обратитесь к аллергологу **зимой** для выявления вида аллергена и проведения соответствующего профилактического лечения, предотвращающего обострение сезонной бронхиальной астмы. **Успехов Вам!**

А у нас в квартире...

Каждое утро мой маленький сын капризничает: «Купи мне вкусненькое... Купи мне шоколадную пасту. Купи мне чипсы. Купи «Кириешки». Сердце матери - не камень, и я покупаю ему «вкусненькое». А еще у меня есть моя мама, которая во внуке души не чает и не отказывает ему ни в чем. И каждый день из укромных мест я выуживаю палочки от мороженого, фантики от жвачки...

У моего мужа идея питаться так, чтобы это было одновременно здоровое питание, вкусное и, главное, недорогое. И еще такое, чтобы оно влияло на вес в сторону его уменьшения.

Я сама люблю макароны, муж - картошку, сын - кашу и макароны. Такие вот «меню». Но все мы любим всякую зелень, правда, каждый - свою.

Честно говоря, у нас с мужем есть то самое превышение массы тела (называется индекс массы тела - вес в килограммах, деленный на рост в метрах, возведенных в квадрат. Хорошо, если ИМТ будет в пределах 20-25). Сын у нас тощий и жутко энергичный. Мне, как и всякому работающему человеку, приходится постоянно сталкиваться с проблемами организации питания, в том числе и своего.

Как я стала вчитываться в этикетки? Да просто. Я участвовала в Проекте по здоровому питанию. И вот после того, как я отчитала кучу лекций о вредном и полезном для здоровья, я вдруг поняла, что делать что-то самой и каждый день - довольно трудно. Думаешь: «Да я все знаю. Я же знаю, как надо, а как не надо». Но все равно делаешь не так, как говоришь. Раньше мне тоже приходилось давать советы по питанию, они были общие. Теперь я думаю, что они больше вызывали вопросы, чем побуждали к переменам.

Давайте «составим» для себя меню на день.

Утром: что успел, в обед - что взял, в ужин - все, что смог проглотить. Я вспомнила еще лучше - из Ильфа и Петрова: «Что Бог послал. А послал Бог...». Разве это не из нашей жизни? А еще быстрое хватание ожидающих «что Бог послал» всего, что быстро и наверняка заполнит нишу в желудке. Тут хороши все средства: колбаса, майонез, что-нибудь жирненькое, сладенькое. И когда «Бог уже послал» мы вполне похватили, пожевали и теперь еще можем спокойно поесть это, что послал. В результате, вскоре начинаешь чувствовать себя абсолютно лишним на этом празднике жизни: ты более чем сыт, менее чем подвижен и абсолютно недоволен тем, что сделал. Зарекаешься завтра начать новую жизнь: начать дружить со спортом, полезным питанием...

Честно готовишься вступить в эту новую жизнь. **Но! Утром - немного проспал, «откушал кофию без всякого аппетита». И в итоге - жизнь потекла в таком же русле, что и вчера.**

Хорошо, что у моего сына такой «извращенный вкус»: плохо ест по утрам и не заставишь. А оказалось, что я просто «не то подаю». А что же тогда надо? Читаем все тот же Проект: **«30% суточной калорийности человек должен получать на завтрак».** При этом еще 55% суточной кало-



Надежда Юрьевна Мальцева

рийности должны составлять сложные углеводы: крупы, макаронные изделия, зерновые продукты, картофель. **Мы стали варить кашу: то на молоке с различными добавками, то на воде с добавлением овощей. И мой сын стал завтракать каждый день.**

Норма белка в суточном рационе - 15% суточной калорийности. После рассуждений с коллегами в Проекте «что так, что не так», стало ясно, что это где-то от 220 до 280 ккал в сутки. Почти приличный кусок мяса. Пришлось пересмотреть свое отношение к белкам. **Три раза в неделю можно красное мясо, а в остальные дни - рыба, обычно белая.** Ведь весь животный белок идет рука об руку с холестерином. Значит, здесь и калории, и высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, и кое-чего похуже. А еще белок - это и яйцо куриное, и орех, и растительный белок из бобовых. Мой муж стал поклонником рыбной диеты. И это как-то само по себе произошло. Более того, вечернее блюдо - «рыба, запеченная в духовке» - на нем.

Я стала читать этикетки на продуктах. Мне пришлось это делать: я вычитала, что для сохранения здоровья (и еще попыток контроля веса) прежде всего надо контролировать жир, который съедается в течение дня. Нельзя много жира: 30%-ный сыр, молочные продукты жирностью 1-1,5%, а уж сливочное масло и тем более - очень аккуратно. Да еще ТИЖКи, которые можно получить с гидрогенизированными жирами.

Теперь я точно знаю: **30% суточной калорийности за счет жиров для меня всего в день 480 ккал, а самого жира я могу съесть без вреда для своего драгоценного здоровья и чувства «уверенности в завтрашнем дне» совсем мало: 1 столовую ложку подсолнечного масла и ложку майонеза.**

А вообще, то, что мы делаем каждый день, чаще, чем нам бы хотелось, влияет на нашу жизнь. По крайней мере, на здоровье...

А как у Вас?

Мы не забываем о наших людях...

В 2004 году Центр социальной помощи семье и детям Бурлинского района занял третье место в краевом конкурсе «Здоровьесберегающие технологии».

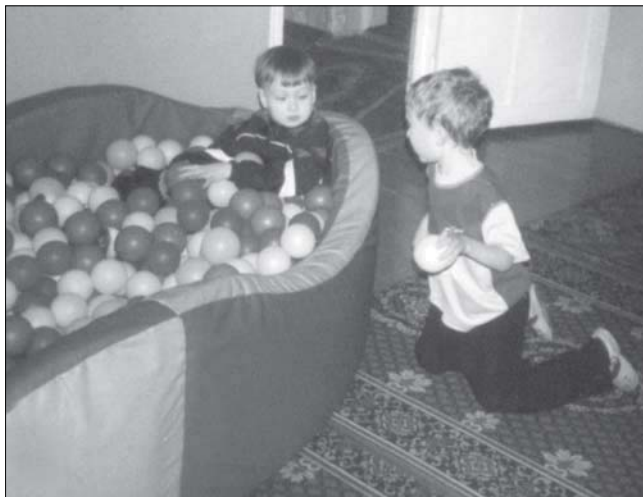
О нынешней работе Центра мы попросили рассказать его директора - **Татьяну Семеновну Чертовских.**



Знакомимся...

- Деятельность нашего Центра социальной помощи семье и детям Бурлинского района направлена на проведение социальных, оздоровительных, педагогических, профилактических мероприятий. **Основным направлением деятельности Центра является работа по проекту «Здоровьесберегающие технологии».** Поэтому специалисты Центра не лечат, а учат именно не болеть. Постоянно в своей работе мы используем новые методики и материалы, в том числе почерпнутые и из журнала «Здоровье алтайской семьи».

Уже четвертый год - с 3 декабря по 13 декабря - в нашем Центре социальной помощи семье и детям проводится **Декада инвалидов.**



Занятия в сухом бассейне

сти самостоятельно посещать наш Центр, мы обслуживаем на дому. Также проводим патронаж семей, имеющих детей-инвалидов. Параллельно с этой работой проходит работа с родителями, имеющими таких детей.

Для детей в Центре мы проводим праздничные мероприятия, познавательные занятия, развивающие творческую деятельность ребенка: лепка, оригами, рисование, аппликация.

В массажном кабинете дети и взрослые



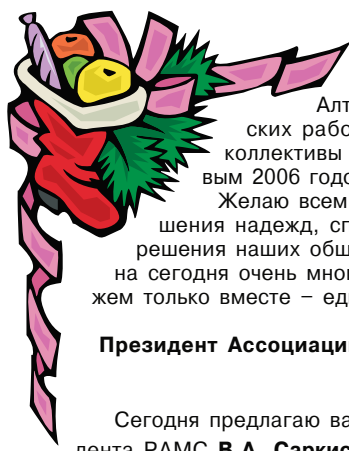
В кабинете фитотерапии

Наши специалисты помогают инвалидам, проживающим в районе, сформировать устойчивое положительное отношение к жизни, труду, обучению. **Им важно помочь понять, что они - такие же, как и все остальные люди,** но в чем-то их возможности просто ограничены. Тех инвалидов, которые не имеют возможно-

проходят курс массажа, обучаются приемам самомассажа, сухому умыванию, дыхательной зевательной гимнастике, Су-Джок-терапии. **В Центре есть большой тренажерный зал, сухой бассейн. Всю Декаду работает психолог,** и каждый желающий может получить консультацию специалиста или пройти сеанс психокоррекции.

Не лишены внимания и взрослые инвалиды. Наши специалисты также делают все возможное, чтобы они не чувствовали себя брошенными и одинокими. К их услугам открыты: массажный кабинет; фито-бар; тренажерный и гимнастический залы; кабинет психологической разгрузки; швейная мастерская; видеозал; душевые кабинки; стиральная машинка; компьютерный зал; библиотека.

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ



Уважаемые коллеги!

В канун всеми любимого новогоднего праздника от имени Правления Алтайской ассоциации средних медицинских работников поздравляю все сестринские коллективы Алтайского края с наступающим Новым 2006 годом!

Желаю всем вам здоровья, удачи, доброты, свершения надежд, сплочения профессиональных сил для решения наших общих проблем. К сожалению, вопросов на сегодня очень много, но добиться их решения мы сможем только вместе – единым мощным голосом!

**С уважением, Л.А. Плигина,
Президент Ассоциации средних медицинских работников
Алтайского края**

Сегодня предлагаю вашему вниманию выступление Президента РАМС **В.А. Саркисовой** на отчетно-выборной Российской конференции в Санкт-Петербурге 19 октября 2005 года.



**Валентина Антоновна Саркисова,
президент Российской ассоциации
медицинских сестер**

Уважаемые коллеги!

Я искренне рада приветствовать вас на отчетно-выборной конференции Ассоциации медицинских сестер России – важнейшем мероприятии, способном задать направление не только будущего развития Ассоциации, но также существенным образом повлиять на ход реформы, имеющей место в отрасли.

Сегодня надежды медицинской общественности связываются с теми переменами, которые намеревается осуществить государство в целях совершенствования оказания населению амбулаторно-поликлинической помощи. Руководители страны осознают, что отсутствие должной системы профилактики и предупреждения заболеваемости в первичном секторе здравоохранения не только ведет к резкому ухудшению показателей здоровья населения, но также служит причиной высоких затрат государства. Стратегия, предложенная сегодня Министерством здравоохранения и социального развития, состоящая в существенном повышении заработной платы медицинских работников, занятых в первичном секторе, безусловно, произведет определенный эффект. Однако он будет недостаточным без соответствующей реформы сестринской практики, повышения уровня профессионализма специалистов сестринского дела.

Наращивание и использование потенциала знаний, навыков, квалификации медицинских сестер, поддержание непрерывного диалога между лидерами сестринского дела – сегодня находится в ведении профессиональных сестринских объединений, учрежденных в большинстве регионов нашей страны. **Вместе с тем, успех реализации новаторских идей в сестринской практике, управлении и образовании под эгидой общественных объединений будет вероятен только при условии их интенсивного поступательного развития.** Одной из задач нашей конференции является качественная оценка 5-летнего периода деятельности Ассоциации медицинских сестер России, а также ее региональных отделений.

В 2000 году задача Ассоциации стояла, прежде всего, в укреплении организационной структуры, вовлечении в профессиональное движение медицинских сестер как можно большего числа инициативных специалистов, учреждений и отделений Ассоциации в различных регионах России и, наконец, официальной регистрации Ассоциации в качестве национального объединения медицинских сестер. Сегодня очевидно, что данная задача была успешно решена.

За прошедшие пять лет численный состав членов Ассоциации увеличил-

ся в 2,7 раза, к ней присоединились 25 новых региональных отделений. Поддержка Ассоциации со стороны более чем 113000 членов свидетельствует о том, что наша организация востребована, что усилия последних лет были не напрасны и столь мощное движение профессионалов сестринского дела будет двигаться только вперед.

Столь стремительный рост Ассоциации позволил досрочно провести ее перерегистрацию как национального объединения: **в 2002 году был разработан и утвержден Министерством юстиции Российской Федерации новый Устав – Устав Ассоциации медицинских сестер России.** Этот успех является результатом вклада каждого члена Ассоциации, каждого региона. Кроме того, данный результат был бы невозможен без всесторонней помощи наших коллег из Шведской ассоциации работников здравоохранения.

За пять лет российско-шведского сотрудничества в различных регионах России **было проведено более 15 семинаров «Смелое начало».** Учитывая, что на каждый семинар мы также приглашали представителей близлежащих территорий, становится очевидным, что была охвачена практически вся страна. Проект позволил провести семинары в таких отдален-

ных от центра региона, как Омск, Барнаул, Чита, в северных областях – Сыктывкаре и Санкт-Петербурге, в центре России – в Москве, Великом Новгороде, Вологде, Ярославле, Ижевске и Уфе, на юге – в Краснодарском крае и Кисловодске, а также в Астрахани, Волгограде и Воронеже. Мне особенно хочется поблагодарить руководителей и членов правления региональных ассоциаций за прекрасную подготовку и проведение семинаров. **В общей сложности в семинарах «Смелое начало» приняли участие более 2000 человек.**

В 2005 году начался новый этап российско-шведского сотрудничества, направленный на реализацию новой стратегии РАМС, в которой внимание акцентируется на укреплении региональных отделений Ассоциации. В рамках этого проекта уже прошли два межрегиональных семинара - в Санкт-Петербурге и Чувашии. Цель их - обучение членов правлений региональных организаций стратегическому планированию и управлению, а также составлению бюджета.

Кроме того, Ассоциация ежегодно проводила Всероссийские конференции, что способствовало более тесному общению лидеров нашего движения из различных регионов страны, развитию диалога и интенсивному обмену опытом. Дважды в год проводились заседания правления Ассоциации, в ходе которых разрабатывались планы мероприятий Ассоциации, принимались важнейшие политические решения.

Регулярное тесное взаимодействие между членами правления, а также руководителями региональных отделений позволило укрепить организационную структуру Ассоциации, наладить систему распространения документации и информации для региональных отделений, вовлечь как можно большее число регионов в процесс принятия решений в рамках Ассоциации.

В течение последних лет Ассоциация оказывала поддержку журналу «Сестринское дело», на страницах которого под рубрикой «Вестник сестринских ассоциаций» публиковались материалы о развитии профессиональных сестринских организаций в нашей стране, а также материалы о важнейших мероприятиях Ассоциации и ключевых решениях Правления РАМС. Однако масштабы деятельности Ассоциации, ее региональных отделений требовали учреждения собственного периодического издания. Сегодня все вы являетесь свидетелями и непосредственными участниками рождения нового журнала для специалистов сестринского дела – «Вестника сестринских ассоциаций». Хочу особо подчеркнуть, что это - ваш журнал, который ждет материалов и статей, рассказывающих читателям о деятельности региональных сестринских ассоциаций.

Более того, был создан веб-сайт, дающий возможность ознакомиться с деятельностью Ассоциации, Правления, ряда региональных отделений. Таким образом, информационная деятельность Ассоциации постоянно развивается, что способствует привлечению внимания практикующих специалистов к имеющим место преобразованиям отрасли.

Другим не менее важным направлением в работе Ассоциации было совершенствование сестринской практики и внедрение современных технологий ухода за пациентами. На данном направлении нам также удалось достичь ряда позитивных результатов. Ряд российско-эстонских семинаров, конференции в Таллине с участием лидеров сестринского дела способствовали более глубокому пониманию специалистами смысла совершенно нового для России понятия – «сестринский процесс». В процессе сотрудничества рассматривались перспективы и определялись возможности практического внедрения данной технологии в российских условиях.

Итогом этой работы выступает стремление большинства лечебно-профилактических учреждений к поиску и внедрению в практику элементов сестринского процесса, к оптимизации деятельности сестринских служб, развитию междисциплинарного сотрудничества и партнерских взаимоотношений между врачевым и сестринским персоналом при оказании медицинской помощи. Кроме того, как крупные, так и сравнительно небольшие клиники ведут разработку сестринской документации, прилагают усилия для оснащения сестринских служб компьютерами.

Данные перемены являются свидетельством установления в здравоохранении новых приоритетов, включающих, в том числе, совершенствование сестринской практики. Этот момент имеет исключительно важное, стратегическое, значение, требует отчетливых и согласованных требований к государству со стороны профессиональных объединений медицинских сестер.

Ассоциация как профессиональное объединение всегда стремилась к совершенствованию системы сестринского образования. **За пять лет мы добились укрепления многоуровневой системы подготовки медицинских сестер.** Во многих регионах настойчивость лидеров сестринских ассоциаций способствовала открытию факультетов высшего сестринского образования, предоставлению вузами возможностей медицинским сестрам обучаться не только на дневных, но также на очно-заочных отделениях. Сегодня многие ассоциации уже имеют возможность оказывать содействие своим членам в получении высшего образования, например, посредством подготовки рекомендаций, иногда – за счет оказания материальной поддержки.

Значительное внимание Ассоциация уделяла проблемам повышения квалификации и совершенствованию системы последипломного образования. В соответствии с установившейся традицией, вопросы аттестации и сертификации медсестер находились под контролем врачей. В течение последних пяти лет Ассоциация прилагала серьезные усилия для введения медицинских сестер в состав аттестационных комиссий. В итоге во многих регионах руководство деятельностью данных комиссий теперь осуществляют медицинские сестры – активные члены региональных отделений Ассоциации медсестер России. Более того, меняется и содержание аттестационных экзаменов: постепенно внедряется единая система оценки знаний практикующих медицинских сестер с помощью сборников тестовых заданий, разработанных Ассоциацией, утвержденных МЗ РФ и рекомендованных к их использованию. В настоящее время применяются тестовые задания по таким специальностям, как «Сестринское дело», «Организация сестринского дела», «Акушерское дело», «Сестринское дело в педиатрии», «Анестезиология и реаниматология», разрабатывается сборник тестовых заданий по специальности «Операционное дело».

Повышению уровня знаний медицинских сестер служат также разработанные под эгидой Ассоциации специализированные научно-методические сборники – для медсестер реанимационных, операционных отделений и для организаторов сестринского дела.

В нескольких словах хотелось бы остановиться на одном из приоритетных направлений деятельности Ассоциации, связанном с развитием сотрудничества РАМС с органами управления здравоохранением, Профсоюзом медицинских работников. Укрепление позиций Ассоциации внутри страны за последние пять лет позволило выйти на новый уровень взаимоотношений с Министерством здравоохранения и социального развития РФ. **В 2002 году при Минздраве был учрежден Совет по сестринскому делу, в состав которого вошли в том числе и лидеры нескольких региональных ассоциаций; была учреждена должность главного специалиста по сестринскому делу.** После двухлетнего перерыва, вызванного реорганизацией Министерства, и вследствие длительных переговоров Ассоциации удалось добиться восстановления Совета в качестве консультативного органа при Министерстве здравоохранения и социального развития. Будем надеяться, что деятельность нового Совета окажется не менее успешной, чем предыдущего, при поддержке которого проблемы профессиональных ассоциаций неоднократно включались в повестку дня заседаний, обозначались и решались на уровне Министерства.

(Продолжение - в следующем номере)



Я - просто мать...



Любовь Михайловна Миллер,
исполнительный директор Правления АРОО «АСМР»,
специалист высшей категории, главная медицинская сестра
МУЗ «Городская больница №11», г.Барнаул

День Матери на Алтае отмечается в девятый раз. Седьмого декабря 2005 года в администрации края прошел краевой Слет матерей «Матери и отцы Алтая – за достойную жизнь наших детей». Более 200 человек представляли районы и города края. Я впервые присутствовала на таком мероприятии, посвященном Матери. Восемьдесят матерей, победивших в различных номинациях, а также приглашенных матерей, родивших и воспитавших трех и более детей, матерей-участниц Великой Отечественной войны и просто матерей поздравили заместитель главы администрации края **Николай Черепанов**, председатель КСНД **Александр Назарчук**, епископ Барнаульский и Алтайский владыка **Максим**. Были подведены итоги Всероссийской эстафеты материнского подвига в крае, 35 матерей-победительниц получили Дипломы главы администрации края.

Я - просто мать, воспитавшая одна, после трагической гибели мужа, замечательного сына. У него сейчас хорошая семья, а у меня – невестка и любимая внучка.

На Слете был поднят вопрос о проблемах семьи и детей. Я работаю главной медицинской сестрой городской больницы №11. Ежедневно наш коллектив, призванный спасать детей, сталкивается с горем детей, начиная с самого их рождения. В нашем родильном доме ежегодно увеличивается количество отказных детей. **В 2002-2003 годах их было по 40, в 2004 году – 52, а в этом - уже 63 ребенка!** Это те дети, которые лишились материнской опеки и внимания, практически не попробовав материнского молока, не почувствовав ласку маминых рук... А ведь при рождении ребенка врачи и медсестры род-

дома радуются каждому вздоху младенца, не зная и не ведая, что перед ними «нежеланный ребенок» и неизвестно, что ему уготовила судьба.

Многие из наблюдающихся у нас беременных женщин, а также уже родившие, курят прямо в роддоме! А те, кто не курит сам, как следствие, «пассивными», курильщиками. Беседы и лекции не помогают, нужны кардинальные меры. Запретить, наказать – мы не имеем права, ведь это уже нарушение прав человека. А что родившаяся кроха впитывает весь этот смрад с молоком и кровью матери – это им трудно самим понять!

С 2002 года на базе инфекционного отделения нашей больницы открыт Центр по приему безнадзорных детей. **За четыре года через отделение прошло 938 детей-беспризорников от 3 до 17 лет.** Мы их отмываем, кормим, обследуем, лечим... Это, чаще всего, дети из проблемных семей. Причины их бегства из семьи различны: умерла мама, бьет отец, пьют родители, не любит мачеха...

За последнее время специалисты социальной защиты приобрели для этих детей мебель, телевизор, игрушки, книги. Постоянно с детьми занимается воспитатель. **Но любой воспитатель, врач, медицинская сестра – не заменят мать.** Приходя в отделение, к этим детям, душа «кровью обливается», ком подступает к горлу от безысходности. Выйдя от нас, едва обогретье, они опять оказываются на улице – не защищенные, голодные, холодные. Попадая в среду таких же беспризорников, дети начинают курить, воровать, употреблять алкогольные напитки, пробовать наркотики. *Но где же их матери и отцы, родившие его? Почему наше общество не может или не хочет ничего предпринять по спасению нового поколения?*

На Слете матерей я случайно познакомилась с **Анной Николаевной, директором приюта «Солнышко»**, которая представляла выставку с поделками детей. Она сказала, что вот уже три года как ремонтируется здание для приюта безнадзорных, и они бессиль-

ны ускорить этот ремонт, а страдают в итоге – дети. Где же наше милосердие, почему для проведения праздников, фейерверков в День города меценаты или бизнесмены могут выделить деньги, а для ремонта здания для детей – денег нет. Может быть, «пройти с шапкой» всем участницам этого Слета, и из уважения к святости этих лучших матерей, гордости Алтая нам удастся собрать средства...

Нужно чаще и шире освещать в прессе, на телевидении проблему материнства и детства, чтобы она не умалчивалась. В России 700 тысяч детей-сирот. Хочется надеяться, что наше Правительство обратит внимание на женщину-мать, детей, на семью и примет достойное решение, пока женщины не утратили чувства патриотов своего Отечества, Отечества, которое сегодня стоит к ним «спиной»...

Женщины из разных районов края в своих выступлениях раскрывали всю глубину и величие своих душ и сердец. Их собственные стихи пронизаны благодарными помыслами. Это красивые, талантливые женщины.

Необходимо подобные мероприятия проводить в больших залах, привлекая будущих и уже молодых мам, молодых людей, студентов. **Такие мероприятия должны быть масштабными. Нужно готовить молодежь к созданию семьи, рождению ребенка, чтобы оба родителя несли ответственность за воспитание детей.**

P.S. После этого дня - Слета матерей - я была под таким впечатлением, - рассказывала на работе, знакомым, и, так как я видела там много телевизионных камер, с нетерпением ждала выпуска местных новостей.

Поражает позиция СМИ. 7 декабря вечером по местным каналам телевидения были показаны несколько фрагментов этого столь социально значимого мероприятия, в которых не было понятно, кто и зачем был на этой встрече, а тем более не прозвучало ни одного слова выступающих «просто матерей». Что это? Очередное равнодушие? Или позиция?

Что такое катаракта?

Инна Анатольевна Климова, специалист высшей категории, палатная медицинская сестра отделения микрохирургии глаза, МУЗ «Городская больница №8», г.Барнаул

Катаракта (от греческого – «водопад») клинически проявляется помутнением хрусталика глаза, которое препятствует прохождению лучей света в глаз и приводит к снижению остроты зрения.

Хрусталик - прозрачное тело в форме двояковыпуклой линзы - за счет своей прозрачности и эластичности пропускает и преломляет лучи света, обеспечивая нам остроту зрения. В силу различных причин бывает так, что хрусталик мутнеет и зрение ухудшается. Это и есть катаракта.

Заболевание бывает врожденным (развивается во внутриутробном периоде) и **приобретенным**. Как правило, помутнение хрусталика с возрастом не увеличивается, в глазу почти всегда остаются прозрачные его участки, острота зрения полностью не снижается. Основную группу приобретенных катаракт составляют **старческие катаракты**, при которых помутнения появляются сначала на периферии хрусталика, зрение при этом не снижается; но затем количество помутнений увеличивается, все они сливаются между собой, и происходит выраженное снижение остроты зрения (так называемая незрелая катаракта).

При дальнейшем развитии мутнеют все слои хрусталика, цвет его становится серовато-белым, перламутровым, острота зрения снижается до светоощущения, т.е. глаз становится практически слепым. **Зрелая старческая катаракта** возникает при некоторых общих заболеваниях (диабет, холера, расстройства питания и др.) и вследствие заболеваний самого глаза (воспаление сосудистого тракта, прогрессирующая близорукость и т.д.).

Значительную группу приобретенных катаракт составляют **катаракты, возникающие при травме глаза**, воздействию излучений и т.п. Основное лечение – хирургическое вмешательство, в отдельных случаях включающее пересадку искусственного хрусталика.

Одними из главных причин развития катаракты являются **естественные возрастные изменения в хрусталике глаза, приводящие к его помутнению**. Такие возрастные катаракты могут возникнуть уже в 45 лет, но

травматическая катаракта может возникнуть в любом возрасте.

При любой катаракте острота зрения определяется помутнением около хрусталика: чем оно ближе к нему, тем менее четко, с размытыми контурами, видны очертания предметов, изображение начинает двоиться.

Помните, во всех случаях ухудшения зрения следует проконсультироваться с офтальмологом. Только специалист может определить истинную причину падения остроты зрения.

При развитии у вас катаракты увидеть мир своими глазами вы сможете только после замены помутневшего хрусталика искусственным! Использование современного оборудования и высококачественных искусственных хрусталиков позволяет практически полностью восстановить зрение. После операции вы сможете вернуться к нормальной жизни: работать, читать, смотреть телевизор и т.д.

Существует **обычный метод операции**, при котором делается 6-миллиметровый разрез, удаляется помутневший хрусталик, который заменяется искусственным. При этой операции накладываются швы.

Существует современный метод удаления катаракты – **факоземulsionification** (размельчение мутного хрусталика с помощью ультразвука с последующим отсасыванием фрагментов хрусталика). Это бесшовная хирургия: разрез настолько мал (3,5мм), что зашивать его не нужно. Среди преимуществ малого разреза можно назвать малую травматичность, короткий период восстановления, минимум возможных осложнений.



Для скорейшего выздоровления нужно соблюдать определенные несложные правила:

- первые две недели старайтесь не спать на стороне прооперированного глаза;
- не трогайте глаз;
- следите, чтобы вода и пена не попадали в глаз;
- на улице обязательно пользуйтесь солнцезащитными очками;
- не водите машину, пока глаз окончательно не заживет.

В течение первого месяца после операции женщинам не рекомендуется применять косметику для глаз. В первые три месяца воздерживайтесь от посещения бани, парной, бассейна; не подвергайте глаз резким температурным перепадам; не поднимайте тяжести более 3 кг; воздерживайтесь от физических работ, связанных с наклоном головы и сотрясанием тела.

В профилактических целях задержки развития старческой катаракты применяйте следующие лекарственные средства: «Катахром», «Тауфон», «Рибофлавин», «Витайодрол», «Квинакс».

Но самое главное, строго соблюдайте назначения врача после выписки из стационара.



Алтайская региональная Ассоциация средних медицинских работников предлагает комплекты плакатов по алгоритмам действия для лечебных учреждений (12 шт.). Цена комплекта - 160 руб.
Контактный телефон: (8-3852) 35-70-47

Приносим свои извинения Людмиле Евгеньевне Сыскаевой, главной медицинской сестре МУЗ «Городская больница №5», г.Барнаул, за досадную ошибку, допущенную в прошлом номере.

**Кафедра акушерства
и гинекологии АГМУ:**



**Наталья Ильинична
ФАДЕЕВА,**
заведующая кафедрой,
врач высшей категории,
доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный
врач РФ



**Ольга Васильевна
РЕМНЕВА,**
кандидат медицинских
наук, доцент кафедры,
врач-акушер-гинеколог
высшей категории



**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**
врач-акушер-гинеколог
первой категории, канди-
дат медицинских наук,
ассистент кафедры

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Дорогие девушки, будущие мамы!

Решение создать семью и иметь детей – самый ответственный шаг в жизни! Нужно хорошо осознать, что, прежде всего, вы несете ответственность за то, какими станут ваши дети: добрыми или злыми, чуткими или бездушными, здоровыми или больными, насколько уверенно они будут чувствовать себя в современном мире...

ХОТИМ РЕБЕНКА, или Прегравидарная подготовка. СОМНЕНИЯ, ВОЛНЕНИЯ, ТРЕВОГИ...

Конечно, для бабушки и дедушки появление на свет внуков – также огромная радость! Они имеют большой жизненный опыт и помогут вам в воспитании малыша. Но главными людьми в жизни вашего ребенка должны стать вы. Отцовство и материнство является для каждого из родителей прекрасной возможностью дальнейшего развития своей личности.

Важно знать, что к выполнению функции воспроизведения потомства девушка оказывается биологически сформировавшейся уже в 12-15 лет. Это только биологически, но не физически и тем более – не социально.

Мы хорошо знаем, что рождение здорового ребенка возможно только при желанной беременности, ее благополучном течении, физиологическом характере родов, что напрямую зависит от исходного соматического и репродуктивного здоровья будущих родителей. Поэтому обеспечить рождение здорового желанного ребенка в наше время возможно двумя путями:

1. проведение информационных и образовательных медико-социальных мероприятий, особенно среди подростков и молодежи, по формированию ответственного отношения к своему здоровью и репродуктивному поведению;

2. обеспечение медицинской квалифицированной помощи в вопросах планирования семьи, основными задачами которой являются:

◆ охват женщин детородного возраста эффективными методами контрацепции в межгестационном периоде;

◆ подготовка супружеской пары к беременности с учетом состояния соматического и репродуктивного здоровья.

Сегодня уже доказано, что при проведении планирования беременности, так называемой прегравидарной, предстартовой подготовки, в 93-97% случаев рождается здоровый ребенок.

В последнее время все больше женщин еще до зачатия приходят к врачу за советом. Такая позитивная тенденция обусловлена, во-первых, снижением рождаемости. Сегодня не так много семей планируют несколько детей («воспитать достойно хотя бы одного...»). Во-вторых, многочисленные сообщения средств массовой информации о рождении больных детей способствуют повышению грамотности в этом вопросе и формированию в сознании целевой установки: «сделать все, чтобы родить здорового ребенка».

Нас, специалистов, часто спрашивают, **через какой срок после вступления в брак и в каком возрасте лучше родить ребенка при благополучном состоянии здоровья?**

Ответ такой – ребенок должен родиться от первой наступившей беременности и в течение первого года совместной жизни супругов. Оптимальный возраст для рождения первенца – 20-25 лет, последующих детей – до 35 лет. Интервалы между родами должны быть не менее трех лет, что позволяет женщине восстановить силы и сохранить свое здоровье, а значит, и здоровье будущих детей.

Кому понадобится консультация врача?

Врачебный совет перед зачатием необходим в следующих случаях:

○ предыдущие беременности с неблагоприятным исходом (аборт, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, внематочная беременность, наличие больного ребенка);

☉ заболевания внутренних органов: сердца и сосудов, почек, щитовидной железы, сахарный диабет и др.;

☉ гинекологические проблемы (нарушение менструального цикла, болевой синдром, перенесенные заболевания, передающиеся половым путем и т.д.).

Если имеются заболевания, то тогда не только следует планировать беременность, но и самым тщательным образом готовиться к ней, так как предстоит огромное испытание для всего организма. Во время беременности органы и системы будущей мамы приходят в состояние максимального напряжения, происходят колоссальные изменения, которые может выдержать только здоровая женщина. Иначе высок риск срыва адаптационных механизмов, что ведет к прерыванию беременности, рождению недоношенного или больного ребенка. Нагрузка для женщины во время беременности равнозначна походу мужчины на войну.

Пациенткам, страдающим соматическими заболеваниями и имеющим нарушения репродуктивной функции, **требуется коррекция выявленной патологии**, которую проводят грамотные специалисты. Планирование беременности допускается только в стадии стойкой ремиссии основного заболевания, после проведения курса превентивной терапии.

Даже если супруги здоровы, **есть много факторов, на которые стоит обратить внимание, планируя беременность**: условия работы, быта, вредные привычки, группа крови, реус-принадлежность...

Больше всего в отношении вредных привычек врачей пугает **курение**, поскольку его вред сопоставим с тяжелой инфекцией, непосильными условиями труда, наркотиками. Поэтому отказ от курения необходим за несколько месяцев до зачатия.

Как выбрать время?

Когда проблемы со здоровьем решены, необходимо выбрать благоприятный момент. Если вы принимаете гормональные контрацептивы, то рекомендуется перейти на барьерные (шарики, свечи, презерватив) **за 2-3 месяца** перед планированием беременности либо использовать физиологический метод, высчитывая маловероятные для зачатия дни.

Что касается месяца, то советуем планировать беременность **в первые полгода после своего дня рождения**, когда женщина пребывает в полном физическом и духовном равновесии, когда у нее хорошее са-

мочувствие и настроение. Этот совет основан на фундаментальных биологических исследованиях. Перед днем рождения организм находится в состоянии максимального упадка, его защитные силы заметно снижаются – идет «подведение итогов», что не всегда радует. Поэтому вероятность неблагоприятного исхода, особенно у женщин с проблемной репродукцией, заметно повышается.

Неблагоприятен для зачатия и период психозомоциональных и физических нагрузок, недосыпания, когда женщина стремится зарабатывать, кормить семью, одновременно работать и учиться. В данной ситуации лучше отложить планирование беременности на период отпуска.

Требуется ли медикоментозная «предстартовая» подготовка?

Для подготовки к беременности здоровой супружеской пары достаточно проведения превентивного общеукрепляющего курса терапии в течение 2-3 месяцев, который включает в себя:

☉ нормализацию ритма труда и отдыха (ночной сон не менее 8 часов);

☉ прием растительных адаптогенов (настойки родиолы розовой, золотого корня, элеутерококка и др.);

☉ курсы витаминотерапии («Триавит», «Пентавит» и др.).

Необходимо разгрузить голову, проявлять дозированную физическую активность: заняться ходьбой, плаванием, лыжными прогулками – полезны мероприятия, которые «гонят кровь». А малоподвижный образ жизни, душные прокуренные помещения, недосыпание – оставьте в прошлом!

Книга рекордов Гиннеса



Наибольшее количество детей

■ Самое большое число детей, рожденных одной матерью, по официальным данным, равно 69. Согласно сообщению, сделанном в 1782 году, в период между 1725 и 1765 годами жена русского крестьянина Федора Васильева рожала 27 раз, произведя при этом на свет 16 раз двойни, 7 раз тройни и 4 раза по 4 близнеца. Из них только два ребенка умерли в младенческом возрасте.

Рожавшая наибольшее число раз

■ Рекордное число раз – 38 – рожала, как утверждают, Элизабет Гринхилл из Эбботс-Лэнгли, графство Хартфордшир, Великобритания. Она имела 39 детей – 32 дочери и 7 сыновей – и скончалась в 1681 году.

Самая пожилая роженица

■ В возрасте 63 лет 18 июля 1994 года Розанна Далла Корта из Витербо, Италия, родила мальчика; перед этим она прошла курс лечения от бесплодия.

Самый тяжелый новорожденный при одноплодной беременности

■ Самый тяжелый из оставшихся в живых новорожденных, о которых имеются официальные сведения, весил 10,2 кг. Это был мальчик, родившийся в 1955 году у Кармелины Феделе из Аверсы, Италия.

Новорожденный с наименьшим весом при одноплодной беременности

■ В Медицинском центре Университета Лойолы, штат Иллинойс, США, 27 июня 1989 года, согласно официальному сообщению, в результате преждевременных родов появилась на свет девочка весом всего 281 грамм.



Тревожные цифры глазного травматизма

Детский глазной травматизм – тема более чем актуальная. Ведь глазная травма у ребенка – это всегда стресс для него самого, трагедия для семьи, переживания и страх родителей за будущее ребенка. В этот момент жизнь ребенка делится на два периода: жизнь до травмы и жизнь после травмы, особенно если значительно снижается его зрение. Поэтому целью проводимого анализа глазного травматизма среди детей в стало выявление возможных закономерностей, которые помогут если и не избежать детских травм вообще, то хотя бы уменьшить их количество.

Любовь Александровна Старкова,
преподаватель глазных болезней ГОУ СПО «Барнаулский базовый
медицинский колледж»;

Зоя Павловна Степанова,
заведующая отделением неотложной офтальмохирургической
помощи, МУЗ «Городская больница №8», г. Барнаул

Тяжелая травма может привести не только к функциональной потере глаза (потере зрения), но и к анатомической его потере – к энуклеации (удалению глаза). При этом возникает много проблем: сложности протезирования, в будущем возникнут затруднения в выборе профессии, т.к. работа на транспорте, подъем на высоту, любая травмоопасная работа – противопоказаны. Это значительно снижает качество жизни в будущем, накладывает отпечаток на характер ребенка, формирует у него комплекс неполноценности.

Анализируя детский глазной травматизм, мы поставили перед собой ряд вопросов:

- ◆ Какой возраст больше подвержен травме?
- ◆ Кто больше уязвим – мальчики или девочки?
- ◆ Есть ли временные особенности, т.е. в какое время года или определенные месяцы увеличивается количество травм?
- ◆ Где чаще происходит несчастие: на улице, дома, в школе, спортивном зале или в другом месте?
- ◆ Какой глаз чаще ранится: правый или левый?
- ◆ Часто ли прибегают к оперативному лечению травмы глаза, ведь в отличие от взрослых людей детям производят операцию под общей анестезией, т.е. под наркозом?
- ◆ Какие травмы по механизму действия преобладают у детей?
- ◆ Где чаще встречаются глазные травмы: в селе или в городе?
- ◆ Как часто страдают хрусталик, сетчатка?
- ◆ Какой исход травм наблюдается чаще?
- ◆ Какая причина действует чаще всего и можно ли ее устранить?

Как уберечь ребенка от травм, от этих случайностей; а может быть, это вовсе и не случайности, а вполне явные закономерности? Попытаемся в этом разобраться.

Мы выбрали все истории болезни детей и подростков с глазной травмой от 0 до 18 лет, прошедших через отделение экстренной офтальмохирургической помощи городской больницы №8 в 2001 году.

Вот как распределились травмы органа зрения по возрастам:





0-3 года	3-7 лет	7-11 лет	11-15 лет	15-18 лет	Всего
7 случаев	23 случая	29 случаев	66 (!) случаев	37 случаев	162 случая

Казалось бы, у детей до 3 лет вообще не должно быть глазных травм, но они есть, и подчас очень тяжелые. Естественно встает вопрос: «Почему такое может случиться у детей, которые еще не ведут самостоятельный образ жизни?». Ответ: «Упал, ударился о кровать», «Наткнулся на гвоздь», «Ткнул в глаз ножницами». У двух детей 2,5 и 3 лет было тяжелое проникающее ранение с выпадением оболочек глаза...

Почти все травмы у детей в таком возрасте получены дома. Оказывается, небезопасен и собственный дом. Почему? Бывают, конечно, несчастные случаи, и никто от них не застрахован. Но, к сожалению, зачастую это все-таки наши с вами ошибки. *Ошибки взрослых. Мы забыли убрать острые предметы, чтобы они были недоступны детям, забыли или просто не хватило времени убрать с пола предметы, о которые может споткнуться и упасть ребенок.* Часто встречаются ситуации, когда дети остаются одни без присмотра и ранят друг друга. И потом в анамнезе мы читаем: «Сестра иглой попала в глаз», «Брат ткнул в глаз отверткой (прутом и др.)».

В дошкольном возрасте количество травм возрастает в три раза, так как в этом возрасте дети любопытны, подвижны и требуют постоянного внимания со стороны взрослых. Но часто этого внимания они не получают, и наша с вами беззаботность впоследствии оборачивается горьким чувством вины. Захламлены дворы, детские площадки, на которых валяется все, что угодно - проволока, осколки стекла и другие, опасные для детей, предметы.

Бросается в глаза резкое увеличение количества травм **в возрасте 11-15 лет:** это самый активный возраст в жизни ребенка. В этом возрасте дети уже вполне самостоятельны, поэтому получают они травмы вне дома: «Наткнулся на ветку (проволоку)», «Бросили в глаз камень (снежок)», «Смотрел, как взорвется карбид в бутылке», «Взрывал пестарды», «Выстрелили в глаз из газового пистолета» - такие записи часто встречаются в историях болезни.

Наиболее часто встречаются травмы от выстрела в глаз из рогатки, из любой трубки (даже из шариковой ручки) твердой ягодой, шариком, из детского пистолета пластмассовой пулькой. От таких стрельб пострадали 24 ребенка. Очевидно, что родители должны из-

бегать покупок пистолетов с пулями, т.к. это уже запланированная травма глаза или у вашего ребенка, или у окружающих его людей.

Нередко детям причиняют травму домашние животные. Кошки стали причиной двух проникающих ранений глаза у девочек, собаки стали причиной рваных ран век. В сельской местности животные также бывают «виновниками» травм: «Жеребенок ударил копытом», «Упал с лошади, наткнулся на проволоку» т.п. Подростки получают глазные травмы в драке (шесть случаев), при взрыве кипятника, попадании в глаза содержимого аккумуляторов, суперклея и других агрессивных сред.

Деятельность наших детей расширяется, и мы уже не можем быть постоянно рядом с ребенком. Поэтому наша задача - научить детей элементарной осторожности, чувству самосохранения. Такую учебу необходимо начинать как можно раньше - с раннего возраста - дома, в детском саду и в школе.

Бесспорно, что мальчики значительно чаще девочек подвержены травме глаза, что и подтверждают цифры: мальчики - 128 случаев, девочки - 34. Всем понятно, что мальчики, подражая папам, интересуются инструментами, техникой, строят, ремонтируют, забивают гвозди, т.е. занимаются по сути травмоопасной деятельностью.

Правый и левый глаз ранятся с одинаковой частотой, оба глаза редко - 4 случая из 162.

Рассмотрим, как распределились травмы по времени, т.е. конкретно по месяцам:

январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
11	9	14	14	12	21	13	12	10	7	8	10

Из таблицы видно, что больше всего травм приходится на июнь. Это месяц окончания школы, у детей появляется больше свободного времени для игр и занятий на улице. **Конечно, дети чаще получают травмы вне дома, но достаточно часто - и в домашних условиях, что подтверждается следующей таблицей.**

На улице	Дома	Спорт	В школе	В детском саду	Не уточнено	Всего
71	54	2	9	3	23	162

В некоторых случаях не удалось выяснить обстоятельства травмы, так как ребенок не мог объяснить, что с ним произошло, а взрослых с ним рядом не было. В школе дети ранят глаз по неосторожности или агрессивности: «Ткнули линейкой (ручкой) в глаз», «Ударили рукой».

По механизму получения травмы распределились следующим образом:

проникающие	25
контузии	73
ожоги	16
непроникающие	12
ранен.прид.апп	17
другие	19

Больше всего встречаются контузии, которые в 44 случаях сочетались с кровоизлиянием в переднюю камеру, в 39 случаях - с ретинопатией, то есть с изменениями в сетчатой оболочке глаза. В 19 случаях были повторные госпитализации после предшествующих травм, в 8 случаях мутный хрусталик заменен и.о.л. (интраокулярной линзой, т.е. искусственным хрусталиком). В двух случаях произведена экстракция мутного хрусталика. После двух тяжелых травм проведена энуклеация (удаление глазного яблока).

Количество травм несколько больше в селе, но разница незначительна. В городе произошло 75 травм, в селе - 87. Оперативное лечение понадобилось 48 детям - первичная хирургическая обработка, трем - пересадка роговицы, повреждения хрусталика произошли в 12 случаях.



Усилия врачей отделения неотложной офтальмохирургической помощи направлены на сохранение и восстановление зрения у каждого ребенка всеми доступными средствами. В девяносто двух случаях травма закончилась полным восстановлением зрительных функций, остальные - в той или иной степени их снижением.

Что же необходимо предпринять, чтобы уменьшить количество глазных травм у детей?

- ✿ Решить вопрос безнадзорности детей дома и на улице.
- ✿ Не оставлять маленьких детей без присмотра.
- ✿ Сделать свой дом безопасным для ребенка – убрать все острые и опасные предметы в недосягаемое для детей место.
- ✿ Содержать в порядке и чистоте детские площадки.
- ✿ Не проходить мимо детей, играющих в опасные игры.
- ✿ Научить детей чувству самосохранения. Ребенок должен знать, чего ему необходимо остерегаться, что может случиться при игре с острыми предметами.
- ✿ Родители должны знать, что при травме глаза необходимо, не теряя времени, обращаться в глазной травмпункт (иметь при себе полис медицинского страхования) по адресу: **г. Барнаул, ул. П. Сухова, 13, городская больница №8, круглосуточно.**
- ✿ При ожоге глаза предварительно промыть его водой, при ранении - наложить повязку на глаз.

Очевидно, что мы своим исследованием не открыли ничего нового, просто еще раз напомнили прописные истины. Конечно, каждый родитель может защитить своего ребенка, если будет стремиться не забывать и выполнять эти простые правила. Но одним родителям не справиться с этой задачей. Эту задачу должно решать все общество. Когда вы идете по улице, внимательно посмотрите вокруг себя, обратите внимание на детей. Может быть, как раз вы предотвратите трагедию, если равнодушно не пройдете мимо.

Мир и МЕДИЦИНА

Телескопический взгляд

Целая оптическая система из нескольких крошечных линз, увеличивающая изображение центрального поля зрения в 2-3 раза, разработана израильской компанией VisionCare. Создатели назвали ее IMT – имплантируемый миниатюрный телескоп.



Подобный имплантат очень пригодится пациентам, у которых в связи с возрастными изменениями или по другим причинам пострадала центральная часть сетчатки глаза и они испытывают трудности при чтении, не могут различать лица. К сожалению, если вживлять имплантат в оба глаза, у пользователей миниатюрного телескопа будет полностью отсутствовать периферийное зрение, поскольку устройство расширяет центральное поле зрения на большую площадь сетчатки. Во время клинических испытаний IMT был вживлен пациенту только в один глаз, чтобы при помощи второго он мог ориентироваться в пространстве.

Судьба этого устройства еще не решена окончательно, однако предварительные испытания оно прошло успешно.

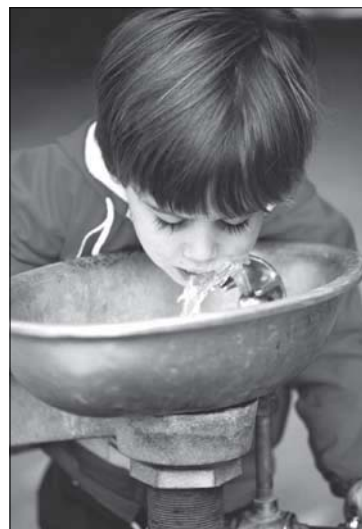
Бактерия шигелла против человеческого фактора

Начало ноября было отмечено крупными вспышками дизентерии Зонне сразу в трех регионах России. Случайное совпадение или возбудитель этого заболевания, чаще дающий о себе знать летом, внезапно поменял погодную ориентацию?

- Сезонный летний подъем кишечных заболеваний действительно бывает, но вспышка дизентерии может возникнуть в любое время года, - говорит главный специалист управления эпиднадзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека (Роспотребнадзор) Тамара Фролочкина. - И виноваты в этом не столько бактерии, сколько люди, нарушающие санитарно-гигиенические правила. Человеческий фактор – причина последних вспышек в Волгограде, Шелехове и Сочи.

Во всех случаях источником заражения служила пища, точнее, бактерия шигелла Зонне, которая предпочитает именно такой путь к человеку. А попадает она в пищу либо от «носителя» (таким может быть человек, когда-то переболевший), либо от больного в скрытой форме. Если, конечно, работники кухни забывают мыть руки и не соблюдают правила хранения продуктов и приготовления пищи. Когда зараженное бактериями блюдо неправильно или слишком долго хранится, бактерии в нем размножаются в таком количестве, что им можно заразить сотни человек.

- Эти правила настолько элементарны, что мы автоматически соблюдаем их дома, - продолжает Тамара Фролочкина. - Нельзя использовать продукты с истекшим сроком годности, приготовленную еду не стоит долго хранить даже в холодильнике, нельзя покупать продукты и тем более готовить блюда где попало.





Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала

Проблемная кожа

Только немногие из нас, вспоминая свои подростковые годы, могут похвастаться своей безупречной кожей. Как часто, глядя в зеркало, мы расстраивались из-за противного прыща, так некстати выскочившего на носу! А если он был не один, и такие же прыщи покрывали все лицо?..

Сегодня мы поговорим об одной из самых неприятных проблем кожи, возникающих у молодых людей, - угревой болезни. О том, что делать тем, кого настигла атака угревой болезни, и как правильно ухаживать за проблемной кожей.

Угревая болезнь, или акне, возникает в основном у юношей и девушек 12-14 лет, то есть с началом полового созревания. В этот период в организме подростка увеличивается количество андрогенов (мужских половых гормонов), которые как раз влияют на деятельность сальных желез. Они начинают вырабатывать большое количество кожного сала, которое закупоривает протоки сальных желез, создаются благоприятные условия для размножения бактерий, и – образуются угри. Кожа при этом становится пористой, с повышенным выделением кожного сала и большим количеством комедонов (черных точек), прыщиков, гнойничков и уплотнений. **Чаще всего такие высыпания возникают на лице, особенно в так называемой Т-зоне, верхней части спины, области декольте и плечах.**

Глубокие угри и уплотнения заживают, как правило, с образованием рубцов и пигментаций (застойных пятен). **Дисфункция гормональной системы является основным моментом, запускающим все остальные причины развития угревой болезни.** Появлению и развитию заболевания также способствуют: наследственная предрасположенность, заболевания желудочно-кишечного тракта, наличие очагов хронической инфекции, нерациональный косметический уход.

Кроме того, шансы на появление угрей увеличиваются из-за нарушений в питании. Это особенно касается тех, кто злоупотребляет копченой, острой и жирной пищей, вроде жареной картошки или гамбургеров. К тому же бактерии, которые вызывают воспаление в протоках сальных желез, очень любят сладкое. И пристрастия к сдобным булкам, кремовым тортам и конфетам часто провоцируют обострения угревой болезни. Поэтому **в рацион подростка полезно включить кисломолочные продукты, а также овощи и фрукты.**

Распространенное в быту мнение, что все проблемы исчезнут с возрастом, к сожалению, не всегда верно. В большинстве случаев со временем кожа выздоравливает, переживания уходят в прошлое. И все же у некоторых людей последствия остаются на долгие годы. Однако люди с проблемной кожей не спешат к дерматологу и часто ждут, надеясь, что «само пройдет», занимаясь при этом самолечени-

**Анна Николаевна Александрова,
врач-дерматолог,
Алтайская краевая клиническая детская больница**



ем. **Вместе с тем, чем раньше вы придете к специалисту, тем легче будет проходить лечение.**

Вообще, тактика борьбы с угревыми высыпаниями выглядит следующим образом. Сначала – лечение у дерматолога. В зависимости от формы заболевания, сопутствующей патологии, предрасполагающих моментов врачом назначается комплексное лечение, состоящее из диеты, системы очистительных мероприятий для кожи, кишечника и печени, наружного и внутреннего лечения.

Обычно применяют стандартные препараты, которые делают кожу менее жирной и регулируют продукцию кожного сала. Это высокие дозы витамина А, препараты цинка, иногда сера. При необходимости назначаются антибактериальные препараты системного и наружного применения в виде раствора, мази, крема или геля. Они нужны для того, чтобы подавить воспаление.

После того как воспаление на коже ликвидировано, можно и нужно обратиться к косметологу. ►

Здоровье детей –

◀ Главное, чтобы все процедуры проводились на невоспаленной коже. Косметолог поможет убрать камедоны, застойные пятна и постугревые рубцы. Для этого применяют вакуумную чистку, кислотные пилинги, массаж жидким азотом, электрофорез с рассасывающими и противовоспалительными средствами, а в сложных случаях используют дермабразию – интенсивную механическую шлифовку.

Очень важно наладить правильный домашний уход. За проблемной кожей нужно ухаживать так же, как и за кожей любого другого типа. То есть – очищать, увлажнять, питать и защищать от действия неблагоприятных факторов, главным из которых является УФ-излучение. Очищать лицо лучше всего молочком, гелями и тониками, которые не содержат отдушек и красителей. На упаковке такого средства должно быть написано «не акногенно» или «не камедогенно». Это означает, что продукт не содержит компонентов, которые загрязняют поры и способствуют появлению новых прыщей. К таким компонентам относятся ланолин, вазелин, детергенты. Для очищения кожи также используют спиртовые настойки календулы, эвкалипта или мяты (их можно купить в любой аптеке), разведенные пополам с дистиллированной или кипяченой водой. Хорошо зарекомендовали себя лосьоны, содержащие серу, цинк, салициловую и борную кислоты. Полезно использовать отвары и настои трав: подорожника, череды, шалфея, зверобоя, тысячелистника.



Помните: никогда не выдавливайте прыщики самостоятельно. По току лимфы разносится инфекция, и вместо одного угря могут появиться два новых. **Будьте внимательны к своей коже, и тогда можно добиться удивительного ощущения гладкой и шелковистой кожи.**



Анатолий Николаевич Гончаренко,

заведующий Краевым детским реабилитационным центром, врач-педиатр-физиотерапевт первой категории, Краевая лечебно-консультативная поликлиника

К сожалению, все мы время от времени подвергаемся тем или иным заболеваниям. Но для полного выздоровления недостаточно просто пройти лечебный курс, необходимые и восстановительные процедуры, чтобы вернуться в нормальное состояние и избежать рецидива. И если мы, взрослые, часто пренебрегаем этими процедурами из-за нехватки времени или по другим причинам, то мы не имеем права отказывать нашим детям в возможности надежного исцеления и полной ликвидации последствий болезни.

В недавно открывшейся Краевой лечебно-консультативной поликлинике создано новое структурное подразделение – **Краевой детский реабилитационный центр.** Смысл его создания – объединение нескольких структурных подразделений Краевой клинической детской больницы в одно целое для повышения качества и эффективности проводимого лечения. Реабилитационный центр занимает более 1000 кв. метров площади, включает 25 лечебных кабинетов и имеет удобные места для ожидания и отдыха.

На базе Центра имеется возможность оказывать все виды восстановительного лечения. Ребенок от 1 месяца до 18 лет может пройти здесь такие процедуры, как **физиолечение** (электро-, магнито- и светолечение), **ЛФК, массаж** (китайский, точечный, сегментарный, классический), **мануальная терапия, гирудотерапия** (лечение пиявками), **иглорефлексотерапия, гоме-**

опатия и грязелечение. Взрослые, как и дети, тоже могут получить здесь весь комплекс процедур. Краевой детский реабилитационный центр является клинической базой АГМУ, где проходят специализацию врачи из районов и городов Алтая и всей Сибири.

Высококвалифицированный врачебно-сестринский персонал Центра прилагает все усилия, чтобы пациенты не только получали профессиональное лечение, но и чувствовали себя комфортно. Созданы необходимые условия как для лечения в стационаре, так и для амбулаторных пациентов. Осуществляется индивидуальный подбор наиболее эффективных для данного пациента лечебных методик. Для этого составляется индивидуальный план мероприятий, выполняемых непрерывно до полного выздоровления. Эффективность каждого элемента назначенной программы лечения строго контролируется.

В руках родителей

Лечение предусматривает комплексное воздействие нескольких видов лечебных процедур, которое позволяет многократно усиливать эффект восстановительных процессов. Непрерывность применения лечебных методик обеспечивает стабильность достижения хороших результатов.

При поступлении ребенка в стационар в остром состоянии начинаются **реабилитационные мероприятия**. Сначала, естественно, проводятся лечебные процедуры, а затем, сразу же после этого, применяются восстановительные методики.

В чем преимущества лечения ребенка в реабилитационном Центре перед санаторным лечением? **Главным образом, в отсутствии как такового периода адаптации - ребенку не нужно привыкать к новому климату и окружающей обстановке.** После окончания стационарного периода лечения ребенок, живя дома, приходит на процедуры, что, помимо увеличения качества лечения, существенно экономит затраты родителей.

В июле 2004 года в реабилитационном Центре был открыт единственный в Барнауле **кабинет грязелечения**, где

процедуры могут проходить как взрослые, так и дети. Лечебная грязь является уникальным природным образованием, состоящим из минеральных и органических веществ. Показателем к назначению грязелечения является наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, последствий перенесенных повреждений центральной и периферической нервной системы (травм спинного и головного мозга), заболеваний суставов и позвоночника, последствий переломов костей, гинекологической и урологической патологии и др.

Применение лечебных грязей обеспечивает высокий противовоспалительный, рассасываю-



В кабинете грязелечения

щий, антимикробный эффект, стимулирует иммунную систему. Грязи, используемые в реабилитационном Центре, сертифицированы и используются неоднократно. Методы грязелечения при высокой терапевтической эффективности являются самым дешевым методом лечения, удобным для применения в амбулаторных условиях.



Для того чтобы пройти курс грязелечения или другие восстановительные курсы, обратитесь с ребенком в кабинет заведующего реабилитационным Центром на бесплатную консультацию.



В кабинете мануального терапевта

О, этот переходный возраст!..

Олег Леонидович Баженов,
врач-психотерапевт,
Алтайская краевая клиническая детская больница

Ни в каком возрасте человек не нуждается так в понимании, как в годы юности. Создается впечатление, будто глубокое понимание другими – необходимое условие формирования личности. И, тем не менее, всегда находятся разнообразные обстоятельства, затрудняющие или вовсе исключающие подобное понимание.
Эдуард Шпрангер, 1920 год

Каждый взрослый человек был когда-то юным – остается только удивляться, в сколь малой степени это способствует углублению наших знаний о юности как фазе развития.

А ведь, чтобы предупредить нежелательные явления в формировании личности и создать благоприятные условия для ее гармоничного развития, необходимо знать внутренний мир подростка, его психофизиологические особенности, суметь вовремя уловить первые признаки отклонений от нормы психического развития.

Подростковый возраст не случайно называют переходным: большинство случаев отклонения поведения приходится именно на него. Молодые люди в этом возрастном периоде «уже не дети, но еще и не взрослые». **Кризис этого возраста существенно отличается от кризиса младших возрастов, так как он – самый острый и самый длительный.** Происходит переход от детства к зрелости, бурный рост, развитие и перестройка организма ребенка.

Повышенная чувствительность и ранимость подростка в этот период объясняются **и биологическими особенностями организма, и возникновением новых, сложных форм жизни индивидуума в значительно меняющихся условиях общественной среды.** Подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым. Это новое для него чувство взрослости выражает жизненную позицию подростка по отношению к себе, людям, миру.

Встреча с новыми условиями действительности, формирование общественных представлений приводят подростка к пересмотру привычных ему

догм (протесту против традиций, привычных установок и требований), своего положения в семье и обществе, формированию самостоятельности, собственного мировоззрения.

В своем стремлении быть и считаться взрослым подросток всячески протестует, когда его мелочно контролируют, наказывают, требуют послушания, подчинения, не считаясь с его желаниями, интересами. Остро переживается конфликт между своими желаниями и возможностями их удовлетворения. Как правило, социальная ситуация подростка не меняется: он остается учащимся и находится на иждивении родителей. Поэтому многие его притязания приводят к неразрешимым трудностям, конфликтам или противоречиям с реальной действительностью, в чем и кроется психоэмоциональная причина кризиса подросткового возраста.

Переходный возраст! Сколько о нем приходится слышать! Об этом родители говорят и дома, и на приеме у подросткового врача. Они жалуются на то, что ребенок был послушным и ласковым, а теперь вдруг стал грубым, резким, лживым, эгоистом и непослушным, перестал считаться с их мнением, стал хуже заниматься в школе. Нередко с негодованием сообщают о том, что ребенок много времени стал проводить перед зеркалом, чрезмерно интересуется нарядами, перестал помогать по дому.

Подростковый возраст труден для ребенка и для его родителей. Эмоциональные проявления, наряду с возникающей дисгармонией у подростка в физическом состоянии, становятся неустойчивыми, противоречивыми, взрывы нежности и ласковости внезапно сменяются сухостью, даже враждебностью; повышенная, подчас эк-



зальтированная, общительность сменяется замкнутостью, веселое настроение – подавленностью и даже тоской, приступы чуткости и нежности – отчужденностью, черствостью.

Подросткам свойственны повышенная самонадеянность (как проявление борьбы за автономию своей личности) **и одновременно застенчивость, неуверенность в себе; повышенная критичность по отношению к окружающим и недостаточная критичность по отношению к себе и своим поступкам.**

Резко выраженные психологические особенности подросткового возраста получили название «подростковый комплекс», а обусловленные ими нарушения поведения – «пубертатный криз».

В понятие «подростковый комплекс» входят:

- беспокойство,
- тревожность,
- перепады настроения от безудержного веселья к унынию и обратно без достаточных причин,
- противоречивость чувств,
- агрессивность,
- импульсивность,
- негативизм.

Чувствительность к оценке посторонними своей внешности, способнос-



тей, умений сочетается с излишней самоуверенностью и самонадеянностью, чрезмерным критиканством, пренебрежением к суждениям взрослых. Сентиментальность порою уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость – с наглостью, развязностью, желанием быть признанным и оцененным другими – с показной независимостью, борьба с авторитетами, общепринятыми правилами и распространенными идеалами – с обожествлением случайных кумиров, чувственное фантазирование – с сухим мудрствованием. Стремление к философским обобщениям и тяготение к теоретизированию сосуществует с эгоцентризмом юношеского мышления, наивностью и незрелостью суждений и умозаключений.



Подростки переживают период, называемый «кризисом идентичности», связанный с временным возрастным нарушением единства и преемственности телесных и психических процессов, а также постоянства своего физического и психического «Я». Они ощущают неопределенность своей роли и временной перспективы в социуме. Стремятся освободиться от детской зависимости, максималистичны в оценках, готовы к оппозиции, не переносят опеки. К тому же, в этот сложный период у подростка становится предметом сознания и переживания такая мощная биологическая потребность, как половое влечение. С пробуждающейся сексуальностью возникает масса напряженных переживаний, меняется вся эмоциональная сфера.

В пубертатном периоде выделяют два этапа, влияющие на становление социализации личности.

Так, **младший подростковый возраст (12-14 лет)** определяется новым уровнем самосознания, который обеспечивает подростку возможность самовыражения и самоутверждения. Многих молодых людей еще остро волнуют проблемы «подросткового порядка», вроде обеспечения своей «автономии» от старших. Появляется недоверчивость и критичность, безжалостное обличение лицемерия и непокорности взрослым, в тех случаях, когда они говорят одно, а делают другое. В

ходе отношений со взрослыми легко теряется уверенность в прочности своего положения. Эта фаза пубертата называется «негативной».

«Позитивная фаза» - завершающий этап созревания - характеризуется появлением возможности самоопределения, когда необходимо решать проблему своего будущего с учетом реальных возможностей и внешних обстоятельств. Стремление к самоопределению у подростка 15-18 лет обусловлено необходимостью установления своего места в обществе, определения своего назначения в жизни.

Подросток протестует против социальной несправедливости и хочет изменить весь мир, требует логического объяснения возлагаемых на него обязанностей.

тку, когда не учитываются его психологические особенности.

Зачастую родители создают всевозможные ограничения вместо того, чтобы правильно использовать подростковую активность, инициативу, энергию, творчество, стремление к самостоятельности. Здесь необходима позиция старшего товарища: тогда и будет подлинное единство взрослых и детей, ликвидирована обособленность родителей и подростков, при которой они живут разными интересами, одни командуют, а другие выполняют эти команды.

Родители, как воспитатели подростка в семье, иногда терпят поражение, и тогда критический возраст становится по-настоящему опасным возрастом.

Осознавать, давать оценку своим личным качествам, удовлетворять свое стремление к самоусовершенствованию - подросток может только через взаимоотношения с «миром людей», от которых он ждет понимания и доверия. Поэтому он всячески протестует, когда его мелочно контролируют взрослые, наказывают, требуют подчинения, не считаясь с его желаниями, интересами.

Однако непослушание, своеволие, негативизм, упрямство – это лишь следствие неправильного подхода к подростку,

Будет ли переходный возраст тяжелым, патологическим или же он будет протекать нормально - зависит от того, какую позицию займут родители в воспитании подростка, смогут ли рассмотреть своего сына или дочь как личность, находящуюся в стадии формирования, смогут ли взрослые соблюдать такт, уделять постоянное, но не навязчивое, внимание, сумеют ли направить будущую энергию подростка в социально полезное русло.

Омлет для желудка

Как правильно питаться при гастрите с повышенной и пониженной кислотностью?

Диеты при гастрите

Главное лекарство при проблемах с желудком - **диета**. Правильное питание помогает восстановить слизистую оболочку желудка и сводит на нет неприятные ощущения. Прежде чем выбрать диету, желателен выяснит, насколько активно ваш желудок вырабатывает пищеварительные соки.

Точно это сделать можно при исследовании pH желудочного сока. Но приблизительно можно ориентироваться и по неприятным ощущениям. Так, если вас больше беспокоит изжога и чувство «сосания под ложечкой» натощак, более вероятно, что желудок вырабатывает кислоту в избытке. Если основные жалобы - чувство тяжести после еды, отрыжка, то пищеварительных соков недостаточно.

Соответственно несколько различается и диета при разных видах гастрита.

При повышенной кислотности

Главная цель диеты - обеспечить желудку максимальный покой, препятствуя чрезмерному выделению пищеварительных соков.

Из напитков лучше всего выбрать чай с молоком, какао с молоком или сливками. При хорошей переносимости можете пить цельное молоко, нежирный кефир, йогурт, простоквашу.

Хлеб лучше есть белый, вчерашней или позавчерашней выпечки. Разрешены также сухари из белого хлеба и несдобные сорта печенья.

На вашем столе ежедневно должны быть диетические белковые продукты: свежий нежирный творог, творожный сыр, сырки, неострый тертый сыр.

Из мясных продуктов выбирайте нежирную ветчину, сосиски, докторскую колбасу. Еще лучше есть постную говядину, телятину, свинину, птицу и рыбу в отварном виде. Яйца можете готовить всмятку или в виде омлета.

Растительные масла добавляйте понемногу в готовые блюда. Особенно полезно оливковое масло. Понемногу можете есть и несоленое сливочное масло.

Первые блюда готовьте в виде супов-пюре на основе круп и любых овощей, кроме капусты. Овощи и крупы нужно разваривать. В супы можете добавлять сливки, яйца, растительное и свежее сливочное масло. Нежелательно

готовить первые блюда на мясном или рыбном бульоне, который стимулирует выработку пищеварительных соков.

Благотворно действуют на слизистую желудка протертые каши из всех видов круп, кроме перловой, запеченные крупяные пудинги, отварная вермишель.

Овощи и зелень лучше всего готовить в виде пюре из отварных овощей - картофеля, шпината, кабачков, тыквы, зеленого горошка, спаржи, моркови, свеклы.

Ягоды и фрукты выбирайте сладких сортов. Обязательно очищайте их от косточек, зерен и кожицы. Яблоки лучше запекать. Компоты, кисели, муссы, желе должны быть в вашем меню ежедневно. Из сладостей можете понемногу есть варенье, зефир, пастилу.

Запрещаются:

- алкогольные напитки;
- свежие хлебобулочные изделия, ржаной хлеб, горох, фасоль, чечевица, толстые макароны;
- острые сыры, жареные и варенные вкрутую яйца, жирные сорта мяса, жареное мясо, мясные и рыбные консервы;
- жареный картофель;
- капуста, репа, редис, репчатый лук, несладкие и кислые фрукты и ягоды, фрукты с кожурой;
- свиное и баранье сало, топленое сало;
- шоколад, конфеты;
- черный и красный перец, хрен, горчица и другие острые приправы.

При сниженной кислотности

При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью ограничения менее строгие. Основное правило: блюда должны быть отварные, тушеные, запеченные, жареные без грубой корочки. Продукты желателен измельчать.

Пить при гастрите с пониженной секреторной функцией желудка лучше всего чай с лимоном, разбавленные водой ягодные соки или отвар шиповника. Не раздражают слизистую желудка чай с молоком, какао, кофе с молоком или со сливками.

Можете есть белый и серый пшеничный хлеб вчерашней выпечки, несдобные сорта булочных изделий и печенья.

Перечень закусок при гастрите со сниженной кислотностью довольно большой: неострый сыр, вымоченная сельдь, икра осетровых рыб, салаты

из свежих помидоров, отварных овощей с мясом, рыбой, яйцами.

Не повредят желудку докторская и молочная колбаса, нежирная ветчина, паштет из печени. Мясные и рыбные блюда лучше всего готовить в виде котлет из нежирной говядины, телятины, свинины, баранины, птицы, рыбы. Котлеты можете слегка обжаривать без панировки сухарями. Мясо и рыбу в кусках лучше отваривать. Яйца желателен есть в виде парового омлета.

Нет ограничений по молочным продуктам. Очень полезны кефир, натуральный йогурт, простокваша и другие кисломолочные напитки, свежий творог.

В разумных количествах можете есть сливочное масло, а в готовые блюда рекомендуется добавлять растительные масла.

Супы готовьте на некрепком обезжиренном мясном, рыбном, грибном бульоне или на овощном отваре с мелко рубленными или протертыми овощами, протертыми крупами.

Полезны при гастрите любые протертые, полувязкие каши, приготовленные на воде или с добавлением молока, запеченные пудинги.

Из овощей и зелени лучше всего готовить пюре, овощные котлеты. Можете есть также любые овощи в вареном и тушеном виде. Лучше всего выбирать при гастрите картофель, кабачки, тыкву, морковь, свеклу, цветную капусту.

При хорошей переносимости понемногу можете включать в меню белокочанную капусту, зеленый горошек, спелые помидоры. В блюда добавляйте мелко порубленную зелень, которая стимулирует выработку пищеварительных соков.

Фрукты и ягоды можно есть любые, только без грубой кожицы и зерен.

Запрещаются:

- алкогольные напитки;
- изделия из теплого сдобного теста;
- жареное мясо и рыба куском;
- жирные сорта мяса и рыбы, соленья, копчености, маринады, мясные и рыбные консервы;
- холодные напитки, мороженое, виноградный сок, квас;
- сало свиное и кулинарные жиры;
- шоколад, изделия с кремом;
- инжир, финики, ягоды с грубыми зернами или грубой кожицей (крыжовник);
- лук в сыром виде, редька, редис, огурцы, чеснок, грибы, сладкий перец, бобовые;
- горчица, хрен, черный и красный перец.

ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом 1 типа

**Оксана Васильевна Стефановская,
Светлана Викторовна Пушкарева,**
врачи эндокринологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница»

Занятие 4

Инсулинотерапия сахарного диабета 1-го типа: виды инсулина, режимы введения, факторы, влияющие на действие инсулина

Это занятие мы снова начнем с повторения основных вопросов предыдущих занятий. Мы уже усвоили, что сахарный диабет – это хронически повышенный уровень сахара в крови. Если уровень сахара в крови постоянно остается в норме, то сахарный диабет из болезни превращается в образ жизни.

Как Вы помните, углеводы попадают в кровь двумя путями: постоянно в небольшом количестве из печени и периодически из пищи.

Какова причина сахарного диабета первого типа? При этом типе сахарного диабета в поджелудочной железе не происходит выработки инсулина, поэтому возникает необходимость вводить этот белковый гормон в инъекциях.

В настоящее время в различных странах ведутся исследования по поиску новых способов введения инсулина в организм взамен уколов. **Но у каждого из предлагаемых методов имеются серьезные недостатки.** Например, при капельном введении инсулина через слизистую носа очень трудно следить за количеством инсулина, поступившего в кровь, в связи с чем требуется дополнительный контроль уровня сахара в крови.

Механизм выработки и поступления в кровь инсулина у человека без сахарного диабета таков, что на всякое повышение уровня сахара в крови поджелудочная железа усиливает выработку инсулина в кровь, при снижении уровня сахара в крови поджелудочная железа снижает выработку инсулина. То есть **инсулин вырабатывается поджелудочной железой и поступает в кровь по принципу обратной связи** (автопилот).

Инсулин помогает сахару из крови попасть внутрь клетки, поскольку сахар (глюкоза) необходим клеткам в качестве источника энергии. **Если в крови повышен уровень сахара, значит, клетки организма голодают и не могут нормально выполнять свои функции. Вследствие этого развиваются различные осложнения сахарного диабета.** При адекватной инсулинотерапии уровень сахара в крови практически постоянно находится в пределах нормы, и осложнения не развиваются.

Таким образом, **инсулин необходим для поддержания нормального уровня сахара в крови.**

Каждый человек – это индивидуальность, которой присущ определенный образ жизни, поэтому и дозировки инсулина должны быть сугубо индивидуальны. Кроме того, каждый день жизни любого человека не похож на предыдущий, соответственно дозировки инсулина не могут каждый день быть одинаковыми. То есть **не образ жизни должен подгоняться под схему инсулинотерапии, а схема инсулинотерапии должна соответствовать образу жизни человека.**

Прежде чем говорить о схемах инсулинотерапии, мы должны выяснить, какие вообще существуют инсулины. Каким образом их можно классифицировать.

А. По происхождению различают животные и человеческие инсулины. Впервые инсулин был получен Бантингом и Бесом в 1921 году из поджелудочной железы собаки. В дальнейшем начались поиски наиболее подходящего для человека вида инсулина. Использовали даже китовый инсулин. Но наиболее близким к человеческому из всех животных инсулинов оказался свиной. **Почему?**

Инсулин – это белок, а все белки представляют собой цепочку, которая построена из определенного количества аминокислот. Инсулины различных видов животных отличаются друг от друга тем или иным количеством аминокислот. Чем меньше этих отличий, тем более подходит инсулин для людей. Так, например, свиной инсулин отличается от человеческого только одной аминокислотой, следовательно, из животных инсулинов именно он является наиболее подходящим для человека.

С начала 80-х годов научились производить и человеческий инсулин. Делается это методом генной инженерии. В ДНК определенного вида бактерий пересаживается ген человеческого инсулина, и бактерия становится «заводом» по производству инсулина. Потом этот инсулин очищается и используется пациентами.

Поскольку главное качество инсулина, необходимое пациенту с сахарным диабетом, – это снижение уровня сахара в крови – во всем мире считается, что **для пациента с сахарным диабетом важнее всего не происхождение инсулина, а правильная его дозировка, помогающая поддерживать нормальный уровень сахара в крови в течение суток.**

Б. По длительности действия. Как мы уже упоминали, поджелудочная железа человека вырабатывает только инсулин «короткого» действия, но постоянно. Инсулин непрерывно поступает в кровь в нужном количестве соответственно изменениям уровня сахара в крови. Если пациент с сахарным диабетом будет использовать только инсулин короткого действия, то инъекции придется делать чуть ли не каждый час, что неприемлемо. Но приблизительно так поступали пациенты в первое время после открытия инсулина. Первый инсулин длительного действия (НПХ) появился через четыре года после открытия инсулина. Теперь можно смоделировать работу поджелудочной железы с помощью двух видов инсулина: короткого и длительного действия.

Короткий и длинный инсулины отличаются по внешнему виду: «короткий» - прозрачный, а «длинный» - мутный. Вы должны запомнить, что «короткий» инсулин тоже может помутнеть - это означает, что он испорчен и использовать его нельзя. Чтобы инсулин стал «длинным», в «короткий» инсулин добавляют специальные вещества - пролонгаторы. Они и придают мутность инсулину длительного действия. Существуют различные виды пролонгаторов, белки или кристаллы хлорида цинка.

Применение инсулинов в зависимости от их длительности действия

А. Препараты инсулина очень короткого действия относятся к числу короткодействующих аналогов человеческого инсулина. В настоящее время доступны для использования два инсулина этой группы: Хумалог, Новорапид. Их профиль действия несколько отличается от обычных коротких инсулинов. Начало действия через 0-15 минут. Максимум действия: наступает через 45-60 минут. Продолжительность действия до 4-5 часов.

Применение:

Позволяет больному отказаться от промежуточных приемов пищи, не рискуя при этом получить гипогликемию. Используется в дозаторах инсулина.

Б. Простой, или «короткий», инсулин: Актрапид НМ, Хумулин Регуляр, Инсуман Рапид, Биосулин Р. Начало действия через 15-30 минут. Максимум действия наступает через 1,5-2 часа. Окончание действия через 4-5 часов.

Применение:

1. Инъекция перед каждым приемом пищи. Содержащиеся усвояемые углеводы рассчитываются исходя из количества съедаемых ХЕ.

2. Дополнительная инъекция на высокий сахар крови.

В. Инсулин средней длительности действия «продленный, длинный инсулин»: Хумулин, НПХ, Протафан НМ, Монотард НМ, Инсуман Базал, Биосулин Н. Начало действия: через 2 часа. Максимум действия: через 6-10 часов. Окончание: не более чем через 12-16 часов. Инъекции инсулина средней продолжительности действия должны вводиться два раза в сутки.

Применение: Для усвоения углеводов, выбрасываемых печенью (создание фона).

Г. Инсулины ультрадлинного действия: Лантус. Начало действия: через 6-8 часов. Максимум действия: через 10-16 часов. Окончание: не более 24-26 часов.

Д. Смешанные инсулины. В этих инсулинах в определенной пропорции смешаны длинный и короткий инсулины. Их употребление имеет свои преимущества и недостатки. При их применении отпадает необходимость делать две инъекции («короткого» и «длинного» инсулинов) перед завтраком и/или перед ужином, так как они вводятся в смеси через одну иглу. Но при этом обед должен быть в строго определенное время и включать строго определенное количество ХЕ.

Как судят о действии инсулина?

Критерием правильности Вашей инсулинотерапии является снижение уровня сахара в крови до нормы или до заданных целевых пределов. Только при достижении нормогликемии можно говорить о том, что инсулин правильно дозируется.

Существуют два основных вида инсулинотерапии, которые применяются у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

А. Традиционная инсулинотерапия: утром делается «короткий» и «длинный» инсулин перед завтраком, вечером - «короткий» и «длинный» инсулин перед ужином; или «короткий» - перед ужином, а «длинный» - перед сном.

Утренний «короткий» инсулин способствует усвоению углеводов, поступивших в организм во время завтрака, утренний «длинный» инсулин создает фон в течение дня (усвоение углеводов, выбрасываемых печенью), кроме того, утренний инсулин идет на усвоения углеводов, поступивших в организм во время обеда. Такой вид инсулинотерапии имеет существенный недостаток: обед должен быть съеден строго в определенное время и содержать строго определенное количество ХЕ. При таком типе инсулинотерапии достигнуть компенсации может только человек, который будет соблюдать строжайший режим. Но таких людей очень немного.

Б. Интенсифицированная инсулинотерапия (ИИТ): утром делается «короткий» и «длинный» инсулин перед завтраком, инъекция «короткого» инсулина перед обедом, «короткий» инсулин - перед ужином, инъекция «длинного» инсулина - перед сном. Основное отличие ИИТ состоит не в том, что появляется дополнительная инъекция инсулина короткого действия перед обедом, а в том, что с инсулина длительного действия снимается не свойственная ему «блуждающая» функция - он не используется для усвоения углеводов, поступивших в организм с пищей.

При помощи ИИТ моделируется работа здоровой поджелудочной железы, которая выбрасывает инсулин тогда, когда человек ест; и ровно столько, сколько требуется для усвоения съеденной им пищи. Доказано, что применение ИИТ предупреждает развитие отдаленных последствий сахарного диабета. Но ИИТ требует от пациента более строгого самоконтроля. При этом типе инсулинотерапии более вероятно развитие гипогликемии. Поэтому надо непременно измерять уровень сахара в крови непосредственно перед каждым приемом пищи. Это важно для расчета дозы инсулина короткого действия.

Хранение инсулина

Инсулин должен храниться в холодильнике на нижней полке. Заправленную картриджем шприц-ручку или флакон инсулина, которым вы пользуетесь в настоящее время, **рекомендуется хранить при комнатной температуре (+25°C) не более 1 месяца, а используемый флакон - не более 6 недель.** Нагревание свыше 37°C, воздействие лучей, замораживание могут привести к потере инсулином его активности, что проявится, прежде всего, немотивированно высоким уровнем сахара крови. При нарушении правил хранения может меняться также и внешний вид инсулина: короткий инсулин теряет свою прозрачность, а пролонгированный при перемешивании не будет равномерно мутным.

Для ежедневных инъекций инсулина мы пользуемся инсулином и шприцами с иглами. Для уколов лучше использовать длинные тонкие шприцы. Они сделаны из пластика и упакованы в стерильную упаковку. Часто в упаковке есть игла, или эта игла встроена прямо в шприц.

Перед уколом инсулин следует слегка нагреть (если Вы достали его из холодильника). Для этого достаточно минуту или две потереть ампулу между ладонями.

Не рекомендуется смешивать цинк-содержащие и «короткие» инсулины. Так же избегают попадания «длинного» инс

кон с «коротким» инсулином. В этом случае «короткий» инсулин превращается в «длинный». Можно смешивать инсулины только одной фирмы.

Не следует обрабатывать кожу спиртом. Настоящей стерильности Вы не достигнете. Отрицательных моментов имеется много. Если спирт не высох, а Вы сделаете укол, то спирт может попасть под кожу. При этом часть инсулина может быть разрушена спиртом и доза окажется меньшей. Кроме того, повышается риск развития липодистрофий. При использовании спирта укол может быть более болезненным. Если Вы все-таки предпочитаете пользоваться спиртом, то подождите, пока спирт высохнет, и только тогда делайте укол.

Правильно вводите инсулин. ▼



Помните, что инсулин вводится **подкожно**. Следите за тем, чтобы инсулин не был сделан в кожу (появится «лимонная корочка»). Чтобы сделать укол правильно, угол наклона иглы должен составлять 45 градусов. В том случае, если подкожно-жировой слой толстый (больше, чем длина иглы), укол можно сделать под углом 90°.

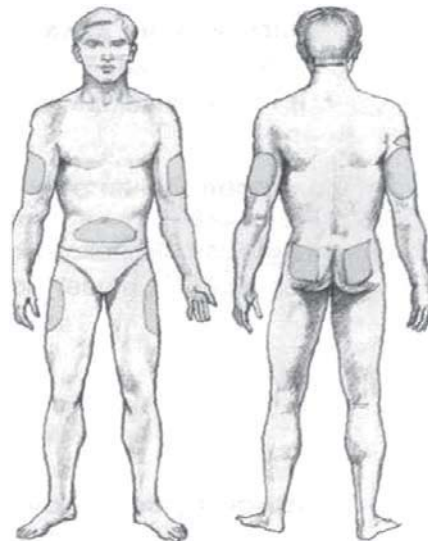
В какие места следует делать инъекции инсулина? Таких мест несколько: живот, область под лопатками, внешняя сторона бедра, ягодицы, плечо. Куда делать инъекцию, зависит от ситуации. «Короткий» инсулин лучше делать в живот, а «длинный» - в плечо, или в бедро. Выбор места инъекции может быть связан с уровнем сахара в крови, поскольку из различных мест инсулин всасывается по-разному. Быстрее всего всасывание идет из живота, а медленнее - из бедра. Это значит, что при высоком уровне сахара в крови перед едой лучше сделать укол в живот, а не в бедро. При уколах в живот можно использовать всю поверхность живота; не используется только участок шириной 3-4 см по средней линии живота. Расстояние между уколами должно быть 3-4 см, то есть надо чередовать правую и левую половину живота.

В последнее время появились различные приспособления для введения

инсулина - «шприцы-ручки», которые очень нравятся пациентам, потому что ими легче делать уколы инсулина. Они имеют размер авторучки. Инсулин уже не надо набирать из флакона, так как шприцы-ручки содержат специальный резервуар («пенфилл») с инсулином, из которого при нажатии или повороте кнопки инсулин вводится в подкожную клетчатку. В шприце-ручке «Оптипен» до укола нужно установить необходимую дозу. Затем иглу вкалывают под кожу и нажимаем на кнопку вводят всю дозу инсулина. Инсулиновые резервуары похожи на баллончик для чернил в авторучке. Они содержат инсулин в концентрированном виде (в 1 мл содержится 100 ед. инсулина).

Шприцы используются в основном для введения инсулина из флаконов. Концентрация инсулина во флаконах чаще 100 ЕД в 1мл, реже - 40 ЕД в 1мл. Поэтому обязательно **нужно** обращать внимание, на какую концентрацию инсулина рассчитан данный шприц. Если вы наберете инсулин из флакона (концентрация 100 ЕД/мл) при помощи 40-единичного шприца, то доза, набранная Вами, окажется в 2,5 раза больше, что может привести к гипогликемии.

В настоящее время во многих странах ведутся поиски альтернативных способов введения инсулина, но все они имеют определенные недостатки и в настоящее время не используются. Основным недостатком таких методов является необходимость более частого контроля сахара в крови. Пытаются вводить инсулин через слизистую оболочку носа (в каплях или при помощи пульверизаторов). Но при таком способе введения невозможно узнать, сколько инсулина всосалось в кровь. Поэтому надо контролировать уровень сахара



ра в крови не 3-4, а 7-8 раз в день. Так что количество уколов не уменьшается - придется чаще «колоть» себе пальцы и делать анализ сахара в крови.

Существуют и другие средства для введения инсулина. Например, **насосы для введения инсулина** (инсулиновая помпа). Он состоит из небольшой емкости для инсулина, соединенной с пластиковой трубкой, к которой подсоединяется игла. Игла вводится под кожу (чаще всего на животе). Насос вводит каждые несколько секунд небольшие дозы инсулина. Когда пациент принимает пищу, он нажимает на специальную кнопку и вводит себе столько ЕД инсулина, сколько ему необходимо. Такой прибор показан пациентам, которым необходимо соблюдать более строгие границы уровня сахара в крови (целевые пределы). Такая необходимость возникает при беременности или при далеко зашедших осложнениях. В этих случаях уровень сахара в крови не должен превышать 7,8 ммоль/л.

У этого прибора есть серьезные недостатки: если сядет батарейка, питающая насос, или засорится игла, то очень быстро разовьется гипогликемическая кома, поскольку в крови совсем нет инсулина. Кроме того, повышается опасность и гипогликемии, если пациент пропускает прием пищи. Чтобы не допустить этого, пациент должен очень часто проверять уровень сахара в крови: 6-8 раз в день (при обычном способе введения инсулина - только 3-4), что доставляет определенные неудобства. Кроме того: этот прибор необходимо снимать во время купания, плавания в бассейне, на ночь, во время активных игр и вводить при этом инсулин длительного действия при помощи обычного шприца или шприц-ручки. Иглу прибора необходимо менять каждые несколько дней во избежание инфицирования. Может возникнуть необходимость отказаться от определенных видов одежды. Но тем не менее есть дети и взрослые, которые весьма успешно используют эти приборы. Такой носимый дозатор может быть рекомендован и беременным женщинам с сахарным диабетом.

Режим инсулинотерапии подбирается каждому пациенту строго индивидуально врачом-эндокринологом. Врач определит тот режим введения инсулина, который наилучшим образом подходит именно Вам. Изменение доз инсулина должно всегда основываться на показателях сахара крови в течение последних двух-трех дней. Без проведения регулярного самоконтроля Вы не сможете правильно изменить дозу инсулина и сохранить хорошие показатели сахара крови и хорошее самочувствие.

Желаем успеха!

День Матери на Алтае

Разговаривая с женщинами на встрече, дивилась их, может быть, незамысловатым выводам, но очень точно отражающим, подмечающим те разрушающие процессы, которые, как ржа, разъедают наше село. «Вы посмотрите, - горючится одна, - совсем перестали держать коров - на нашей улице еще 2-3 года тому назад они были в каждом дворе, а сейчас всего у двоих. Старики и дети в селе молока не видят! А говорим остеопороз! (Этот «остеопороз» меня особенно поразил). Скажи старикам, что сенокосные уголья в этом году не выкошенные остались... В войну корова-кормилица выстоять помогла, а сейчас - самогонку варят, а себя накормить не хотят - обленились!».

Многие с горечью говорят, что «нет работы, те, кто могут, уезжают на заработки в город - санитарками в больницы, охранниками, а дети - беспризорные. Когда это видано, чтобы дети в селе без присмотра оставались, к труду не приучались, а сейчас отцы в доме набегами... С другой стороны, многие и не хотят ничего делать. Как пример: соседка держит более 10 коров, все сама - и доит, и перерабатывает, и продает, а скольких односельчанок ни приглашала в помощницы - не идут. Проще на диване лежа власть поругивать».

Рассказывают, что дети совсем перестали играть на улице, после школы сразу к телевизору, ни на коньках, ни на лыжах. Даже появились случаи, когда отказываются от малышей, даже родив здорового... «Были такие случаи и раньше, но скрывались, в городе прятались, не дай бог, кто узнает, стыд душил, а сейчас все напоказ».

Разве не пример этим нерадивым «мамашкам» семья **Натальи Александровны Ильиных** из села **Бобровка**? Росло в семье четверо детей, случилась трагедия - в аварии погибла сестра, в семье появилось еще двое. Пятеро учеников - собратья, проводить, накормить, встретить, приласкать каждого.

Прошло всего несколько месяцев, как в селе женщины создали свой Совет, возглавила его **Надежда Ивановна Сторожевых**, тоже многодетная мама, ждет третьего внука. Если женщины объединились, значит, толк будет. ▼



Двор, заросший бурьяном, всегда в селе был позором. Но посмотрите, как преобразаются наши усадьбы, мы уже и не помним времена, когда в саду у дома ни малины, ни смородины, ни яблок не было... Но появились такие энтузиасты, как **Галина Александровна Котыхова**, ее хобби - розы! В саду растут 150 сортов, целая оранжерея.

Или **Вера Георгиевна Трубочева**, известный овощевод, участница и победительница ВДНХ в Москве еще в советские времена. Дома четверо детей, как ягодки, все ухожены, и

дом, и хозяйство, и общественная работа - все успевала. Любовь к земле осталась, вышла на пенсию, а новинками по выращиванию цветов и винограда интересуется постоянно.

Социально неблагополучная семья - термин, который так незаметно и так прочно входит в нашу жизнь. Государственными пособиями или лишением родительских прав проблему не решить. Не особо рассуждая о роли общества в решении этой проблемы, **Надежда Викторовна Котыхова**, председатель женсовета из села Березовка просто не остается равнодушной. Знает, где нерадивая мать пьет и дети сидят без присмотра, найдет время туда зайти, поинтересоваться, где и пристыдить для начала; где старушка приболела - попроведует. Семнадцать лет работала в детском саду, сейчас - в библиотеке. Задумок полна голова, обаяние и доброта все притягивает к ней людей. Говорят, поговоришь с ней, и жизнь становится светлее. ▼



Журавлиха - село с таким красивым названием, и женщины там красивы душой. Семья **Галины Ивановны Савиновой** большая. Она - экономист, муж агроном, вырастили пятерых детей, очень авторитетная семья.

Не замыкаясь своим подворьем, женщины в Журавлихе чуть больше года назад организовали свой Совет, председатель **Ольга Владимировна Королева**. В ее семье растут сыновья-погодки, дом - полная чаша, но этого недостаточно, есть в селе, кто нуждается в помощи, а кто и в дружеской подсказке: «Одумайся, останись, не по-людски живешь...». В селе проблем хватает, и женсовет не в стороне.



В селе **Первомайское** у женсовета уже сложились свои традиции, **Александра Александровна Кушманова** иногда в сердцах скажет: «Хватит, пусть другие занимаются, надоело». Но куда уйдешь от своего спокойного характера и таланта организатора?! Заслуженный работник культуры, сама участница художественной самодеятельности, всегда в гуще сельских проблем, как и ее подруга по общественным делам, секретарь Совета ветеранов **Галина Ивановна Дьячкова**. ▶

Повалиха стала родным селом для **Надежды Павловны Фатеевой**, приехавшей из Казахстана с первой волной переселенцев. Сошлась с людьми, стала нужной и в радости, и в горе. Судьба свела ее с **Валентиной Ивановной Колывановой** в нелегкий для нее период – в мирное время у нее геройски погиб сын... Но может светлая память о нем и широкая, щедрая душа этой тихой, очень спокойной и достойной женщины дала ей силы не замкнуться в себе и всю свою любовь отдавать нуждающимся в помощи людям... ▼



Для села – почтальон и психолог, и социальный работник. **Александра Ивановна Носкова** – начальник почты в с.Фирсово. И работа ответственная, и в общественной жизни села успевает принять участие, а ведь «дома семеро по лавкам» в прямом смысле слова: шесть сынков и одна дочка. ►

▼ **Надежда Глебовна Литина** из села Акулово тоже много лет проработала почтальоном, деля вместе с селянами и добрые и печальные вести. Незаметно выросли пятеро детей, семеро внуков радуют дедушку и бабушку, слетаясь в их гостеприимный дом на каникулах. А в родном селе Надежда Глебовна в любом доме – желанный гость...

▼ Акуловские женщины с гордостью рассказывают о своем лидере – **Татьяне Васильевне Городничей**. «Женсовет у нас работает неформально – газификация, асфальтирование улиц, водо-



провод, ремонт без их участия и контроля не обходится. Татьяна Васильевна сразу после окончания института работает в нашей школе, знает про каждый дом, в каких условиях живут и воспитываются дети, не забыты ли старики, как молодежь проводит досуг... Сходы села, праздники без их участия не проходят...».

Обе женщины – великолепные хозяйки, замечательные мамы, добрые, надежные жены и дочери. Их усадьбы – гордость села. Замечательные труженицы, отдают себя и любимому делу, и родной деревне.



▲ Почетный житель села Боровиха **Нина Трофимовна Кивачитская**, ветеран женского движения в крае. Милосердие – ее главная черта. Таких же милых сердцу людей она сплотила вокруг себя. **Нина Трофимовна Борисова** – подруга по жизни, вместе работали, рукодельница, огородница, двор в цветах утопает. Захватили дела общественные: то вещи перешивают ребятишкам из многодетных семей, то стариков больных, обездоленных навещают, и люди их в добрых делах поддерживают, сами раскрываются в лучших своих чертах.

▼ **Зинаида Ивановна Овчинникова** четверть века проработала на птицефабрике зоотехником, сейчас на пенсии. Но не может без доброго общения: веселыми, задорными песнями славится ансамбль «Сибиринка» **п.Сибирский** – она его самая активная участница. Пять детей и шестеро внуков не помеха, а только подспорье для ее разнообразных увлечений.

▼ **Любовь Максимовну Карташову**,

начальника цеха агрофирмы «Сибирская», ее депутатский стаж не много ни мало – 20 лет, и уже пять лет она является председателем женсовета села, – хорошо знают в пос. Сибирский. И все успевает, хотя, конечно, при такой занятости, дома о ней скучают...



День Матери на Алтае



Поселок Солнечный - благоустроенный поселок, наверное, кажется, что люди живут там, отгородясь от мира красивыми оградками. Не так это, и проблемы есть, как в любых семьях, да и потребность в общении. В селе начали класть свои традиции.

Нина Владимировна Халаева возглавляет женсовет с 1997 года (она не смогла приехать на праздник - дела), а вот **Вера Александровна Ткаченко**, мама пятерых детей, хозяйка, активистка, вместе с **Людмилой Юрьевной Бычковой**, секретарем поселкового Совета, были, и потом своими впечатлениями делились на праздновании Дня матери в Солнечном.



Надежда Николаевна Филимонова и **Ольга Никитина** из села Новоберезовка, может, немного разные, но их объединяет неравнодушие к чужому горю. То в одной семье, то в другой с благодарностью вспоминают Надежду Николаевну. Кто-то и сердится: «Что, мол, лезешь в чужие дела – не на твои пью, и мой ребенок в школу не пошел, не потому что гол и голоден, а «приболел». Но когда в таких семьях жизнь меняется, радуются искренне женщины, значит, есть еще в людях совесть, есть надежда, что захотят изменить свою никчемную жизнь.



Медикам в селе - всегда особый почет, а если человек не только профессионально грамотный, но и неравнодушный, ответственный - тянутся к нему, как на огонек. **Ольга Михайловна Левочкина** (фото на стр.52), фельдшер из с.Фирсово, и **Татьяна Михайловна Караваева**, врач-педиатр из села Санниково, были участницами праздничного мероприятия. И коль скоро день был посвящен Матери, благодарили их женщины за то, что их умение, их забота, их профессиональный долг помогают женщинам Первомайского района быть здоровыми и рожать здоровых и желанных детей.

Может быть, кого-то упустила я в своих впечатлениях - такое созвездие талантов и достойнейших матерей встретилось одновременно, ни один конкурс красавиц не выдержал бы конкуренции. Но еще одну героиню позвольте представить. **Нина Гавриловна Санникова**, заместитель главы администрации района по социальным вопросам. Но, уверяю вас, не по долгу службы была она в этом праздничном зале, а своя она в районе. Красивая, умная женщина, любящая мать и талантливый, ответственный руководитель. Чувствовалось, что гордятся ею, доверяют, уважают и просто любят. А когда попросили спеть, она не отказалась, не начала отнекиваться, а с таким природным артистизмом исполнила несколько совершенно разноплановых вещей – от задушевного романса до озорной баллады о «женщинах, которые, несмотря на «политизированных» мужчин копали и копали...», - что еще и еще раз подумалось: да, действительно, у России - женская душа!



И.Козлова, член Президиума Краевого Совета женщин, член Общественной женской палаты при главе администрации края, главный редактор журнала "Здоровье алтайской семьи"

День Матери на Алтае

