

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ



# АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8(56)  
АВГУСТ  
2007



Коллектив школы №19  
г.Новоалтайска  
поддерживает проект  
“Здоровая семья - это здорово!”



## Опыт нарабатывается, традиции формируются...

Говоря о социальной политике, о социальном партнерстве, о развитии гражданского общества, его институтов, мы постоянно твердим о недостаточности финансирования общественного сектора.

Сегодня государство принимает меры по укреплению общественного государственного сектора, реализует национальные приоритетные проекты, целевые программы по развитию учреждений культуры, здравоохранения, образования и даже в этом году впервые оказало финансовую поддержку общественным неправительственным организациям.

Но думаю, что проблема гораздо шире. Чтобы успешнее развивать общественный сектор, стремясь выправить его крен из «теневой, нецивилизованной платности», сделать его действительно понятным,

прозрачным и доступным для населения и развивать социальное партнерство, как неотъемлемый механизм гражданского общества, нужно, прежде всего, начать делать реальные шаги, давно уже апробированные в мире.

Для привлечения ресурсов и повышения эффективности некоммерческому сектору нужно учиться говорить с бизнесом на одном языке, понимать свою миссию, стратегию, видеть пути собственного развития, во имя пользы социума необходимо не только привлекать деньги, но учиться еще профессионально и эффективно ими управлять.

Для этого некоммерческому сектору предстоит перестроить свою ментальность и научиться работать в рамках бизнес-логики. А в рамках этой логики - стратегия, маркетинг, финансы, услуги, администрирование, право, человеческие ресурсы, безопасность, и даже реклама и связи с общественностью - это те инструменты, которые бизнесу необходимы для создания добавочной стоимости, а для НКО для достижения не менее четких и конкретных целей социального развития тех или иных аспектов жизни общества.

Законодательно дополнительно такая возможность взаимодействия появилась у НКО и бизнес-структур 11 января 2007 года, когда вступил в силу федеральный закон «О порядке формирования и использования целевого капитала некоммерческих организаций». Суть его такова: некоммерческие организации, в том числе школы, больницы, музеи, вузы и другие смогут при организации создать **инвестиционный фонд**, который формируется за счет взносов благотворителей. Сам капитал - тратить нельзя, а вот доход от его размещения - пожалуйста.

Такие **эндаументы** могут привлечь предпринимателей. Они (предприниматели) войдут и в состав Попечительского совета фонда, и в Совет директоров, что позволит, с одной стороны, побудить их проявить свою готовность и реальные шаги к социальному партнерству, с другой стороны, позволит и фондам использовать наработки успешных бизнес-структур.

Зарубежный опыт говорит, что участие в таких фондах для бизнеса **почетно**. Эндаумент только одного Гарвардского университета составляет 25 млрд. долларов США. Правда, Гарвард принял свой первый взнос в 1649!!! году.

Можно, конечно, и не ставить себе цели догнать и перегнать... Гарвард. Но, на мой взгляд, это неправильно. Ибо чем раньше мы начнем обретать опыт такой цивилизованной благотворительности, тем быстрее наработаем свои традиции решения социальных проблем с привлечением различных институтов гражданского общества и бизнеса.

Наш собственный опыт создания такого фонда - Фонда «Содействие» - говорит именно об этом. Начиная в 2003 году программу «Здоровая семья - это здорово!», мы рассчитывали только на собственные силы. Постепенно выкристаллизовались приоритеты, более четко были нами определены задачи, цели проекта. У него появились сторонники, новые участники. Он развивается, и мы намерены продолжать наш проект и в перспективе.

Немало очень интересного опыта социального партнерства - и в городах и районах края, демонстрирующего поддержку различных общественных структур бизнесменами.

Внятные сигналы бизнес-сообществу о необходимости участия в решении проблем общественного сектора даются государством. Как пример - государственная финансовая поддержка некоммерческих общественных организаций в объеме 500 млн. рублей в 2006 году и планируемая, согласно распоряжению Президента России от 30 июня 2007 г. 3367-р - в 2007 году, уже в сумме 1 245 783,04 тыс. рублей.

Опыт нарабатывается, традиции формируются. Дерзайте!

№8 (56) август 2007г.

Учредитель -  
ООО «Издательство  
«ВН - Добрый день»  
г. Новоалтайск,  
ул.Обская, 3.  
Тел. 8(38-532)2-11-19.

Адрес редакции:  
656049 г.Барнаул,  
ул. Пролетарская, 113, оф.200  
Тел. редакции -  
(3852) 35-46-42, 63-84-90,  
E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -  
Ирина Валентиновна Козлова  
Тел. 8-960-939-6899

Ответственный редактор -  
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн  
и верстка -  
Ольга Жабина  
Дмитрий Зырянов

Менеджер по работе  
с общественными  
представителями -  
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -  
Лариса Юрченко

Подписано в печать 08.08.2007г.  
Печать офсетная. Тираж -  
6800 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №  
ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-  
бирским окружным межрегиональным тер-  
риториальным управлением 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.Короленко, 75.  
Тел. (3852) 65-91-18

**Подписной индекс -  
73618**

На обложке: Педагоги школы №19  
г.Новоалтайска - (слева направо) Т.В.  
Козловская, А.И. Малькова, О.А. Дол-  
матов, Н.Н. Демина, Т.Г. Трунова.

# Содержание

|   |       |
|---|-------|
| Алкоголизм: не зная меры! .....   | 2-5   |
| <b>ШКОЛА ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ.</b><br>Урок 4 (часть II): Долгожданное<br>чудо свершилось... ..   | 6-13  |
| <b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....  | 14-15 |
| Спи, моя радость, усни... ..  | 16    |
| С.П. Бахарев. Внелегочный туберкулез .....  | 17    |
| В.А. Тричев. Генетика алкоголизма .....   | 18-19 |
| Новости из Общественной женской палаты .....  | 20    |
| <b>АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы</b><br>(занятие 16 (часть I)).<br>Т.А. Корнилова, И.И. Белякова,<br>И.П. Сокол, Е.В. Никитина<br>Бронхиальная астма и беременность ..... | 21-22 |
| <b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b><br>Прошла Международная конференция .....  | 23-24 |
| Т.П. Дятлова, Н.С. Шепелева, Н.С. Бычкова.<br>Советы детского клинического лаборанта .....  | 25-26 |
| Двойной юбилей .....  | 26    |
| <b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА.</b><br>С.Д. Яворская. Этапы большого пути.<br>Шаг за шагом. Письмо седьмое .....  | 27-28 |
| О.С. Ганова. Диагностика ХОБЛ<br>в амбулаторных условиях .....  | 29-30 |
| <b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b><br>Меню любви .....  | 31-32 |
| Мир и медицина .....  | 33    |
| Счастливые браки... по (верному) расчету .....  | 34-35 |
| Как определить болезнь по лицу человека .....   | 36    |
| Арбузные чистки .....   | 37    |
| <b>ШКОЛА ДЛЯ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ.</b><br>Приложения .....   | 38-41 |
| Что такое психогеометрия? .....   | 42-43 |
| Формируем плоский живот .....   | 44    |
| Мир и медицина .....  | 45    |
| Пожелания «Любить по-русски!» .....   | 46-47 |
| Что может женсовет? .....   | 48    |



# Алкоголизм - это болезнь

О том, что «таит» в себе алкоголизм, какие существуют пути избавления от него, что такое «группа «Анонимных алкоголиков», мы разговариваем с Еленой Арсентьевной НЕЙФЕЛЬД, кандидатом медицинских наук, заведующей диспансерным отделением ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

**Пьянство есть упражнение в безумии.**

**Пифагор**

- Полноправно назвать себя алкоголиком может не каждый - это люди, которые регулярно употребляют спиртные напитки и не могут отказаться от этой привычки, их не удержишь от спиртного. Они теряют контроль за количеством выпитого, у них исчезают защитные реакции при передозировке, а **алкогольное опьянение становится для них самым комфортным состоянием.**

**- Какая ситуация у нас в крае с распространением алкоголизма?**

- Несмотря на широкое распространение потребителей наркотических веществ в крае, в структуре наркологических расстройств преобладают именно алкогольные расстройства: **распространенность алкоголизма (включая и алкогольные психозы) имеет стабильно высокий уровень и составляла в 2006 году 2,2% общей численности населения края.**

Распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями среди несовершеннолетних в крае снизилась, но остается в **1,4 раза выше, чем в целом по России.**

**- Как алкогольные напитки влияют на организм человека?**

- Длительное употребление больших количеств алкоголя может вызывать **тяжелые нарушения обменных процессов** в организме. Происходит **снижение аппетита**, источником калорий становятся не обычные пищевые продукты, а спирт. Он действительно богат калориями и может обеспечивать организм энергией. Однако если его использовать вместо пищи, то организм остается без необходимых витаминов, солей и других соединений. Таким образом, большинство заболеваний, связанных с потреблением алкоголя, является следствием неправильного питания и нарушения правил гигиены.

У сильно пьющих людей часто обнаруживаются **желудочно-кишечные расстройства** и во многих случаях - **увеличение и болезненность**

**печени.** Длительное потребление больших количеств алкоголя в сочетании с неправильным питанием может приводить к такому тяжелому поражению печени, как цирроз, а также к различным **неврологическим нарушениям.**

**Пьянство во время беременности сказывается на развитии плода и резко повышает вероятность таких психических и физических нарушений у будущего ребенка, как задержка психического развития, микроцефалия и снижение мышечного тонуса.** Наконец, чрезмерное потребление алкоголя является важным **фактором риска других наркоманий, а также сердечно-сосудистых заболеваний.**

**- Елена Арсентьевна, расскажите, как можно избавиться от этой напасти?**

- Лечение и реабилитация больных алкоголизмом является долгим и трудным процессом, зачастую с частыми срывами, утяжелениями течения заболевания, влекущими проблемы в семье, на работе - так называемый **«социальный шлейф».**

В нашем краевом наркологическом диспансере имеются отделения для лечения, оказания неотложной наркологической помощи, реабилитации наркологических больных. Специалисты используют ряд передовых методов по купированию абстинентного синдрома, отравлений суррогатной продукцией, оказывают помощь в ресоциализации своим пациентам. Затем, по окончании лечебно-реабилитационной программы, кроме поддержки близких, необходимы самоконтроль и, конечно, помощь группы **«Анонимные алкоголики» (АА).**

**Кто же такие «АА» и чем они занимаются?** Уже на самых первых собраниях новым членам предстоит услышать про «Двенадцать шагов», «Двенадцать традиций» и про целый ряд других специфических понятий, принятых в АА. Мы разбираем эти понятия и объясняем, почему они так часто звучат в выступлениях членов АА.

Что же такое «Двенадцать ша-



гов»? **Двенадцать шагов представляют собой сердцевину социально-реабилитационной программы АА по излечению от алкоголизма.** Это не отвлеченные теории, они вобрали в себя опыт первых членов АА, к которому они пришли методом проб и ошибок. В них изложены те взгляды и принципы, которые, как считали первые члены АА, помогли им прийти к трезвому образу жизни. Однако эти этапы ни в коем случае не являются обязательными для всех.

Тем не менее, **опыт показывает, что те члены АА, которые стремятся следовать этапам (шагам) и применять их в своей повседневной жизни, получают от АА намного больше,** чем те, кто относится к ним без особого интереса. Существует мнение, что строго и неотступно следовать всем этапам очень сложно. Может, это и так, в том смысле, что этапы представляют собой совершенно новое для большинства алкоголиков отношение к жизни. **Но все же члены АА считают, что тем, кто хочет вести трезвый образ жизни, без «12 шагов» не обойтись.** ☺

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ В  
НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

63-61-15

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ АА**

69-41-05

**АДРЕСА ГРУПП СОДРУЖЕСТВА АА**

**Группы для созависимых - среда**

(с 18-00ч.), ул.Л.Толстого, 23;

**гр.«Надежда»** - понедельник, среда

(с 18-00ч.), ул.Л.Толстого, 23;

**гр.«Феникс»** - понедельник, среда

(с 18-00ч.), ул. 50 лет СССР, 15;

**гр.«Радуга»** - четверг (с 18-00ч.),

ул. Сов.Армии, 146-А.



# Школа для будущих родителей

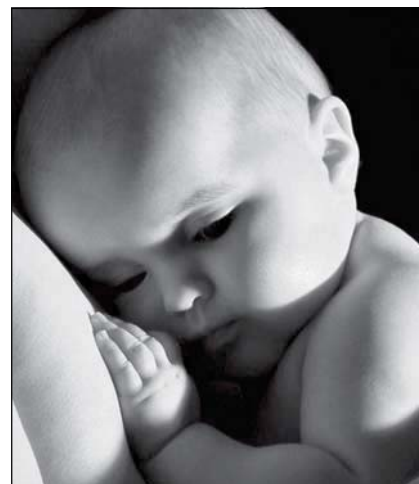
Урок 4  
часть II



Слово генетикам

## Наследственные метаболические энцефалопатии

К наследственным болезням обмена веществ относится большая группа заболеваний, включающих нарушения обмена аминокислот, углеводов, липидов, витаминов, соединительной ткани и др. В основе большинства их лежит генетически детерминированная ферментативная недостаточность. Несмотря на разный генез этих заболеваний, для них чрезвычайно характерно наличие общих симптомов, выражающихся в задержке физического развития, умственной отсталости и неврологических нарушениях.



Существует около 400 форм врожденных нарушений метаболизма. Многие из них могут быть выявлены с помощью простых и ставших рутинными методов. Другие менее доступны для диагностики в повседневной педиатрической практике, так как требуют специальных условий (специализированных лабораторий и высококвалифицированных специалистов).

По особенностям течения патологического процесса и по срокам манифестации первых клинических признаков **наследственные метаболические энцефалопатии можно подразделить на несколько групп.**

### **С манифестацией в период новорожденности**

В эту группу входят **наследственные заболевания обмена аминокислот**. Они относятся к генетически детерминированным ферменто-

патиям, носят моногенный характер и имеют аутосомно-рецессивный тип наследования.

Вся сложность своевременной диагностики этой группы заболеваний состоит в том, что **большая часть из них не имеет специфических черт. Они сопровождаются тяжелыми поражениями различных органов и систем у детей.** Особенно часто вовлекается в патологический процесс **нервная система** (86%). Среди психоневрологических расстройств у больных выделяют **умственную отсталость** (70%), **изменение тонуса мышц** (68%), **задержку статикомоторного развития** (66%), **судорожный синдром** (42%), **повышенную возбудимость** (29%), **угнетение ЦНС** (18%). Наряду с психоневрологической симптоматикой часто наблюдаются **отставание в физическом развитии** (33%), **гепатомегалия** (19%), **респираторные расстройства** (16%), **патология глаз**

(10%), **ацидоз** (12%). Несколько реже встречаются **изменения со стороны сердечно-сосудистой и костной систем, почек, кожи, геморрагический синдром.**

Возникающие поражения нервной системы и других органов часто считают **последствиями внутричерепных родовых травм, менингитов и энцефалитов** и т.п. Окончательный диагноз становится возможным только после проведения специальных исследований обмена аминокислот и определения ферментов.

### **С манифестацией на 4-6-м месяцах жизни**

К этой группе отнесены **20 наследственных заболеваний обмена липидов, углеводов, витаминов и др.** Своевременная их диагностика осложняется тем, что **первые симптомы**, обнаруживаемые вскоре пос-



ле рождения, **носят часто неспецифический характер**: анорексия, срыгивания, рвоты и т.д. Нарушения психомоторного развития, потеря ранее приобретенных навыков становятся очевидными **только к 4-6-му месяцу жизни**. В последующем болезнь быстро прогрессирует и заканчивается **смертью детей** на 2-3-м году жизни.

В клинической картине этих заболеваний преобладают **психоневрологические расстройства**, задержка психомоторного развития, микроцефалия, судороги и др. Причем изменения со стороны нервной системы нередко сочетаются с патологией зрения и других органов.

Сопоставляя особенности клинической картины заболеваний этой группы, необходимо отметить, что их фенотипическое сходство **обусловлено рядом общих признаков**: раннее начало заболевания (первые месяцы жизни), злокачественность течения патологического процесса (смерть наступает на 1-3 году жизни), тяжесть поражения многих органов и систем (ЦНС, зрения, слуха, печени, скелета и др.).

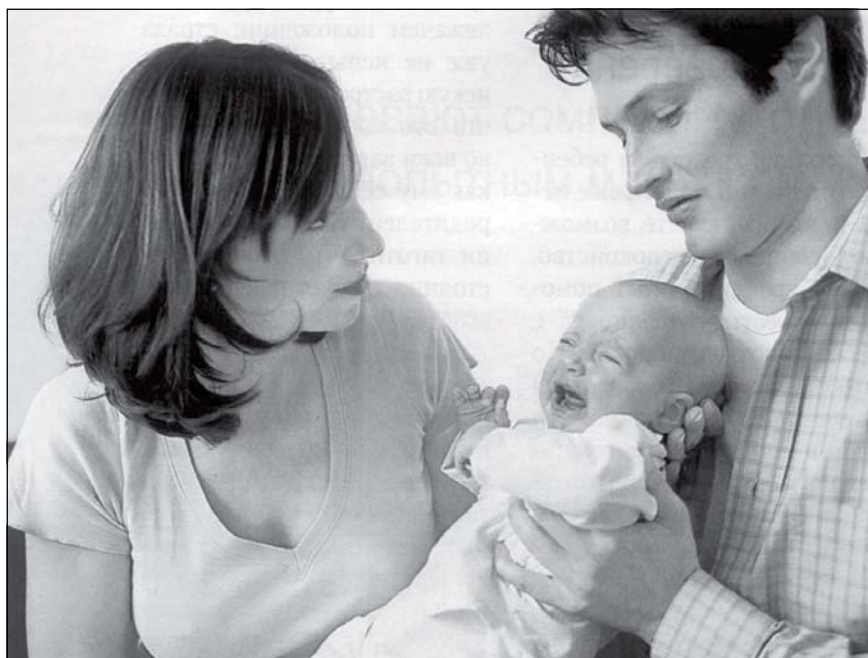
### **С манифестацией на 1-4 году жизни**

Все заболевания этой группы, несмотря на их разный генез, **объединяют пять общих признаков**: прогрессирующая параплегия; неустойчивая походка и некоординированные движения; судорожные состояния и миоклония (иногда атаксия); задержка или регресс психических функций; интермиттирующие неврологические расстройства (ступор, кома, измененное поведение, атаксия, судороги). Также свойственно сочетание выраженных изменений ЦНС с висцеральными расстройствами, изменениями скелета, зрения и др.

**К наиболее важным симптомам относятся**: неврологические расстройства (полиневриты, пирамидные и бульбарные нарушения, демиелинизация); *глазные симптомы* (нарушение функции глазодвигательных нервов, поражение сетчатой оболочки глаза, конъюнктивит, снижение зрения вплоть до слепоты); *глухота*; *измененный размер головы* (микро- или макроцефалия).

Неврологические расстройства и интеллектуальный регресс хотя и обнаруживаются рано, тем не менее достигают своего максимума спустя 2-4 года и позже.

**По особенностям манифестации выделяют:**



◆ **заболевания, при которых дегенерируют двигательные расстройства** - парапарез, атаксия или атетоз (метахроматическая лейкодистрофия, мукосульфатидоз, нейроаксональная дегенерация, синдром Луи-Бар, поздний детский Gm1-ганглиозидоз, тип II, болезнь Гоше, тип III и др.);

◆ **заболевания, начинающиеся с миоклонуса и судорог** (нейрональный цероид липофусциноз, синдром Альперса);

◆ **заболевания, сопровождающиеся задержкой психомоторного развития и изменения многих органов и систем.**

### **С манифестацией в возрасте 4-15 лет**

В эту группу включены **редкие наследственные и семейные заболевания нервной системы** с поздней манифестацией и медленным, но прогрессирующим течением. Диагностика этих заболеваний обычно базируется на сугубо клинических симптомах. Обнаруживаемые биохимические изменения часто носят **неспецифический характер**. Для большинства заболеваний характерно преимущественное **поражение экстрапирамидной системы или же координаторных и пирамидных систем мозга**.

С целью облегчения дифференциально-диагностического процесса **выделяют:**

◆ **семейные болезни с паркинсонизмом** (болезнь Вильсона-Коновалова, Хорея Гентингтона, детская форма, синдром Ханта);

◆ **семейные болезни с дистонией и хореей** (болезнь Галлервордена-Шпатца, прогрессирующая торсионная дистония);

◆ **редкие семейные экстрапирамидные болезни** (доброкачественная семейная хорей, семейный не прогрессирующий хореей и др.);

◆ **прогрессирующие мозжечковые атаксии** (атаксия Фридрейха, синдром Руси-Леви, церебеллярный холестериноз, абеталипопротеинемия);

◆ **полимиоклонии** (доброкачественная семейная полимиоклония, болезни Шпильмейера-Фогта, Рефсума, Танжера, семейная прогрессирующая миоклоническая эпилепсия);

◆ **семейные метаболические энцефалопатии с клиническими проявлениями диффузных нарушений ЦНС** (адренолейкодистрофия, болезнь Лея, юношеская метахроматическая лейкодистрофия, глободноклеточная лейкодистрофия Крабе).

**Ранняя постановка диагноза является главной задачей, она позволяет аргументировать прогноз при медико-генетическом консультировании и, естественно, начать своевременную патогенетически обоснованную терапию**, которая включает диетическое питание с ограничением или дополнением определенных метаболитов, назначение лекарственных средств, способствующих восстановлению субстратов, воздействующих на пути метаболизма витаминов, энзимных субстанций и даже использование трансплантации органов (например, печени).



# «Ленивый» фермент, или Кому молоко не на пользу

С лактазной недостаточностью или лактозной непереносимостью сталкиваются практически все родители детей первого года жизни. Лактоза - молочный сахар (углевод), который в больших количествах содержится в грудном молоке, молочных смесях, коровьем молоке и существенно меньше его в кисломолочных продуктах.

**Лактаза - это фермент, который расщепляет лактозу. Его дефицит в организме (лактазная недостаточность) приводит к нарушению всасывания лактозы и плохой переносимости продуктов питания, содержащих молочный сахар (лактозная непереносимость).**

Наибольшую значимость проблема непереносимости молочного сахара лактозы имеет для **детей раннего возраста**, так как в этот возрастной период молочные продукты составляют значительную долю в диете, а на первом году жизни являются основным продуктом питания.

**Первичная или истинная лактазная недостаточность обусловлена врожденным дефицитом фермента.** Истинная лактазная недостаточность встречается только у **10%** населения. Обычно при первичной лактазной недостаточности «виновата» наследственность.

**Вторичная лактазная недостаточность особенно распространена среди детей первого года жизни и часто является следствием дисбактериоза кишечника и незрелости поджелудочной железы.** Она проходит после коррекции дисбактериоза или

с возрастом (транзиторная), и в более старшем возрасте молочные продукты нормально усваиваются.

**Лактазная недостаточность может проявиться уже в первые недели жизни ребенка. Заподозрить ее можно по следующим признакам:**

◆ **жидкий** (часто пенистый) **стул**, который может быть как частым (более 8-10 раз в сутки), так и редким, или же отсутствовать без стимуляции;

◆ **вздутие живота;**

◆ в тяжелых случаях лактазной недостаточности

ребенок плохо набирает вес или теряет в весе, не развивается;

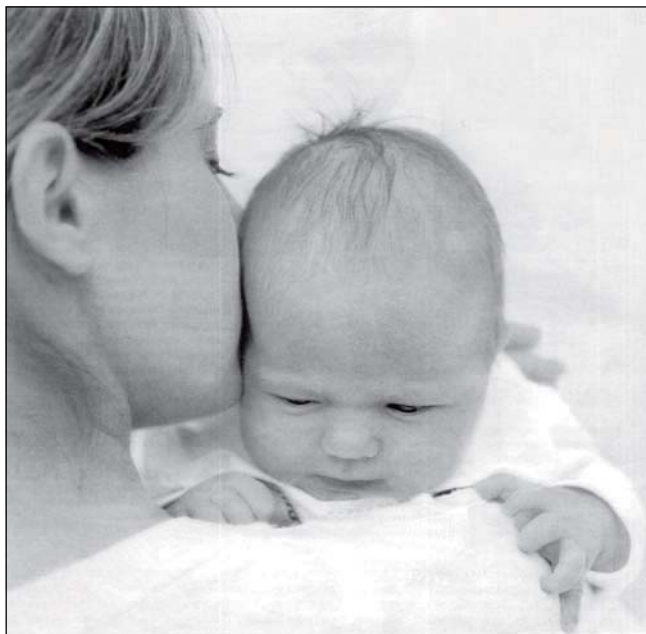
◆ **беспокойство малыша при кормлении и после него:** ребенок сначала активно сосет грудь, а через некоторое время его начинают мучить боли в животе, беспокоят газы; он капризничает, сучит ножками, поджимает их к животу, «выплевывает» грудь. Такие дети часто бывают беспокойными, много кричат.

**Конечно, подобные симптомы - повод для срочного обращения к педиатру.**

Одна из основных причин возникновения лактазной недостаточности - незрелость ферментов желудка и кишечника у **ослабленных и недоношенных детишек.** Ведь активность лактозы достигает необходимой нормы лишь к 36-й неделе беременности. **Также ее способны вызвать острые кишечные инфекции, аллергия к белкам коровьего молока и прием антибиотиков.**

Еще одна причина этого недуга - **дисбаланс «переднего» и «заднего» грудного молока.** Первое - богато лактозой, витаминами, микроэлементами, оно более прозрачное, более жидкое, менее жирное, чем «заднее» молоко. В процессе сосания ребенком груди состав молочка меняется: чем дольше сосет малыш одну грудь, тем более жирное молоко он получает.

**Подтвердить лактазную недостаточность можно, сдав анализ фекалий ребенка на углеводы.** В этом анализе указана норма содержания углеводов в кале у ребенка до года: **0-0,25%**. Отклонения от нормы могут быть незначительными - **0,3-0,5%**; средними - **0,6-1,0%**; существенными - более **1%**. Причем, у детей первых 2-3-х месяцев нормальных показателей углеводов в кале нет практически ни у кого, так как в этом возрасте еще только происходит становление ферментативных процессов и формирование микробной биопленки, которая возьмет на себя существенную



часть ферментативного процесса в кишечнике.

**При выявлении у ребенка лактазной недостаточности не обязательно отказываться от естественного вскармливания, а зачастую и вовсе не нужно менять питание.** Основным мероприятием при вторичной лактазной недостаточности является **лечение дисбактериоза и сопутствующих функциональных нарушений.** Если по показаниям была введена лактаза, то ее дозировка и продолжительность применения определяются уровнем углеводов в фекалиях, а также состоянием ребенка. **Отменять лактазу нужно постепенно.** Если была введена специальная лечебная смесь, то со временем ее можно постепенно заменить на обычную молочную смесь.

**При первичной лактазной недостаточности непереносимость молока и молочных продуктов может сохраняться в той или иной мере пожизненно.** Обычно люди с первичной лактазной недостаточностью могут употреблять какое-то количество молока без проблем, а признаки непереносимости появляются, когда это количество превышено. Это количество определяется путем индивидуального подбора. Кроме того, не должно возникать проблем с кисломолочными продуктами, которые вполне могут заменить молоко. Первичная лактазная недостаточность может сочетаться с вторичной, поэтому **нужен контроль состояния кишечной флоры** (анализ на дисбактериоз).

**Основным принципом лечения является безлактозная диета.** Ее основой является исключение лактозы, потребность в углеводах обеспечивается за счет сахарозы, декстрин-мальтозы, крахмала. В отсутствие специальных безлактозных смесей можно при-

менить смеси на основе сои, также не содержащие лактозы.

Необходимо знать, что **лактоза содержится не только в молоке и молочных продуктах, но и добавляется, обычно в небольшом количестве, при приготовлении в другие продукты, - так называемая «скрытая лактоза».** Ее источники:

- ◆ хлеб и хлебобулочные изделия (выпечка, пирожные);
- ◆ кукурузные и пшеничные хлопья;
- ◆ супы быстрого приготовления;
- ◆ чипсы;
- ◆ маргарин;
- ◆ готовые мясные блюда, за исключением кашерного мяса;
- ◆ приправы;
- ◆ леденцы;
- ◆ смеси для приготовления блинов, бисквитов и печенья.

Но исключение из рациона молочных и некоторых других продуктов, содержащих лактозу, ведет к уменьшению в рационе кальция, столь нужного в период роста. **Адекватное поступление кальция с пищей достигается за счет овощей** (брокколи, капуста, репы), **рыбы с мягкими съедобными костями** (сардины, лосось), **продуктов из сои** (тофу) и других продуктов. Йогурт и сыры обычно хорошо переносятся людьми, имеющими лактазную недостаточность, однако их употребление в пищу у детей не рекомендуется.

Для усвоения кальция требуется **витамин Д**, источниками которого являются яйца, печень. Эндогенный витамин Д образуется при действии на кожу ультрафиолетовых лучей.

Отмену безлактозной диеты нужно производить только после пробных нагрузок с молоком. Показателем роста толерантности к лактозе является отсутствие после проб кишечных нарушений.

**При грудном вскарм-**



**ливании должны быть обозначены четкие часы для кормления.** Нужно, чтобы в промежутках между ними успевало вырабатываться хотя бы какое-то количество лактазы. Перерыв между кормлениями в первые два месяца должен быть не менее двух часов, позже - не менее трех. Ночное кормление можно сохранить. В этом случае малыш ведет себя спокойнее.

Если молока у мамы много, то лучше сцеживать его первые порции и кормить оставшимися. В первых порциях содержится больше углеводов, а значит, и лактозы. В последних - больше жира. Если молока много, то лучше, если ребенок будет до конца опорожнять одну грудь, не надо переключать его от одной груди к другой. Если молока мало, только-только хватает для крохи, то все равно кормите грудью. Это лучше, чем переходить на смешанное вскармливание.

Нормальный стул крохи на грудном вскармливании

- жидкий, желтый, с белыми комочками, может быть 7-10 раз в сутки по чуть-чуть или 1 раз за несколько суток, но большим объемом. Чаще всего у малышей первых месяцев жизни стул бывает 3-5 раз в день.

**Дети с лактазной недостаточностью чаще склонны к аллергическим реакциям. Постепенно можно вводить прикорм начиная с монокомпонентных продуктов. Соки назначаются позднее, как правило, после шести месяцев. Блюда прикорма (каши, овощные пюре) детям первого года жизни с лактазной недостаточностью готовят не на молоке, а на низко- или безлактозном продукте, который получает ребенок. Фруктовые соки вводят в питание таких детей во втором полугодии жизни. Фруктовые пюре промышленного производства назначаются с 3-4 месячного возраста.**

**Можно сказать, что лактазная недостаточность - это не болезнь, а определенный образ жизни.**





# Пищевая аллергия у детей

Пищевая аллергия - повышенная чувствительность к различным пищевым веществам - подразумевает иммунопатологические реакции на белковые компоненты пищи, связанные в первую очередь с участием иммуноглобулинов класса E и, частично, подклассов IgC и сенсibilизированных лимфоцитов.

Наибольшим аллергизирующим действием обладает **группа продуктов с высоким сенсibilизирующим потенциалом**: яйца, рыба, икра, орехи, грибы, мед, шоколад, какао, кофе, ягоды, фрукты и овощи с яркой красно-оранжевой окраской (клубника, цитрусовые, томаты и др.).

У детей грудного возраста наиболее частой причиной пищевой сенсibilизации являются **белки коровьего молока**. Нередко встречается **аллергия к злаковым** - пшенице и ржи.

**Диетотерапия при пищевой аллергии строится на принципе элиминации выявленных причинно-значимых пищевых аллергенов с их адекватной заменой**, обеспечивающей физиологические потребности ребенка в пищевых веществах и энергии.

При развитии аллергических реакций у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, **необходимо внести соответствующие изменения в рацион кормящей матери**: из него исключаются указанные выше продукты, а также лук, чеснок, редька, редис, мясные, рыбные, грибные и куриные бульоны, острые приправы. Молочные продукты даются только в виде кисломолочных напитков, сметаны и неострого сыра. Количество круп и макаронных изделий, пшеничного хлеба, сахара уменьшено на 20-25%, соли - на 30%.

При смешанном или искусственном вскармливании и слабо выраженной сенсibilизации к белкам коровьего молока **исключают цельное коровье молоко, пресные мо-**

**лочные смеси, творог**. Детей переводят на адаптированные кисломолочные смеси или гипоаллергенные смеси с частично гидролизированным белковым компонентом. У детей старше 7 месяцев можно использовать **неадаптированные кисломолочные продукты** (кефир, биокефир, Биолакт, Ацидолакт, Бифилин-М), а также **напитки, полученные путем сквашивания сухого коровьего молока или молочных смесей специальными заквасками**, содержащими бифидобактерии и ацидофильные палочки (Наринэ, Ацидофлора).

При тяжелом течении заболевания, выраженной сенсibilизации к коровьему молоку **исключаются все молочные продукты** и используют адаптированные смеси на основе изолята соевого белка и безмолочные продукты прикорма.

При непереносимости соевых смесей, поливалентном характере сенсibilизации, что встречается в 15-20% случаев, **составляют безмолочный рацион с использованием специализированных гипоаллергенных смесей** на основе глубокого гидролиза белка. У детей с синдромом мальабсорбции, гипотрофией следует отдавать предпочтение смесям с включением в состав жирового компонента среднецепочечных триглицеридов, не содержащим лактозу.

**Продукты и блюда прикорма при использовании специализированных смесей в рационы детей с аллергией к молоку вводят практически в те же сроки, что и здоровым детям.**



В целях коррекции белковой части рациона **мясное пюре вводится раньше** (с 5,5-6 мес.). При непереносимости говядины используют тощую свинину, мясо кролика, индейки, конину, специализированные детские консервы на мясной основе (из конины, свинины).

Рекомендуется, с учетом индивидуальной переносимости, **использовать безмолочные каши для детского питания промышленного производства**, приготовленные из экологически чистого сырья, обогащенные витаминами, минеральными солями и железом.

При отсутствии специализированных продуктов прибегают к составлению **безмолочной диеты на основе обычных продуктов и блюд детского рациона**. В качестве **основного источника белка используют мясное пюре** (свинина, индейка, конина, кролик), **жир - растительное, топленое масло, углеводы - крахмал овощей, круп, моносахариды** (глюкоза, фруктоза).

**Подбор каждого компонента рациона проводится с учетом индивидуальной переносимости, а его объем - под контролем возрастных потребностей ребенка в основных пищевых веществах и энергии.**



# Целиакия (глютеносенная энтеропатия)

Целиакия - хроническое инвалидизирующее заболевание, характеризующееся повреждением слизистой оболочки тонкой кишки глютеном (точнее, его составной частью - глиадином) - растительным белком клейковины злаковых. Данные нарушения исчезают при полном исключении из пищи глютена.

По данным зарубежных ученых, частота целиакии колеблется от 1 случая на 300 человек в Швеции и Ирландии до 1 случая на 500 человек в Израиле. Международная конференция по целиакии, проходившая в Неаполе в 1999г., определила официальную частоту больных целиакией в мире - **1 больной целиакией на 184 человека**.

В России целиакия считается одним из редких заболеваний. Данная точка зрения объясняется отсутствием диагностики. Появление соответствующих реакций (для определения антиглиадиновых антител) 4 года назад в Москве и Санкт-Петербурге позволило выявить у многих больных как классическую, так и скрытую (латентную) форму данного заболевания.

**Для активного проявления целиакии требуется сочетание трех факторов: наследственности, наличия в пище глютена и «пускового механизма»** (эмоционального стресса, беременности, операции, вирусной инфекции и др.). В зарубежной медицинской литературе целиакию называют «**Великий мим**», так как ее проявления и осложнения разнообразны, в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

**Основные симптомы заболевания: боли в животе, поносы или стойкие запоры, увеличение окружности живота, изменение аппетита от полного его отсутствия до резкого повышения, рвоты, отставание показателей веса и роста, боли в костях, само-**

**произвольные переломы, агрессивное поведение, замкнутость, апатия, депрессивные состояния, кожный зуд, аллергические поражения кожи и органов дыхания, частые вирусные заболевания, анемии, носовые или другие кровотечения. Из редких проявлений целиакии отмечается ожирение.**

Первые симптомы заболевания развиваются через 2-3 месяца после введения ребенку продуктов, содержащих глютен (чаще всего манной каши). При этом отмечаются малые прибавки массы тела до полной остановки. Появляются признаки гипотонии мышц и рахитические изменения костей. Клинически отмечается истончение подкожно-жировой клетчатки, увеличение живота, ломкость и сухость волос. Однако, как правило, сохраняется хороший аппетит и большой, плохо переваренный стул. Часто отмечается нарушение биоценоза кишечника с развитием энтероколита.

При длительном течении нераспознанной целиакии вследствие длительной интоксикации организма глютеном начинаются **тяжелые вторичные иммунные нарушения**: инсулинозависимый сахарный диабет, задержка психического развития, хронический гепатит, артрит по типу ревматоидного, тиреоидит, недостаточность надпочечников, увеиты, стоматиты, язвы кишечника, опухоли полости рта и желудочно-кишечного тракта, хронические недифференцированные температурные состояния, бесплодие и гинекологические заболевания, эпилепсия и шизофрения. **При целиакии на 78% повышается опасность рака полости рта, кишечника и пищевода.** Риск этих заболеваний снижается после пяти лет строгой аглиадиновой (аглютеносенной) диеты.

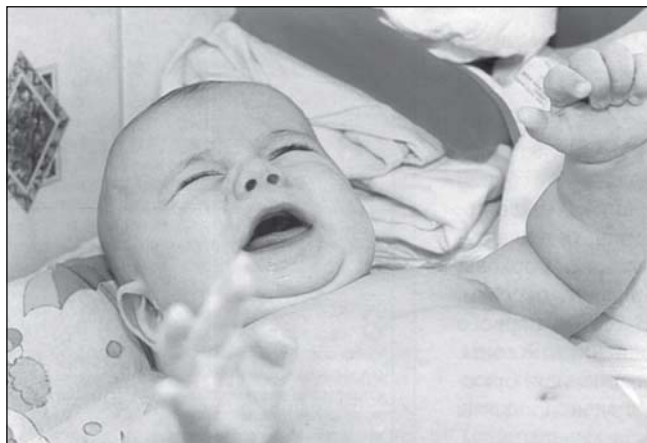
**Основным методом лечения данного заболевания и, соответственно, его осложнений, является диета**

**с полным исключением всех продуктов, содержащих глютен:** хлеб белый и черный, макаронные изделия, торты, пирожные, печенье, любые продукты, в которые в качестве загустителя или одного из ингредиентов может быть добавлена пшеничная или ржаная мука.

**Разрешаются** рисовая, гречневая и кукурузная мука и крупа. Возможно приготовление тортов, пирожных, печенья из соевой, рисовой муки, картофельного и кукурузного крахмала.

**Необходимо принять во внимание, что даже 100мг пшеничной муки вызывают у больного целиакией атрофию слизистой тонкого кишечника, а восстановление ее происходит не ранее, чем через полгода от начала строго соблюдаемой диеты.** Каждое вольное или невольное нарушение диеты ведет к новой волне атрофии ворсинок. При несоблюдении диеты, даже несмотря на мнимое улучшение в течение длительного времени, поражение кишечника прогрессирует, вовлекаются в процесс другие органы и системы, и в дальнейшем развиваются тяжелые осложнения.

**В острый период при резко сниженном количестве кишечных ферментов показано использование в питании смесей, содержащих гидролизаты белка и среднециклические триглицериды независимо от возраста ребенка.** При улучшении процессов переваривания и всасывания необходимо использование смесей с повышенным содержанием белка. Медикаментозная поддержка включает использование кишечных ферментов, биопрепаратов, комплекса витаминов и симптоматическую терапию.



# После родов

Что собой представляет родительство? Оно включает обоих супругов, решивших дать начало новой жизни, и, конечно, самого ребенка. Основой родительства является родительская любовь. Именно она обеспечивает чувство безопасности у ребенка, поддерживает его эмоциональное состояние, учит любви, нравственному поведению и в целом выступает как источник жизненного опыта.

**Родительская любовь бескорытна**, любят не за что-то, а скорее вопреки всему.

**Родительская любовь - это творчество**, она сложна, изменчива и противоречива. В ней нет нормы, как нет и идеала любящего родителя. Любящие родители могут совершать ошибки, сомневаться в своих чувствах к ребенку, наказывать его, а не только заботиться, приносить радость, удовлетворять все его потребности.

**Материнство и отцовство являются различными, но равноценными гранями в составе родительства.** Большинство исследователей сходятся в том, что любовь матери безусловна, она любит ребенка таким, каков он есть, а любовь отца более условна и более взыскательна, он гордится реальными достоинствами и успехами ребенка.

**Но каждому ребенку, несомненно, необходимы обе стороны родительской любви!**

**Родительская любовь воспитывает чувство ответственности.** Ответственное родительство - это осознание значимости эффективного выполнения своей родительской роли для жизни ребенка, сохранения и развития его физического, душевного и духовного здоровья и принятие на себя обязательств по выполнению своих родительских обязанностей.

**Родительство также предполагает умение распределять обязанности между супругами по воспитанию и заботе о детях**, чтобы они чувствовали себя одной командой, опирались на общие принципы в воспитании ребенка.

Неотъемлемой составляющей родительства является **доверие супругов друг другу**, которое означает, что в любой ситуации один из супругов может рассчитывать на поддержку и помощь другого.

Конечно, идеальных родителей не существует. Но, как правило, **хороший родитель**: уверен в себе; может быть хорошим организатором; умеет уста-

навливать с детьми партнерские отношения; расположен к сотрудничеству с ними; не агрессивен по отношению к детям; гибкий при решении проблем и конфликтных ситуаций; стремится помогать детям и стать их другом; дорожит своими отношениями с детьми; он воспринимает рождение ребенка как новую возможность самореализации, развития своей личности, а не как ограничение своей жизни.

**Проанализируйте свое воспитание в родительской семье**, вспомните, что нравилось и что не принималось в семейном воспитании. Какие модели родителей вы готовы перенять, а от каких целесообразно отказаться.

Подумайте о том, насколько ваше отцовство или материнство соотносится с теми нормами и стереотипами, которые были приняты в вашей родительской семье, в обществе в целом, и насколько - с вашими личными особенностями и потребностями.

Если вы попытаетесь, покормив малыша 2-3 раза за ночь, по-прежнему встать в 8 утра и, как обычно, приняться за домашние дела, - скорее всего, очень быстро у вас начнет накапливаться усталость, затем грудь станет выработывать меньше молока, а затем, очень вероятно, начнется послеродовая депрессия.

Чтобы всего этого не произошло, **свой режим дня надо пересмотреть, а именно - подстроить его под ритм жизни малыша.** **Внимание:** не втискивать жизнь ребенка в рамки придуманного мамой режима, а подстроиться под его ритм. Большинство детей с первых же дней проявляют склонность к определенному ритму. Конечно, не с точностью до минуты, но ритм обычно все-таки имеется. И очень хорошо, если мама в первые 2-3 месяца будет жить в том ритме, который задает ребенок.

Кроме того, кормление грудью и уход за новорожденным - достаточно серьезная физическая нагрузка, и, возможно, вам придется увеличить общую дли-



тельность ночного сна на час-другой. Позвольте себе полноценно выспаться! Даже если вы встанете в 12 часов дня - никакой катастрофы не произойдет! А вот если от недосыпания у вас начнет пропадать молоко, - это будет настоящая беда для вашего малыша.

Кормление грудью в дневное время важно использовать для отдыха: кормите ребенка лежа. За сутки малыш сосет грудь 10-12 раз по 15-20 минут. Это 2,5-4 дополнительных часа отдыха!

**Возможно, вам придется пересмотреть свое отношение к ведению домашнего хозяйства.** Ребенок требует очень много маминых времени и сил, и когда молодая женщина обнаруживает, что не может быть идеальной матерью и идеальной хозяйкой одновременно, она начинает переживать чувства вины, беспомощности, собственной неспособности, а это первый симптом депрессии. Помните: идеал - вещь принципиально недостижимая. Пока ребенок совсем мал, делайте только те дела, без которых жизнь принципиально невозможна и которые никто другой за вас не сделает.

**Важно, чтобы муж не упрекал жену**, что она не успевает сделать те дела, которые она делала раньше, а на-



оборот, придя с работы, интересовался, отдыхала ли жена днем, хорошо ли она выпалась. Если женщина переживает, что не успела что-то сделать, чтобы муж сам без раздражения брался за домашние дела, **важно еще до родов обсудить, что муж будет делать, если жена, например, не успела приготовить еду.** Помните: **ребенок - общее, совместное дело двоих**, и женщина не обязана и не может в этот период ухаживать за мужем так же тщательно, как за грудным ребенком. Некоторые мужчины говорят: «Я очень устаю на работе». Им почему-то не приходит в голову, что жена не меньше устает дома с ребенком, что уход за ребенком - это физическая нагрузка плюс огромная ответственность. Рабочий день (а также рабочая ночь) жены - это уход за ребенком. Так что, если по справедливости, **быт - пополам.**

С другой стороны, **частая ошибка молодых женщин заключается в том, что они не говорят мужьям четко и ясно о том, какая помощь им больше всего нужна.** «Он сам должен догадаться!». Во-первых, муж ничего не должен, и его добровольная помощь по дому - это радостный подарок вам и малышу. А подарком надо радоваться и говорить «спасибо». Поэтому, если муж что-то сделал по дому сам, ни в коем случае нельзя ругать его за то, что он сделал не так, как надо. Во-вторых, дом - сфера компетенции женщины, и только она в точности знает, КАК надо. И если жена четко и ясно, со всеми важными для нее подробностями не объяснила мужу, что надо сделать, то кто же виноват? В-третьих, неблагодарность - это ржавчина, разрушающая любые отношения. Раз поругали мужа, другой покриковали, третий посмеялись над его неумением, а в четвертый он подумает: «Пусть делает сама, зачем мне все это выслушивать?».

**Очень важно, чтобы папа с первых же дней участвовал в уходе за малышом:** купал, менял подгузники, пеленал, надевал ползунки и распашонки, качал на руках. Мешать этому могут две вещи: нежелание папы и нежелание мамы.

Дело в том, что желанный ребенок - это источник положительных эмоций, мы не только отдаем ему свои силы и время, мы очень быстро начинаем получать в ответ его радость - улыбки, агуканья, смешные рожицы и другие проявления его любви. И у некоторых мам появляется желание «монополизировать» право получать проявления любви малыша. Другой неосознаваемый мотив - самоутверждение молодой женщины: уход за ребенком становится еще одной сферой, где она компетентна, а муж - нет. Появляется еще одна возможность критиковать и подсмеиваться над мужем, когда будет проявляться его неумение ухаживать за ребенком.

**Для всех членов семьи лучше, если молодой отец с первых же дней включается в уход за ребенком:** ребенок получает больше внимания и любви, молодой мужчина быстро начинает чувствовать себя состоявшимся отцом, повышается его самооценка и уве-

ренность в себе, а молодая мама получает возможность немного отдохнуть, чувствует заботу и поддержку мужа.

Важная мера профилактики послеродовой депрессии - **молодая мама должна иметь возможность ежедневно выходить из дома без ребенка**, оставляя его (накормленного и спящего) на папу или бабушку. В зимнее время важно, чтобы такие прогулки совершались в светлое время суток: недостаток солнечного света способствует развитию депрессии.

Еще один важный способ профилактики послеродовой депрессии - **своевременное возобновление интимных отношений между супругами.** Только не забудьте заранее позаботиться о том, чтобы новая беременность не наступила слишком быстро! Обсудить этот вопрос с врачом разумно еще до родов. И еще совет: чем бы вы ни собирались предохраняться - купите упаковку презервативов.

**Не забывайте, что, становясь родителями, вы не перестаете быть любящими и любимыми мужчиной и женщиной!** Проявляйте свою любовь, нежность, сдерживайте раздражение, бережно говорите о том, что вам не нравится в поведении другого.

А теперь поговорим, как обычные, повседневные заботы по уходу за малышом превратить в интересное и познавательное действие. Всегда даже в самые рутинные хлопоты можно внести что-то новое и интересное не только для малыша, но и для вас самой. Итак, начнем.

## Садимся за стол

В течение дня вы кормите своего малыша много раз и наверняка знакомы с ситуацией, когда кроха отказывается от еды. Что же делать? **Воспользуйтесь простыми советами.**

◆ Пусть ребенок ест вместе с остальными членами семьи и сидит рядом с ними за столом.

◆ Если вы дома вдвоем, «пригласите» за стол любимую игрушку ребенка.

◆ Разговаривайте с малышом о еде, которую вы ему предлагаете. Расскажите не только о том, что это, но и как вы приготовили.

◆ Почмокайте губами, показывая, как вам нравится приготовленная пища, съешьте какую-то часть еды.

◆ Предложите малышу съесть тарелку каши на двоих.

◆ Детям постарше можно предложить игру. Приготовьте листок бумаги и карандаш. «Представляешь, что, как только ты съешь весь суп, на листе появится целый дом или какое-либо животное? Первая ложка - стены, вторая - крыша и т.д. Не хватает еще одного окна». Так, наблюдая за тем, как вы рисуете, ребенок незаметно съест весь суп. Никогда не ругайте малыша, не заставляйте кушать и не обещайте сладости после еды. Лучше повторите попытку к обеду чуть позже.

## Купание

Когда ваш ребенок во время купания сидит в ванночке, покажите ему, как

бить рукой по воде, чтобы получались брызги. **Превратите это в игру**, и малыш будет стремиться в ванну. Купите плавучие игрушки, резиновые и заводные. Восторг ребенка обеспечен.

Девочка с удовольствием вымоет куклу и постирает ей одежду, а мальчик - помоеет корабли и почистит щеткой солдатиков.

## Потанцуйте?

Если вдруг к вам пришли гости или просто захотелось подвигаться под ритмичную музыку, **неприменно «пригласите на танцы» вашего ребенка.** На руках у папы любая девочка почувствует себя маленькой леди, а мальчик станет кавалером для мамы. Даже если ребенок слишком мал, посадите его перед собой и наклоняйте то вправо, то влево в такт песенке, которая звучит или которую поете.

Кстати сказать, танцевальные разминки полезны не только малышу, но и вам. Это поможет сохранить стройную фигуру. Только, танцуя, не забывайте о технике безопасности.

## Прогулка

Гулять нужно не просто раз в день, **а по возможности чаще бывать на воздухе.** Не стоит все время проводить в песочнице или просто катать ребенка в коляске.

**Сходите в магазин.** Детская тележка и возможность помочь маме купить продукты будет интересна для малыша. Просите его самостоятельно взять что-либо, расскажите, что нужно купить и для чего.

**Старайтесь разнообразить маршруты ваших прогулок.** Зоопарк, парки отдыха, музеи делают прогулку интересной и познавательной. Расскажите малышу о цветах и деревьях, о животных и их образе жизни, принесите с прогулки необычный листочек или цветок, красивый камушек. Учите ребенка видеть прекрасное в малом. Вскоре вы увидите, как малыш станет замечать и узнавать знакомые ему вещи.

## Поиграем?

**Многие мамы и папы покупают игрушки не столько для своих детей, сколько для себя.** Вспомните, наверняка и вы испытывали нечто подобное в детском магазине: «Вот о такой игрушке я мечтал, когда был маленький!». И в тот момент уже не важно, нужен ли этот предмет вашему малышу, ведь вы, полные эмоций, уже стоите у кассы... Но куда потом все это складывать?

**Идеальный вариант, если у ребенка есть своя комната.** В ней можно обустроить все так, чтобы малышу было интересно в ней находиться. Но если такой возможности нет, **попробуйте найти в квартире небольшой уголок**, который будет предназначен только для игр. Сравните фразы: «Убери игрушки!» и «Положи кукол спать». Согласитесь, вторая фраза сработает гораздо быстрее.

**Надемся, что эти советы не останутся без внимания, а время, проведенное с малышом, не покажется вам долгим и скучным.** ☺



# Внелегочный туберкулез

**СЕРГЕЙ ПАВЛОВИЧ БАХАРЕВ,**  
фтизиоостеолог,  
Краевой противотуберкулезный диспансер

В последнее десятилетие в России в связи с реструктуризацией системы здравоохранения и сменой кадров сформировалось крайне равнодушное отношение к одной из актуальнейших проблем здравоохранения - внелегочному туберкулезу.

Это приобрело черты выраженной социальной направленности. Врачи общей лечебной сети не обладают профессиональными элементарными навыками своевременного установления диагноза. **В результате этого до 60% случаев туберкулеза внелегочных локализаций выявляется в запущенной стадии,** имеет распространенный и осложненный характер, что приводит к катастрофическому уровню инвалидности (до 80% случаев).

Необходимо помнить, что **туберкулез может поражать практически все органы и системы** (помимо бронхолегочной системы): кости и суставы, позвоночник; мочевые и половые органы, кишечник, брюшину и брыжеечные лимфатические узлы; периферические лимфоузлы; кожу и подкожную клетчатку; органы зрения; мозговые оболочки и ЦНС, прочие органы.

Самой частой локализацией внелегочного туберкулеза является **костно-суставной туберкулез.**

**К группе риска относятся больные, обратившиеся к врачам общей лечебной сети** (хирургам, терапевтам, нейрохирургам, ортопедам, травматологам, невропатологам, ревматологам и др.) **и состоящие на учете по поводу деформирующих артрозов, хронических (рецидивирующих) артритов, полиартритов, синовитов, остеомиелитов, нетипичных опухолей суставов,** а также **больные с длительно незаживающими, рецидивирующими язвами и свищами.**

Для костно-суставного туберкулеза характерны следующие жалобы со стороны больного: **признаки общей интоксикации, боли в суставе** - вначале непостоянные, постепенно усиливающиеся, приводящие к наруше-

нию функции сустава, осанке, хромоте.

При поражении тазобедренного сустава возможна **иррадиация боли в области коленного сустава.** Однако не исключается и острое начало заболевания, связанное с прорывом бессимптомного костного очага в полость сустава.

**При исследовании пораженного сустава определяются припухлость, сглаженность контуров с ригидностью и атрофией мышц конечности. При ощупывании выявляется умеренная болезненность, ограничение объема движений.**

**При поражении тазобедренного сустава отмечается вынужденное положение в состоянии приведения бедра, при далеко зашедшем поражении наблюдается контрактура сустава, натечные абсцессы и свищи.**

К специальным методам исследования относят **флюорографию легких, рентгенографию больного и контрлатерального суставов в двух проекциях, рентгеномографию.** В неясных случаях проводится компьютерная томография или МРТ.

**При туберкулезном артрите определяются признаки первичного костного поражения (остита) в виде очага деструкции на фоне остеопороза, сужения суставной щели, контактную деструкцию суставных поверхностей.**

## Туберкулезный спондилит

К группе риска при туберкулезе позвоночника относятся **все больные, страдающие болями и нарушением функции позвоночника с сомнительными диагнозами:** опухоли позвоночника, остеохондрозы, радикулиты, спондилиты, межреберные невралгии, миозиты, а также при



синдромах, связанных с рефлекторным нарушением функции внутренних органов неясной этиологии (парез кишечника, холецистопатии, панкреатопатии, нефропатии и пр.).

Наряду с симптомами общей интоксикации отмечаются **боли местного или иррадирующего характера.** Очень рано могут появиться **симптомы сдавления спинного мозга,** которые проявляются парестезиями в конечностях или уже парапарезами и параличами. Особое место занимают **боли, имитирующие заболевания внутренних органов.**

При осмотре больного выявляется **вынужденная его осанка, ограничения движения в позвоночнике, иногда выстояние остистых отростков;** при пальпации наблюдается **болезненность, ригидность мышц, болезненность в области поражения.** Возможно обнаружение натечных абсцессов.

К специальным исследованиям относятся **рентгенография и рентгеномография пораженных отделов позвоночника в двух проекциях. Характерными изменениями являются:** сужение межпозвоноковой щели, очаги деструкций в телах позвонков, их деформация и спадение, паравертебральные тела натечных абсцессов. В сомнительных случаях назначают **компьютерную томографию или МРТ.**

**При подозрении на туберкулез суставов, костей, позвоночника врач должен направить больного на консультацию к фтизиоостеологу.** ☺



## Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



# Генетика алкоголизма

**ВЯЧЕСЛАВ АЛЕКСАНДРОВИЧ ТРИЧЕВ,**  
клинический генетик,  
Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация,  
Краевая детская поликлиника, г.Барнаул

Алкоголизм определяется как зависимость от алкоголя, которая приводит к потере трудоспособности.

По своей химической природе алкоголь относится к углеводам и является потенциальным источником энергии для лиц, употребляющих его в больших количествах. У сильных алкоголиков данное вещество составляет половину их энергетических нужд. Алкоголь всасывается в желудке через 5-10 минут после его употребления на голодный желудок. Эффекты от употребления алкоголя длятся несколько часов и зависят от массы тела человека. Именно поэтому одна и та же доза вызывает у женщин, как правило, больший эффект, чем у мужчин.

Алкоголизм обнаруживает семейное накопление, причинами которого могут быть наследственность и культурные особенности.

Исходно стимулом употребления алкоголя, по-видимому, были его психотропные эффекты, позволяющие преодолеть чувство страха, присущего первобытным людям. **Превратится или не превратится пьющий человек в алкоголика, во многом зависит от окружающей среды.** Если в обществе отсутствуют напитки, содержащие алкоголь, никто не сможет стать алкоголиком. Но даже в западных странах, где такие напитки имеются в изобилии, люди, которые становятся алкоголиками, часто страдают личностными расстройствами, не имеющими ни психологических, ни социальных объяснений.

Существующие индивидуальные различия в склонности к алкоголизму могут быть детерминированы генетически. **Генетические различия между людьми обусловлены различиями в метаболизме алкоголя,**

**а также количественными и качественными различиями в реакциях мозга на алкоголь.** В зависимости от социокультурных условий окружающей среды генетически контролируемая восприимчивость может иметь разные (фенотипические) проявления.

**Возникновение зависимости определяется активностью двух ферментов алкогольдегидрогеназы (АДГ) и альдегиддегидрогеназы (АлДГ), синтезирующихся в печени и метаболизирующих алкоголь.** С помощью фермента АДГ этиловый спирт превращается в уксусный альдегид. Следующий этап - превращение уксусного альдегида в уксусную кислоту, которое осуществляется с помощью АлДГ. Все неприятные ощущения, возникающие после приема алкоголя, связаны не с самим алкоголем, а с **повышенным уровнем уксусного альдегида в крови.** Это - приступы тахикардии (учащенного сердцебиения), приливы крови (гиперемия), потливость, подъем кровяного давле-



ния, позывы к мочеиспусканию и другие вегетативные сдвиги. Пониженная активность фермента АлДГ приводит к очень неприятным ощущениям, на чем, кстати, основан один из методов лечения алкоголизма с помощью дисульфирама (антабуса), угнетающего активность этого фермента.

**Существует аллель  $ALDH2^*$ , кодирующий структуру АлДГ со сниженной активностью.** Этот атипичный фермент замедляет превращение уксусного альдегида в уксусную кислоту. В результате у людей с этим вариантом АлДГ употребление алкоголя **сопровождается неприятными ощущениями.** В различных европейских популяциях доля людей с таким вариантом фермента колеблется **от 5 до 20%**, а вот в Азии он встречается гораздо чаще, **у 90%**. Наличие такого гена в гомозиготном состоянии (примерно **у 50%** населения Восточной Азии) практически несовместимо с алкоголизмом. В Японии лица, гомозиготные по этому аллелю, потребляют в месяц в 10 раз меньше алкоголя, чем лица, в генотипе которых нет  $ALDH2^*$ . В случае присутствия только одной копии  $ALDH2^*$  ежемесячное потребление алкоголя в три раза ниже, чем при отсутствии  $ALDH2^*$  в генотипе.





Кроме того, различают эндогенный и экзогенный алкоголь.

**Эндогенный алкоголь - это продукт естественного обмена веществ, экзогенный алкоголь - это напиток. Уровень эндогенного алкоголя у человека определяется особенностями обмена веществ и находится под контролем генотипа.**

Отмечено, что **индивиды с естественно низкой концентрацией эндогенного алкоголя реагируют на прием спиртных напитков положительной эмоциональной реакцией.** У людей, в крови которых концентрация эндогенного алкоголя повышена, прием спиртных напитков вызывает неприятные ощущения.

**Общезвестна неодинаковая эмоциональная реакция разных людей на алкоголь.** У одних прием алкоголя вызывает состояние эйфории, у других он вызывает «оглушение». Индивиды первого типа входят в группу повышенного риска по алкоголизму. Такие типы реагирования объясняются разной реакцией мозга на алкоголь и позволяют говорить о нейрофизиологических и генетических основах некоторых случаев алкоголизма. **Склонность к алкоголизму высока у лиц, обладающих в норме высоким уровнем тонической активации или слабой устойчивостью таламического водителя ритма.** Уровень активации снижается под действием алкоголя, и человек чувствует себя лучше. Таким образом, потребление алкоголя сопровождается положительным подкреплением, что может приводить к алкоголизму.

Ослабление активации, вызываемой ретикулярной формацией, не единственное следствие действия алкоголя на мозг. Генетическая изменчивость может характеризовать и другие аспекты мозговой деятельности. Например, у подростков с высоким риском развития алкоголизма отмечается наличие определенных нейробиологических маркеров, в частности, уменьшенная амплитуда компонента  $P_{300}$  в вызванных потенциалах мозга.

В свое время было обнаружено отсутствие различий между моно- и дизиготными близнецами женского пола в конкордантности по злоупотреблению алкоголем и наркотиками. У мужчин такие различия оказались достоверными только для случаев раннего начала злоупотребления алкоголем (до 20 лет). Был

сделан вывод о высокой наследуемости только ранних форм алкоголизма у мужчин.

**Значения наследуемости для женского алкоголизма оказались на уровне 60%** при широком определении алкоголизма как пьянства, связанного с возникновением жизненных проблем. При этом воздействие общей среды (общее воспитание, посещение той же школы, наличие общих соседей и пр.) было практически нулевым.

**Таким образом, все средовые влияния, связанные с возникновением алкоголизма, можно отнести на счет воздействий, специфических для данного индивидуума.**

Интересно, что алкоголизм родителей не только не повышал риска алкоголизма у дочерей, но даже слегка его понижал. В этом случае, можно думать, отрицательный пример родителей играет роль удерживающего фактора, тогда как наследственность влияет в противоположном направлении. Согласно психиатрическим данным, **алкоголизм женщин по большей части не связан с внешними обстоятельствами**, в то время как **большинство мужчин стали алкоголиками в результате социального давления** и других внешних факторов.

Исследования на приемных сыновьях чаще показывают значительную корреляцию с биологическими родителями в развитии алкоголизма. Если алкоголизмом болен один из биологических родителей, то заболеваемость среди приемных детей варьируется в пределах **18-25%** для сыновей и **2-10%** для дочерей.

В обществе, в котором алкогольные напитки общедоступны, преимущественно генетические факторы определяют, станет данный индивид алкоголиком или нет. В аналогичном исследовании сравнивали дочерей алкоголиков, отданных на воспитание, с их сестрами, оставшимися с родителями-алкоголиками. Несмотря на выраженное различие в семейном окружении, алкоголизм в обеих группах встречался примерно одинаково часто и был более распространен, чем в популяции женщин в целом.

Еще одно обстоятельство, влияющее на злоупотребление алкоголем, - это наличие **взаимодействия «генотип-среда».** Среда по-разному влияет на заболеваемость различными типами алкоголизма.

Выделяют алкоголизм типа I, который отличается относительно умеренным злоупотреблением, пассивно-зависимыми чертами личности и минимальной связью с преступностью, и алкоголизм типа II, который характеризуется ранним началом, склонностью к совершению насилия и связью с преступностью.

На основании данных заболеваемости близких родственников были подобраны две группы генетического риска по этим формам алкоголизма и одновременно изучены условия, в которых воспитывались обследуемые. При этом было обнаружено, что **в случае группы генетического риска алкоголизма I типа заболеваемость алкоголизмом повышена, т.е. демонстрируется генетически обусловленная причина** заболевания, но в то же время на заболеваемость сильно влияет среда, в которой выросли обследуемые. При неблагоприятной среде, провоцирующей злоупотребление алкоголем, заболеваемость значительно выше, чем при воспитании в благоприятной среде. **Таким образом, воздействия неблагоприятной среды значительно усиливают генетически обусловленные тенденции.**

**В случае группы генетического риска алкоголизма типа II заболеваемость также повышена, но она практически не увеличивается в условиях воздействия неблагоприятной среды. Таким образом, одинаковое воздействие среды (воспитание в неблагоприятных условиях, провоцирующих возникновение алкоголизма) по-разному влияет на разные генотипы. Средовое воздействие увеличивает заболеваемость у одних генотипов (с генетическим риском алкоголизма типа I) и не влияет на другие (с генетическим риском алкоголизма типа II).**

**Другим примером, указывающим на наличие взаимодействия «генотип-среда», является более низкая наследуемость потребления алкоголя у замужних женщин, чем у незамужних (это характерно для всех возрастов). Аналогичным образом влияет на женщин и религиозное воспитание (более низкие значения наследуемости для злоупотребления алкоголем). В этих примерах средовые влияния не дают проявиться генетически обусловленным факторам риска.**



# Новости из Общественной женской палаты

12 июля состоялось совместное заседание Общественной женской палаты при главе Администрации края и межведомственной комиссии по вопросам улучшения положения семьи, женщин и детей в крае.

Участники ознакомились с практикой работы профессиональных училищ г. Барнаула по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, осуществляемой совместно с комитетом по здравоохранению города.

**Актуальность темы определяется как уменьшением числа подростков, так и ухудшением их здоровья.** Так, в Барнауле более трети подростков уже имеют хронические соматические заболевания, причем состояние здоровья девушек вызывает большее опасение. На 1000 девушек регистрируется более 600 хронических заболеваний, которые могут в будущем негативно сказаться на их материнстве. У мальчиков - 42% обследованных в детском-подростковом андрологическом центре уже имеют андрологические нарушения.

**В условиях проявления ранней сексуальной активности и низкой осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья -**

**это становится серьезной социальной проблемой.**

Представляется интересным опыт г. Барнаула по созданию специализированных центров по охране репродуктивного здоровья подростков и их медико-социальной адаптации, а также образовательной программы «Твое здоровье», разработанной в рамках международного проекта «Комплексная стратегия противодействия распространению ВИЧ/ИППП».

Управлению по образованию и делам молодежи администрации края было рекомендовано **внедрить в практику работы училищ края образовательный модуль «Твое здоровье»**, а при повышении квалификации преподавателей училищ в программу обязательно включать темы здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья учащихся.

В рамках взаимодействия с муниципальными образованиями Управлению по здравоохранению и фармацевтичес-



кой деятельности края рекомендовано взять на особый контроль **предоставление доступной квалифицированной помощи по планированию семьи**, для чего предполагается создать пункты планирования семьи во всех перинатальных центрах, женских консультациях, поликлиниках, ЦРБ, ФАПах и провести учебу по этим вопросам акушерок на базе учебно-методического центра краевого перинатального центра.

Общественниками ставился вопрос о более удобном для населения размещении краевого Центра медицинской профилактики.

**Заринский район был заслушан по вопросу организации физкультурно-оздоровительной работы по месту жительства.** Эксперты отметили высокий уровень работы по военно-патриотическому воспитанию, интересные формы в работе с семьей: «Дни отца», «Недели семьи», «Дни Матери» - в районе стали традиционными праздниками, увеличилось число стационарных спортивных сооружений, даже есть некая конкуренция между селами за право проведения районных спортивных праздников. Однако использование современных форм работы с семьей, именно по месту жительства, заместитель главы администрации Ю.Г. Локтионов не продемон-

ровал. (Хотя нам кажется, что для малых сел, в отличие от городов, - это менее актуальная проблема.)

Говоря о необходимости работы с молодежью, участники совещания обратили внимание на тот факт, что отсутствие специалистов по делам молодежи в администрации района (а таких территорий в крае - 13) сдерживает такую целенаправленную работу власти.

**Подведены предварительные итоги первых этапов «Эстафеты родительского подвига»**, которая проходит в крае по инициативе Общественной женской палаты при поддержке губернатора края. **Число победителей будет равно юбилейной дате края - семидесяти.** Материалы о семьях победителей районного, городского уровней уже поступают в оргкомитет, и определиться с лидерами будет очень непросто. Поистине «золотые родительские сердца» невозможно оценить!

**Конечно, мы (Общественная женская палата) планируем продолжить краевую Летопись, теперь уже не только материнской, а родительской славы. Единодушно были участники совещания и в необходимости большего числа публикаций материалов о семьях-участниках эстафеты в СМИ.** ☺







# 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 БЕЛЯКОВА**, врач-пульмонолог;

**Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;

**Евгения Витальевна НИКИТИНА**, врач-пульмонолог

**Занятие 16**

**часть I**

## Бронхиальная астма и беременность

Не так давно, еще лет 20-30 назад, беременная женщина, страдающая бронхиальной астмой, нередко сталкивалась с негативным отношением к беременности. Эти времена давно канули в прошлое. Сегодня врачи всего мира едины в своем мнении: бронхиальная астма - не противопоказание для беременности и не повод для отказа иметь детей.

Тем не менее, некоторые женщины боятся беременности, другие излишне полагаются на природу и прекращают лечение во время беременности, считая любые препараты безусловно вредными в этот период жизни. Лечение астмы окружено и сейчас неверными представлениями о заболевании. А чтобы добиться успеха в лечении, нужны совместные усилия врачей и знания самих пациентов.

На современном этапе развития медицины не существует методов, способных раз и навсегда избавить человека от бронхиальной астмы. **Астма - болезнь, которую пока нельзя излечить, но можно научиться хорошо контролировать.** Во время беременности течение бронхиальной астмы нередко меняется. Считается, что **примерно у трети женщин течение астмы улучшается, у трети - ухудшается и у трети остается без изменений,** при

этом в первом триместре течение заболевания обычно не меняется. Но строгий научный анализ менее оптимистичен: улучшение течения астмы наступает только в **14%** случаев. Поэтому не стоит безгранично полагаться на этот шанс в надежде, что все проблемы разрешатся сами собой.

**Как таковая астма не способствует осложненному течению беременности и нарушениям развития плода.** Все проблемы связаны не с фактом наличия бронхиальной астмы, а **с плохим контролем ее.** Наибольший риск для плода представляет **гипоксия** (недостаточное количество кислорода в крови), возникающая вследствие неконтролируемого течения бронхиальной астмы. **При удущье не только беременная женщина ощущает затруднение дыхания, но и будущий ребенок страдает от недостатка кислорода.** Именно нехватка кислорода может поме-



шать нормальному развитию плода, а в уязвимые периоды даже нарушить нормальную закладку органов. **Чтобы родить здорового ребенка, необходимо получать лечение, соответствующее тяжести заболевания,** чтобы не допустить учащения появления симптомов и развития гипоксии.

А прогноз для детей, рожденных матерями с хорошо контролируемой астмой, сопоставим с прогнозом у детей, чьи матери ею не болеют. Поэтому **необходимо лечить астму во время беременности,** избегая симптомов затруднения дыхания, и тем более обострений. Беременная женщина с астмой нуждается в более тщательном наблюдении врача, чем до беременности.

При оценке степени контроля астмы используются не только ▶



◀ **ко клинические показатели, но и данные пикфлоуметрии.** Это позволяет оценить функцию дыхания и состояние заболевания и вовремя заметить ранние признаки надвигающегося обострения, чтобы принять меры и не допустить развития опасного состояния (показатели пикфлоуметра «реагируют» раньше, чем появляются симптомы).

Лечение беременной должно назначаться и контролироваться врачом-пульмонологом **индивидуально**, и не следует применять никакие лекарства, даже витамины, без согласования с врачом.

Хотя лечение астмы может и должно продолжаться во время беременности, существуют вопросы, которые необходимо решить до ее начала. **Подбор препаратов и достижение контроля заболевания** требуют времени, между тем для нормального течения беременности требуется максимально полный контроль заболевания. Посещение Астма-школы и обучение могут представлять определенные трудности для беременной.

Таким образом, **к моменту беременности должно быть подобрано плановое (базисное) лечение**, обеспечивающее хороший контроль заболевания (минимальные симптомы, минимальная потребность в препаратах для облегчения симптомов, отсутствие обострений и ограничений активности, нормальные показания функции внешнего дыхания), должна быть отработана правильная техника ингаляции, проведено обучение самоконтролю при помощи пикфлоуметра, разработан индивидуальный план действий при астме. **Все эти вопросы находятся в компетенции врача Астма-школы.** В тех случаях, когда подбор лечения, обучение ингаляционной технике и методам самоконтроля не были проведены до беременности, обращение к врачу Астма-школы тем более необходимо.

Есть еще и проблемы, связанные с аллергией. У молодых людей бронхиальная астма часто является атопической, то есть непосредственно связанной с наличием повышенной чувствительности к ряду аллергенов. Бытовые, пыльцевые, плесневые, эпидермальные аллергены являются основными провоцирующими факторами, способствующими обо-



стрению заболевания. **Устранив или уменьшив контакт с наиболее значимыми аллергенами, можно добиться улучшения течения заболевания и снижения риска обострений** при том же или даже меньшем объеме лекарственного лечения, что особенно важно при беременности.

Но чтобы применить необходимые меры, **нужно знать, какие аллергены являются причинно-значимыми в конкретном случае.** Однако многие методы обследования и лечения затруднительно или даже невозможно провести, когда женщина ожидает ребенка. Следовательно, **консультация аллерголога и аллергологическое обследование должны быть завершены до наступления беременности**, после чего нужно получить у аллерголога рекомендации по организации гипоаллергенного быта - и воплотить их в жизнь.

**Таким образом, перед запланированной беременностью посетите врача-пульмонолога и аллерголога, пройдите необходимое обследование, прослушайте курс Астма-школы, перестройте свой быт в соответствии с рекомендациями. Чем больше Вы будете знать о себе и своем заболевании, тем меньше проблем возникнет во время беременности и после нее.**

О мерах по ограничению контакта с аллергенами мы расскажем на следующем занятии. ☺



*Интересный  
ФАКТ*

## **В ожидании потомства отцы полнеют**

**Мужчины часто зеркально отражают такие симптомы беременности, как прибавка веса, тошнота и боли в спине. Но феномен часто считают психосоматическим, не имеющим физиологического объяснения.**

Но исследователи приматов из Университета Висконсина показали, что двум видам самцов обезьян известен один из аспектов переживания беременности. Ученые взвесили 14 самцов обыкновенной игрунки и 11 самцов эдипова тамарина во время беременности их партнерш на пятом и шестом месяце соответственно. Они выбрали этих животных, потому что самцы моногамны и участвуют в уходе за потомством наравне с матерями или даже больше, чем они, - совсем как некоторые мужчины.

Животные набрали 20% к первоначальному весу тела. Накопление жира в данном случае, возможно, помогает самцам пережить изнурительные первые недели после появления детенышей на свет, то есть обеспечивает выживание потомства.

Исследование свидетельствует, что, возможно, мужчины могут набирать вес во время беременности партнерши отчасти потому, что организм готовится к утомительным дням и бессонным ночам. Несколько других исследований показали, что будущие отцы переживают всплеск таких гормонов, как пролактин, тестостерон и гормон стресса кортизол. Возможно, гормональные изменения стоят за прибавкой веса, но эта гипотеза пока недостаточно проверена.

Конечно, мужчины могут набирать вес во время беременности партнерш просто потому, что копируют поведение женщин, которые склонны больше есть и дольше спать. В западных обществах, не испытывающих нехватки продовольствия и склонных к ожирению, трудно сказать, является ли прибавка в весе преимуществом для будущего отца.



# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## Прошла Международная конференция

Начало - в «Вестнике Ассоциации», выпуск 44, в №6(54) за июнь 2007г.

Под девизом «Медицинские сестры на передней линии фронта: оказание медицинской помощи в условиях непредсказуемости» с 29 мая по 1 июня 2007г., сразу вслед за заседанием Совета Национальных Представителей, прошла конференция Международного Совета Медсестер. Ее участниками стали более 3600 специалистов сестринского дела, представляющих 96 национальных сестринских ассоциаций.



В соответствии с многолетней традицией открыл конференцию красочный **Парад национальных ассоциаций**, в котором впервые официальное участие приняли делегаты Ассоциации медицинских сестер России. С приветствиями к делегатам конференции обратился Президент МСМ г-жа **Хироко Минами**; исполнительный директор г-жа **Джудит Оултон**; президент Японской Ассоциации Медсестер г-жа **Сецуко Хицатуне**; министр здравоохранения, труда и социальной защиты г-н **Хакуо Янагисава**; а также ряд почетных гостей конференции: Принцесса Иордании г-жа **Муна Аль-Хуссейн**, заместитель генерального директора ВОЗ г-жа **Дэйзи Мафубелу**, губернатор провинции Канагава, а также мэр города Июкогама - второго по величине в Японии.

В ходе конференции прошло более тысячи презентаций по таким вопросам, как *медицина катастроф, кадровая политика в сестринском деле, лидерство, клиническая практика, медицинская этика, развитие исследований в сестринском деле*. Делегаты Ассоциации медицинских сестер России провели ряд презентаций, вызвавших большой интерес со стороны представителей других стран.

Обращаясь с приветствием к участникам мероприятия, президент Международного Совета Медсестер г-жа **Хироко МИНАМИ** подчеркнула, что **тема конференции полностью отражает ситуацию, складывающуюся во всех без исключения национальных системах здравоохранения.**

Подробнее о таких проблемах, которые носят характер

глобальных угроз и вызовов в сфере здравоохранения, в первый день конференции участницам рассказала заместитель Генерального директора ВОЗ г-жа **Дэйзи МАФУБЕЛУ**. По данным ВОЗ, **два миллиарда жителей планеты рискуют своей жизнью и здоровьем вследствие того, что их национальные системы здравоохранения не готовы противостоять внезапным кризисам и катастрофам.** К числу таких катастроф относятся природные - землетрясения, наводнения, цунами, извержения вулканов, изменение температур; техногенные - аварии, происходящие в химической, атомной промышленности; вооруженные конфликты, террористические атаки; эпидемии инфекционных заболеваний, возникновение новых типов вирусов.

Ни одна из стран сегодня не застрахована от тех или иных катастроф. **Ежегодно серьезно риску подвергается одна из пяти стран.** Все мы помним, каковы были масштаб и последствия цунами в Индонезии в конце 2004 года. Его жертвами стали порядка 300 тысяч человек, из числа которых 160 тысяч - жители самой Индонезии. В результате катастрофы серьезно пострадала и система здравоохранения страны - погибли 700 медицинских работников, 66% медицинских учреждений была полностью разрушена. Землетрясение 2005г. в Пакистане унесло жизни 75 тысяч человек, 150 тысяч получили серьезные ранения, 3,5 миллиона остались без крова, питания, чистой воды. Большими жертвами для США обернулось



▶ наводнение в Новом Орлеане, террористическая атака в сентябре 2001 года. Жители Европы испытывают серьезные последствия климатических изменений - летом 2003 года установившаяся небывалая для региона жара стала причиной смерти тысяч людей.

Большой урон сегодня наносят и **эпидемии инфекционных заболеваний**. Если в 14 веке жители Европы гибли от чумы, то в наше время ее место заняли *ВИЧ-инфекция, птичий грипп, атипичная пневмония*.

**Медицинские сестры всего мира первыми сталкиваются с последствиями кризисов и катастроф:** они оказывают медицинскую помощь пострадавшим, обучают пациентов, информируют их и стараются поддержать психологически. Тем не менее, **системы кризисного реагирования здравоохранения нуждаются в совершенствовании**. Медицинские сестры не всегда обладают нужными знаниями и навыками в области медицины катастроф, очень часто медицинские сестры исключаются из процессов принятия политических решений, планирования и подготовки мероприятий кризисного реагирования. Четкого определения требует вопрос границ оказания помощи сестринским персоналом в ситуациях катастроф, так как получение врачебных назначений не всегда оказывается возможным. Кроме того, **необходимо предусматривать и реализовывать программы помощи самим медицинским сестрам**, которые испытывают огромную стрессовую нагрузку.



В решении этих задач могут и должны принять участие национальные ассоциации медицинских сестер. **Вклад ассоциаций может заключаться в разработке национальных руководств и справочников по медицине катастроф для сестринского персонала, реализации региональных, национальных и международных проектов, анализе и усовершенствовании образовательных программ в данной сфере.** Важным также является представительство голоса медсестер на уровне принятия политических решений, создание платформы для обмена опытом и непрерывной связи медицинских сестер, задействованных в оказании помощи в ситуациях катастроф.

**В ходе конференции состоялось вручение награды имени Флоренс Найтингейл за международные достижения, которая была присуждена шведской медсестре Аннели ЭРИКСОН**, осуществляющей свою деятельность в рамках различных организаций именно в ситуациях кризисов и катастроф. Причастной к гуманитарной работе Аннели стала случайно, когда в 1991 году после окончания медицинского училища решила отправиться в путешествие в Индию. Приехав туда с подружкой, Аннели, как недавно получившая диплом медицинская сестра, решила увидеть одну из местных клиник, затем - узнать, как работают индийские медсестры, поэтому и устроилась на работу в клинику «всего» на 3 месяца. Принятое решение оказалось судьбоносным - Аннели поняла, что должна быть там, где сестринская по-



мощь недоступна, где нехватка врачей и медсестер ведет к гибели пациентов. За прошедшие 16 лет Аннели довелось участвовать в гуманитарных миссиях «Врачей без границ» в Сьерра-Лионе, Руанде, Нигерии, Пакистане, ЮАР с целью оказания помощи пациентам, содействия восстановлению лечебных учреждений, обучения медицинских сестер.

Задача гуманитарных миссий состояла не только в лечении и уходе за ранеными, но и в повышении доступности обычного здравоохранения для всего населения, проведении вакцинации, борьбе с голодом, нехваткой питьевой воды, нищетой. В одной из последних миссий в Нигерии Аннели удалось повысить эффективность работы медицинского центра, в который ежедневно обращались не более 10 пациентов. Уже через неделю после начала действия программы вакцинацию в нем прошли 1,5 тысячи детей. Аннели обучила местных медсестер умению не только оказывать регулярную помощь, но и вести просветительскую работу, благодаря чему шансы на спасение получили десятки тысяч человек.

Выступая перед участниками церемонии награждения, Аннели отметила, что **гуманитарная помощь - это ответ гражданского общества на политические ошибки правительств**. Цели гуманитарных миссий могут быть разными. Если речь идет о войне, главной задачей является прекращение военного противостояния. Если помощь осуществляется по отношению к экономически слабой стране, цель состоит в до-

стижении устойчивого развития и искоренении нищеты. **Профессиональная же задача медсестры, участвующей в гуманитарной работе, - спасение жизней и сокращение страданий.** А ее долг - донести свой голос в защиту населения до тех, кто способен принять весомые политические решения, до руководителей тех стран, экономическая мощь которых должна рассматриваться не только как их достижение, но и как их обязательство по отношению к слабым и развивающимся странам.

С посланием Аннели Эриксон перекликается и одна из ключевых презентаций конференции - «*Этическая глобализация*», которую провела **Барбара СТОКИНГ**. Выступая перед участниками конференции, она отметила, что рост взаимозависимости требует от государств беспрецедентного роста ответственности. Прежде всего, ответственности за создание равных условий для экономического развития. До настоящего времени условия экономического сотрудничества на мировой арене справедливыми назвать нельзя. Промышленно развитые страны наводняют рынок дешевой продукцией, что не позволяет выйти из кризиса странам Африки, Латинской Америки, Азии. Очевидно, что **нехватка средств ослабляет и системы здравоохранения**, таким образом, нарушаются права миллиардов жителей планеты - права на жизнь и здоровье, на качественную и своевременную медицинскую помощь. ☹

**(Продолжение в следующем номере)**



# Советы детского клинического лаборанта

**ТАМАРА ПЕТРОВНА ДЯТЛОВА,**  
старший лаборант, специалист высшей категории;  
**НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА ШЕПЕЛЕВА,**  
фельдшер-лаборант, специалист высшей категории;  
**НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА БЫЧКОВА,**  
фельдшер-лаборант - члены ПАСМР,  
МУЗ «Детская поликлиника №2», г.Барнаул

Получение достоверных результатов любого анализа предполагает правильный сбор материала. Несоблюдение правил подготовки к сдаче материала для исследования, в лучшем случае, приведет к необходимости повторения анализа, в худшем - к неправильной постановке диагноза со всеми вытекающими последствиями. Поэтому перед тем как сдавать анализы, прочитайте рекомендации наших специалистов - тем самым Вы избавите себя от многих лишних проблем.

## Правила забора крови из пальца

Кровь на общий анализ забирается из пальца лаборантом с 8 до 9 часов утра. Анализ забирается натощак, до приема физиопроцедур, рентгеновского исследования и физических нагрузок.

## АНАЛИЗ МОЧИ На общий анализ

С 8 до 9 часов утра перед сбором мочи обязательно проинформировать туалет наружных половых органов. Собранную ночную порцию мочи сдать в лабораторию в количестве 60-70 мл (баночка из-под майонеза должна быть сухой и чистой).

## Анализ мочи по Нечипоренко

Собирают среднюю порцию мочи, то есть начальную и конечную порции выпускают в унитаз. Несоблюдение вышеуказанных правил может привести к изменению анализа мочи.

## Проба по Зимницкому

Подготовить 8 чистых (!) баночек. В 6 часов утра - утреннюю порцию мочи выливается в унитаз. Затем в течение суток собрать восемь порций с промежутками во времени в три часа, каждую в отдельную посуду: в 9 часов утра, в 12



часов, в 15 часов, в 18 часов, в 21 час, в 24 часа, в 3 часа ночи, в 6 часов утра (время обязательно указать на баночках).

## Моча на БК (туберкулез)

В лабораторию доставляется осадок с суточной мочи.

## Моча на 17 кетостероидов

В лабораторию доставляется суточное количество мочи: моча собирается строго за сутки с 6 часов утра предыдущего до 6 часов утра последующего дня (первая утренняя порция мочи выливается). Неправильный сбор мочи скажется на результатах, так как перерасчет идет на количество мочи, выделенной в сутки.

## Моча на сахар

Моча собирается в одну емкость в течение суток, затем 50 мл мочи отделяется из общего количества и относится в лабораторию.

## АНАЛИЗ КАЛА

### Кал на яйца глистов

Собирают после самостоятельной дефекации, из разных участков каловых масс и доставляют в лабораторию в стеклянных емкостях (флаконах). Больной не должен соблюдать диету.

### Кал на простейшие

Доставляется немедленно после дефекации в теплом (!) виде.

### Реакция Грегерсона (на скрытую кровь)

Больной за 3-5 дней до анализа не должен есть мясо, рыбу, зелень, томаты (заменить их молочно-крупяными блюдами), не должен чистить зубы. В лабораторию доставляется небольшая порция кала в стеклянных флаконах.

### Копрологическое исследование (копрограмма)

Собирать испражнения нужно в чистую стеклянную посуду. Из нескольких участков полученного за



◀ одну дефекацию кала отбирают 10-15г. Следует избегать примешивания к испражнениям мочи, а также крови, слизи и гноя из половых органов.

Перед копрологическим исследованием следует отменить дачу больному медикаментов, которые могут влиять на перистальтику кишечника или затруднять микроскопическое исследование (слабительные, Атропин, Кодеин, Пилокарпин, мышьяковистые, йодистые, бромистые, ртутные препараты железа, висмута, угля (карболен), сернокислый барий). Нельзя назначать копрологическое исследование больному после введения свечей и приема внутрь касторового или вазелинового масла.

### Глюкозо-толеуантный тест (сахарная кривая)

Больной не должен в течение трех дней изменять привычный режим питания. Последний прием пищи - в 20 часов. Нельзя курить. Утром натощак у пациента определяется глюкоза крови. Во время глюкозо-толерантного теста прием пищи строго запрещен.

### Анализ мочи у детей первых месяцев жизни

Необходимо заранее подготовить чистую посуду для сбора средней порции мочи. Учтивая, что ребенок маленький и поэтому не сможет, когда он захочет и когда нужно, помочиться, прибегают к довольно простой уловке.

Непроизвольное мочеиспускание у малыша вызывают искусственным путем. Нужно дать малышу попить и после этого на короткий промежуток времени охладить его тело (например: освободив его на небольшой промежуток от одеяла и теплых распашонок). Проходит всего несколько минут и наступает непроизвольное мочеиспускание. Здесь надо не теряться и вовремя подставить приготовленную посуду.

Родители должны помнить, что чем меньше промежуток времени между сбором мочи и ее исследованием, тем точнее анализ отражает истинное содержание в ней патологических элементов. Поэтому, собрав мочу, нужно сразу же отправить ее в лабораторию.

### Забор крови из вены на биохимические анализы

Кровь у больных забирают утром (с 8 до 9 часов утра) натощак, пить тоже нельзя, до приема лекарств, физиопроцедур и рентгеновского исследования. Нарушение этих рекомендаций влияет на качество анализа. ☺

# Двойной юбилей

17 июня в МУЗ «Городская больница №4» отмечали и День медицинского работника, и свой 65-летний день рождения.

Медицинский работник во все времена олицетворял честь, гуманизм, самоотверженное служение профессиональному и нравственному долгу. Именно эти качества заставляют врачей и фельдшеров, медицинских сестер и нянечек, невзирая на личные обстоятельства, собственное самочувствие, порой жертвуя личным благополучием и даже собственной жизнью, всего себя отдавать во имя святой миссии - спасения человеческой жизни.

Это в полной мере относится и к нашему коллективу, в котором трудились и сегодня трудятся замечательные люди, квалифицированные специалисты, преданные своему делу. Славную историю больницы создавали люди, и в первую очередь ветераны, проработавшие в коллективе не один десяток лет. А началось все так.

Осенью 1941 года вышел Указ народного комиссариата по строительству, в котором предписывалось перевести из г.Горького трест «СтройГАЗ» в г.Барнаул для строительства танкового завода. И приказом Алтайского крайздраотдела от 19.06.1942г. №247-а было решено открыть медсанчасть «СтройГАЗ» для медико-санитарного обслуживания рабочих.

Первым руководителем больницы был **А.Д. Гагарин** - врач из Горького, а когда в декабре 1942г. во вновь построенном бараке на поселке ИТК открылся стационар на 80 коек, главным врачом была назначена **С.В. Белова**. В это время в больнице было 10 палат по 8 коек в каждой, открывается аптека, лаборатория, физиокабинет.

Сегодня у нас трудятся более 500 человек: **80% врачей и 60% средних медработников имеют квалификационные категории**. За историю больницы звания «Заслуженный врач России» получили пять врачей, «Заслуженный работник здравоохранения» - три человека, «Отличник здравоохранения» - 13, награждены **правительственными наградами** - 189 человек, Почетными гра-

мотами **Министерства здравоохранения** - шесть, а восемь врачей больницы защитили кандидатские диссертации.

В 2006 году **Л.И. Никитина** и **М.К. Славнова** заняли первые места в городском конкурсе «Лучший врач года». В 2007 году медсестра колопроктологического отделения **Ольга Семенчук** заняла первое место в краевом конкурсе на лучшую медсестру.

Коллектив больницы на протяжении многих лет стабильно работает, и наша работа получает положительную оценку органов управления здравоохранением и администрации города. Но для нас основным показателем работы являются благодарные отзывы больных, отсутствие жалоб и желание пациентов лечиться именно в нашей больнице.

**Ежегодно в отделениях стационара лечится более 8000 больных, выполняется до трех тысяч операций, а это - сотни спасенных жизней и огромный труд всего коллектива.**

Наша больница продолжает активно развиваться, вновь открытые центры успешно функционируют, отделения больницы оснащаются новой аппаратурой - в этом году мы ожидаем поступления лабораторного комплекса, цифрового флюорографа.

Медицина всегда стояла и стоит на страже здоровья и будущего человечества. Медицинский работник - это человек общественного долга. Лечение и спасение больных, возвращение их к полноценной жизни и труду, предупреждение новых заболеваний являются обыденным и обязательным делом, но сколько в этой обыденности душевной щедрости, милосердия, сострадания, самоотверженности и самоотдачи!

**Дорогие наши работники и наши ветераны! Огромное вам спасибо за ваш труд, такой необходимый нашим гражданам, за ваш ощутимый вклад в развитие и становление больницы. Только благодаря вам наша больница такая, какая она есть!** ☺



Наши ветераны. 19 июня 2007г.



# Этапы большого пути. Шаг за шагом

СВЕТЛАНА ДМИТРИЕВНА ЯВОРСКАЯ,  
врач акушер-гинеколог первой категории,  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

Итак, моему сыну уже 6 месяцев. Теперь он бодрствует до 2-х часов подряд, а иногда и больше. Затем восстанавливает силы с помощью сна: трехразового в течение дня и ночного - 10-12 часов. Увеличение времени бодрствования - сигнал о том, что нервная система ребенка стала более работоспособной. Маленький человечек уже понял, что мир доступен для исследования. Его можно изучить на глаз, на ощупь и на вкус. С такими выводами он вступил во второе полугодие своей жизни.



сплошной кошмар. Но я понимаю, что в этом возрасте уже одного грудного молока для нормального роста и развития малыша недостаточно, но и насильно вталкивать ребенку то, что ему не нравится, мне не хотелось. Так можно вообще отбить желание у ребенка к еде.

**Какой же тут выход?** Оказывается, проблема введения первого прикорма очень распространена, особенно у грудничков. Практически все мамочки прошли путь домашнего приготовления пищи и лишь потерпев неудачу, направились за продуктами детского питания в аптеки или специализированные отделы супермаркетов. **Ведущие специалисты в области детского питания (новый документ ВОЗ, 2002г.) считают, что кормить детей первого года жизни лучше продуктами прикорма промышленного производства, «если у матери есть средства и возможности их приобретения».**

Но трудности и на этом не закончились. Теперь уже дело в индивидуальном вкусе. **Какие продукты и какого производителя детского питания он предпочтет? Необходимо пробовать, ведь период введения прикорма является критическим также с точки зрения развития вкусовых ощущений, воспитания привычек рационального питания и последующей положительной реакции на включение в рацион новых продуктов и новых вкусов.** Дети сохраняют высокую готовность к новым вкусам и видам пищи до 2 лет. Именно в это время закладываются основы правильного питания в будущем.

Моему сыну очень полюбили пюре из цветной капусты и капусты брокколи. Эти продукты расфасо-

## ПИСЬМО СЕДЬМОЕ. (Неотправленные письма подруге)

Месяц начался тяжело. Нам поставили очередную прививку (третья ревакцинация АКДС и гепатит). Если предыдущие прививки перенесли легко, то в этот раз мы мучились целых 2 недели. Врач сразу нас предупредила, что повышение температуры, порекомендовала сразу по возвращении домой выпить Эффералган. Он обладает жаропонижающим и обезболивающим эффектами, предназначен для детей от 3-х месяцев до 12 лет. Температуры у нас не было, а вот слабость и боль нас помучили изрядно. Малыша словно подменили. Он стал плохо спать и есть, мало играть и

смеяться, просыпаться в плохом настроении, капризничать и буквально не сходить с рук. Тяжело было всем: и ему, и нам.

После шести месяцев необходимо вводить первый прикорм, тем более, что на второй неделе этого месяца у нас появился еще один зуб. Два зуба - это вам не просто так, мы теперь зубастики! Но, тем не менее, с введением прикорма я не спешила. И только тогда, когда, после прививки и прорезывания новых зубов, мой малыш, наконец, пришел в себя и его личико по утрам засияло ослепительной улыбкой, я решилась на этот серьезный шаг.

**Начали с овощного пюре. Его я стала давать в обеденное кормление.** Готовить новое блюдо стала сама: **картофель, морковь, капуста.** Сначала каждый овощ по отдельности, через неделю попробовала смешивать. Скажу честно, результаты были плачевные. Сын упорно не хотел принимать этот новый вид питания: он плакал, плевался, вертел головой и изгибался всем туловищем. Кормление превратилось в



ваны в маленькие баночки, что очень удобно, так как **введение прикорма необходимо начинать с одного монопродукта в небольшом количестве (1/2-1 ч.л.) и внимательно следить за состоянием малыша в течение дня.** Если нет никаких аллергических реакций, то с каждым днем можно добавлять количество прикорма до необходимого объема. Рекомендуется вводить в рацион малыша **не более одного нового продукта в течение 5 дней.** Я старалась следовать этим советам.

После введения и теперь уже ежедневного приема овощного пюре **в вечерний прием пищи я предложила сыну фруктовое пюре и сок.** Ассортимент этих видов питания очень велик - хорошо, что на всех упаковках имеется подсказка, с какого месяца жизни можно дать тот или иной продукт малышу. Овощи и фрукты снабжают организм витаминами, минеральными веществами и микроэлементами, кроме того,

они содержат балластные вещества, очень важные для здорового пищеварения. Поэтому **с помощью овощей и фруктов можно эффективно влиять на пищеварительный процесс** в организме ребенка. Так, например, пюре из моркови, яблок или бананов оказывают укрепляющее действие, пюре из южных фруктов и абрикосов - послабляющее. **Через 10 дней к фруктовому пюре стала добавлять творог,** который варю сама из «Бифилина» барнаульской фирмы «Модест», а к концу месяца мы ввели второй прикорм - каши.

**Каши - это сбалансированный источник питательных веществ, витаминов и минералов, так необходимых для растущего организма малыша.** К сожалению, если кашу готовить самостоятельно, то при варке каши происходит разрушение значительного количества этих ценных веществ, к тому же кипячение молока в процессе варки каши снижает доступность некоторых аминокислот (лизи-



на, аланина), что снижает биологическую ценность белка - основного строительного материала организма.

**Что важно знать еще? Педиатры рекомендуют:**

- после подогрева питания необходимо тщательно перемешать и обязательно проверить температуру про-

дукта, прежде чем предложить его малышу;

- никогда не разогревать питание повторно;

- начатые банки хранить только в холодильнике;

- не делать выводов о детском питании на основе наших «взрослых» вкусов. Многие овощные пюре для грудных детей специально приготовлены без соли, а фруктовые продукты и соки - без сахара. Не надо их добавлять в детское питание!

В хлопотах и заботах время летит быстро. Вот уж на пороге и наш седьмой день рождения. **Главные достижения месяца:**

- малыш научился самостоятельно передвигаться и начинает активно изучать мир предметов и вещей;

- усложняется лепет, и мы уже поем себе песенки, особенно когда хотим спать, то есть сами баюкаем себя;

- сын уже знает свое имя и откликается на него, находит взглядом знакомую игрушку, сердится, когда ему что-то не даешь;

- кроха хорошо ест с ложки и умеет пить из чашки, которую держат взрослые, а вот свою бутылочку он уже держит двумя руками сам;

- если в начале месяца мы сидели только с поддержкой, то к концу месяца уже самостоятельно сидим на горшке. Когда я наблюдаю эту картину, на ум приходят строки Е.Евтушенко: «У матери от счастья в горле ком, / Когда ее всевластный повелитель / Сидит, как император Петр Великий, / На троне, притворившемся горшком...».

*В августе свой день рождения отмечает замечательный человек - участковый педиатр*  
**Ирина Чиколаевна ГОЛОВИЧОВА.**

Она закончила в 1979 году педиатрический факультет АГМИ и устроилась в детскую поликлинику №2 г.Барнаула с возможностью прохождения интернатуры по месту работы. Ей достался 6-й участок - самый центр города. Спустя 4 года Ирина Николаевна поступила в клиническую ординатуру АГМИ по специальности физиотерапия. Но любовь к детям пересилила, и она вновь вернулась в свою детскую поликлинику, на свой родной участок №6, где продолжает трудиться и сегодня.

Ирина Николаевна всегда внимательна к детям и их родителям, легко находит с ними контакт. Ее рабочий день не ограничивается только часами приема в поликлинике или патронажем на дому. У каждой мамочки имеются ее контактные телефоны. И в любое время суток наш доктор выйдет на связь, даст совет и окажет помощь. Даже если родители со своими чадами «забыли дорогу» в поликлинику, то Ирина Николаевна сама много раз позвонит или даже придет, чтобы узнать, как идут дела у ее маленьких пациентов. Наш участковый врач - Доктор с большой буквы. После общения с ней детишкам всегда становится легче, а родителям - спокойнее.

Старание и профессиональные навыки Ирины Николаевны отмечены и органами здравоохранения города. Еще в 1992 году ей была присвоена первая квалификационная категория, а в 2002 - высшая. В 2007 году Ирина Николаевна приняла участие в городском конкурсе на лучшего педиатра и заслуженно заняла первое место.

*Ирина Чиколаевна, Ваши маленькие пациенты и их родители поздравляют Вас с днем рождения и победой на конкурсе, желают Вам здоровья, благополучия, творчества в профессии и жизни. Мы Вас любим и всегда рады встрече с Вами, особенно если цель встречи - просто профилактический осмотр.*

**Благодарные пациенты и их родители**





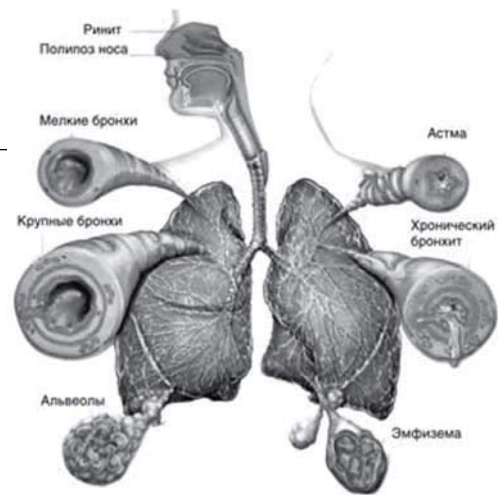


# КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

## Диагностика ХОБЛ в амбулаторных условиях

**ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА ГАНОВА,**  
врач-пульмонолог первой квалификационной категории,  
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одна из важнейших проблем здравоохранения. Во всем мире отмечается рост заболеваемости и смертности от ХОБЛ. Сейчас ХОБЛ является четвертой по счету причиной смертности в мире, и, как предсказывается, в ближайшее время будет наблюдаться рост ее распространенности и смертности от нее.



Эпидемиологические данные о заболеваемости и смертности часто не дают полного представления о значении и распространенности ХОБЛ, поскольку обычно болезнь не диагностируется до развития клинически выраженных и относительно тяжелых стадий заболевания.

Так, по данным Европейского респираторного общества, только **25%** случаев заболевания выявляются своевременно. В России диагностика ХОБЛ находится еще на более низком уровне. По официальным материалам Министерства здравоохранения РФ, в стране насчитывается **около одного миллиона** больных ХОБЛ, тогда как по данным эпидемиологических исследований это число может превышать **11 млн.** человек. В США заболеваемость ХОБЛ приближается к **15 млн.** человек. В связи с вышесказанным, медицинское сообщество уделяет особое внимание данной проблеме.

При поддержке Национального института сердца, легких и крови США и ВОЗ был создан документ «**Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких**» (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD). В нем отражены следующие аспекты: определение и классификация, значение ХОБЛ, оценка и контроль состояния, снижение факторов риска, тактика ведения (лечения) больных ХОБЛ в стабильном состоянии и при обострении.

В программе GOLD **ХОБЛ определяется как заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока, которое обратимо не полностью.** Ограничение воздушного потока является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие вдыхаемых патогенных частиц и газов.

**Болезнь развивается у предрасположенных лиц и проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце.**

Диагноз ХОБЛ следует предполагать у всех кашляющих пациентов при наличии факторов риска, способствующих развитию ХОБЛ. **К этим факторам относятся:**

- ◆ курение,
- ◆ длительное воздействие профессиональных раздражителей (пыль, химические поллютанты, пары кислот и щелочей),
- ◆ атмосферное и домашнее загрязнение воздуха,
- ◆ частые респираторные инфекции,
- ◆ проживание пациента в холодной климатической зоне. ►



Для выявления данных факторов требуется активный распрос пациента.

Чувствительность физикальных (объективных) методов обследования пациентов в диагностике ХОБЛ и в определении степени ее тяжести невелика. Их результаты лишь дают ориентиры для дальнейшего направления диагностического исследования с применением инструментальных и лабораторных методов.

### Инструментальные и лабораторные методы исследования

При наличии у больного любого из описанных выше симптомов необходимо выполнить **спирометрию**, даже при отсутствии одышки. Ведущее место в диагностике ХОБЛ и объективной оценке степени тяжести заболевания принадлежит **исследованию функции внешнего дыхания (ФВД)**.

При проведении СПГ или ФВД необходимо определять **максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха** (форсированная жизненная емкость легких - ФЖЕЛ), и **объем воздуха, выдыхаемый в течение первой секунды при форсированном выдохе** (объем форсированного выдоха за 1-ую секунду -  $ОФВ_1$ ), а также **должно подсчитываться отношение этих двух показателей** ( $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ , тест Тиффно), которое является определяющим на всех стадиях ХОБЛ, то есть при всех степенях тяжести заболевания.

**Снижение отношения  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  менее 70%, определяемое при стабильном течении заболевания, свидетельствует об обструктивных нарушениях независимо от степени тяжести ХОБЛ.** Обструкция считается хронической, если она регистрируется минимум три раза в течение года, несмотря на проводимую терапию. **Снижение соотношения  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  до уровня менее 70% является ранним диагностическим признаком ХОБЛ, даже при сохранении  $ОФВ_1 > 80%$  от нормальных величин.** Значение показателя  $ОФВ_1$  (в процентах от нормы) после применения бронхолитика служит основным признаком в классификации ХОБЛ по степени тяжести, позволяя выделить **легкое ( $ОФВ_1 > 80%$ ), среднетяжелое ( $50% < ОФВ_1 < 80%$ ), тяжелое ( $30% < ОФВ_1 < 50%$ ) и крайне тяжелое ( $ОФВ_1 < 30%$ ) течение заболевания.**



Для оценки эффективности проводимой терапии пациент должен контролировать пиковую скорость выдоха методом пикфлоуметрии.

К обязательным методам исследования при постановке диагноза ХОБЛ, кроме изучения ФВД, относятся следующие.

**Исследование мокроты** (общий анализ, бактериоскопия и цитология) позволяет судить о характере воспалительного процесса и его выраженности, обнаружение у пожилого больного атипичных клеток должно вызвать онкологическую настороженность.

**К бактериологическому исследованию мокроты** следует прибегать при повторяющихся обострениях и неэффективности антибактериальной терапии.

**Клинический анализ крови** выявляет нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и увеличение СОЭ при обострении заболевания; полицитемический синдром (повышение числа эритроцитов, высокий уровень гемоглобина, низкая СОЭ, повышение гематокрита  $> 47%$  у женщин и  $> 55%$  у мужчин, повышенная вязкость крови) - признак развития гипоксемии.

**Рентгенография органов грудной клетки** при первичном обследовании дает возможность исключить другие заболевания (рак легких, туберкулез), сопровождающиеся сходными с ХОБЛ клиническими симптомами. При легкой степени ХОБЛ

существенные рентгенологические изменения, как правило, не обнаруживаются. При установленном диагнозе ХОБЛ в период обострения рентгенологическое исследование позволяет исключить пневмонию, спонтанный пневмоторакс, плевральный выпот.

**Компьютерная томография (КТ)**, особенно высоких разрешений, весьма информативна для выявления и оценки буллезной эмфиземы, исключения альтернативного диагноза. Кроме того, КТ грудной клетки может быть информативна при решении вопроса об оперативном лечении (булэктомии, объемного уменьшения легкого).

**Электрокардиография** также относится к обязательным методам исследования, так как дает возможность исключить кардиальный генез респираторных симптомов, выявить признаки гипертрофии правых отделов сердца (проявление такого осложнения ХОБЛ, как легочное сердце).

**Эхокардиография** проводится для выявления и оценки дисфункции правых (а при наличии изменений - и левых) отделов сердца и определения легочной гипертензии, степени ее выраженности.

У многих больных требуется проведение дополнительных исследований.

**Бронхоскопическое исследование (ФБС)** проводят при необходимости дифференцировать ХОБЛ с другими заболеваниями, имеющими аналогичную респираторную симптоматику, уточнения характера и степени эндобронхита.

**Иммунологическое исследование крови** выполняют при неуклонном прогрессировании болезни для выявления признаков иммунной недостаточности.

**Для постановки диагноза, уточнения стадии заболевания, назначения лечения и оценки эффективности проводимой терапии показана консультация пульмонолога.**

**Для исключения или подтверждения патологии верхних и нижних дыхательных путей Вы можете пройти обследование в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края».**

#### КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16, 26-15-30.

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



# Школа для будущих родителей



## Приложения

### Готовимся к выписке из роддома

Отметьте в этом списке необходимые вам вещи и передайте его своим близким

#### На выписку для малыша:

⇒ распашонка ситцевая; распашонка фланелевая; пеленка ситцевая; пеленка фланелевая; чепчик ситцевый; шапочка фланелевая; одеяльце или конверт; лента; подгузник.

#### На выписку для мамы:

⇒ нижнее белье; одежда; обувь; цветы для мамы.

#### Все эти вещи лучше подбирать с учетом времени года

#### Средства по уходу за детской кожей:

⇒ пенка-шампунь для купания; детский крем; детское масло; детские гигиенические салфетки; крем под подгузник; присыпка; ватные палочки.

#### Дома:

⇒ кровать с матрасом, комплектом постельного белья и байковым бельем; **шерстяное одеяло**; *несколько фланелевых и хлопчатобумажных пеленок*; две клеенки (одна в кровать, другая – на пеленальный столик); **распашонки (удобнее использовать распашонки на кнопках)**; *ползунки*; кофточки на кнопках или пуговицах; **носочки хлопчатобумажные и шерстяные**; *чепчик хлопчатобумажный*; шапочка легкая и теплая; **подгузники для новорожденных**; *щетка для волос*; ножницы с закругленными концами; **термометр для воды**; *детская ванночка*; полотенце с капюшоном; **ночной светильник**; *пустышка с крышечкой для новорожденных*; бутылка и соска; **ершик для мытья бутылочек**; *детский стиральный порошок*.

### Шкала оценки психомоторного развития у детей 1-го года жизни (скрининг-оценка)

| Возраст | Язык/речь   | Решение задач  | Моторика  |
|---------|---|--|---|
| 1 мес.  | реагирует на звук, затихает на руках                    | фиксирует взгляд на кольце   | поднимает подбородок, лежа на животе                      |
| 2 мес.  | улыбается   | следит за кольцом горизонтально и вертикально  | приподнимает грудь  |
| 3 мес.  | гулит (гласные звуки)                                   | следит за кольцом по кругу, горизонтально и вертикально. В положении на животе держится на предплечьях | приподнимается на предплечьях                             |
| 4 мес.  | ориентируется на голос. Громко смеется                  | держится на кистях в положении на животе. Манипулирует кистями   | переворачивается с живота на спину, и со спины – на живот |
| 5 мес.  | поворачивается в сторону звонка. Говорит «АГУ», дразнит | тянет кольцо вниз. Перемещает объекты. Рассматривает маленький красный шарик                           | сидит с поддержкой  |

| Возраст | Язык/речь   | Решение задач   | Моторика                    |
|---------|---|---|-----------------------------|
| 6 мес.  | лепечет (согласные звуки)                                   | берет красный кубик со стороны 2,5см. Поднимает чашку. Радикальный сгребящий захват | сидит без поддержки         |
| 7 мес.  | ориентируется на звонок сверху вниз и в направлении вверх   | пытается взять шарик. Вынимает кольцо из доски с кольшками                          | ползает                     |
| 8 мес.  | «Дада» не к месту. «Мама» не к месту                        | тянет веревку, чтобы достать кольцо. Берет шарик. Исследует колокольчик             | садится                     |
| 9 мес.  | поворачивается прямо на звонок. Игра жестов (печет пирожки) | берет тремя пальцами, звонит в колокольчик. Смотрит за край в поисках игрушки       | ползает                     |
| 10 мес. | понимает слово «нет». «Дада», «Мама» осмысленно             | составляет кубик и чашку. Открывает закрытый колокольчик                            | подтягивается, чтобы встать |
| 11 мес. | одно слово  | захват сверху вниз. Находит кубик под чашкой  | ползает, путешествуя        |
| 12 мес. | односложная команда жестом. Словарь из двух слов            | кладет кубик в чашку. Пытается провести линию на бумаге                             | ходит                       |

### КАЛЕНДАРЬ профилактических прививок

| Возраст    | Название прививки   |
|------------|---|
| 12 часов   | гепатит В - первая вакцинация; туберкулез (БЦЖ);  |
| 3-7 день   | гепатит В - вторая вакцинация;  |
| 1 месяц    | дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит - первая вакцинация;  |
| 3 месяца   | дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит - вторая вакцинация;  |
| 4,5 месяца | дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит - третья вакцинация;  |
| 6 месяцев  | гепатит В - третья вакцинация; корь, эпидемический паротит, краснуха - первая ревакцинация;                                 |
| 12 месяцев | дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит - первая ревакцинация;  |
| 18 месяцев | дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит - вторая ревакцинация;  |
| 20 месяцев | корь, эпидемический паротит, краснуха - вторая ревакцинация;  |
| 6 лет      | дифтерия, столбняк - третья ревакцинация; туберкулез - первая ревакцинация;   |
| 7 лет      | гепатит В - вакцинация, если ранее ребенок не прививался;   |
| 13 лет     | краснуха - вакцинация девочек, ранее не привитых;   |
| 14 лет     | дифтерия, столбняк - третья ревакцинация; туберкулез - ревакцинация;  |
| взрослые   | полиомиелит - третья ревакцинация; ревакцинация против дифтерии и столбняка каждые 10 лет от момента последней ревакцинации |



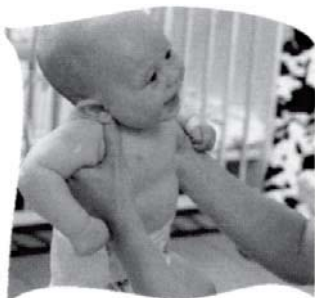
## Схема прикорма

| Возраст ребенка                                       | Утреннее кормление  | Завтрак  | Обед   | Ужин  | Вечернее кормление  |
|---|---|--|--|---|---|
|   | молоко, детская молочная смесь - основной источник питательных веществ  | каши - источник углеводов на весь день; фрукты - источник витаминов для правильного обмена веществ | овощи - основной источник клетчатки, необходимой для нормального пищеварения; мясо, рыба или птица - источник разнообразных белков для развития мышц и нормального роста; минералов для правильного развития всех систем организма | фрукты - источник витаминов для правильного обмена веществ; молочные продукты - источник кальция для правильного развития костей и зубов  | молоко, детская молочная смесь - основной источник питательных веществ                  |
| <b>0-1 мес.</b><br><b>1-2 мес.</b><br><b>2-3 мес.</b> | <b>Грудное молоко или, при необходимости:</b><br>Детская молочная смесь по 90-110мл 7 раз в сутки<br>Детская молочная смесь по 120-130мл 7 раз в сутки<br>Детская молочная смесь по 120-130мл 7 раз в сутки |  |  |   |   |
| <b>3-4 мес.</b>                                       | <b>Грудное молоко или, при необходимости,</b><br>Детская молочная смесь 120-150мл 6-7 раз в сутки   |  |  |   |   |
| <b>4-5 мес.</b>                                       | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 150-180мл  | <b>9.30</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 150-180мл             | <b>13.00</b><br>Овощное пюре 100г + фруктовый сок 40-50мл, или каша 100г + фруктовый сок 40-50мл   | <b>16.30</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 100-130мл + фруктовое пюре 50г<br><b>20.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 150-180мл   | <b>23.30</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 150-180мл |
| <b>5-6 мес.</b>                                       | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 180-200мл  | <b>10.00</b><br>Каша 150мл   | <b>14.00</b><br>Овощное пюре 150г + фруктовый сок 50-60мл  | <b>18.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 100мл + фруктовое пюре 60г  | <b>22.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, детская молочная смесь 180-200мл |
| <b>6-7 мес.</b>                                       | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл  | <b>10.00</b><br>Каша 150мл + фруктовый сок 30мл  | <b>14.00</b><br>Овощное пюре 150г + мясное пюре 30г + желток 1/4 + фруктовый сок 30мл  | <b>18.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 100мл (или Кефир для детского питания 100мл) + Фруктовое пюре 60г + творог 30-40г, или Детская молочная смесь 100мл (или Кефир для детского питания 100мл) + Фруктовое пюре с творогом 100г | <b>22.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл     |
| <b>7-8 мес.</b>                                       | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл  | <b>10.00</b><br>Каша 170мл + фруктовый сок 30мл  | <b>14.00</b><br>Овощное пюре 170г + мясное пюре 50г (или мясо-овощное пюре 180г) + желток 1/2 + фруктовый сок 40мл   | <b>18.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 100мл (или Кефир 100мл) + фруктовое пюре 70г + творог 40г или Детская молочная смесь 100мл (Кефир для детского питания 100мл) + фруктовое пюре с творогом 100г                              | <b>22.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл     |
| <b>8-9 мес.</b>                                       | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл  | <b>10.00</b><br>Каша 180мл + фруктовый сок 40мл  | <b>14.00</b><br>Овощное пюре 180г + мясное пюре 50г, или мясо-овощное пюре 200г, или рыбно-овощное пюре 200г 2-3 раза в неделю + желток 1/2 + фруктовый сок 40мл   | <b>18.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 100мл (или Кефир 100мл) + фруктовое пюре 80г + творог 40г, или Детская молочная смесь 100мл (или Кефир 100мл) + фруктовое пюре с творогом 120г  | <b>22.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл     |
| <b>9-12 мес. и старше</b>                             | <b>6.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл  | <b>10.00</b><br>каша 180мл + фруктовый сок 50мл  | <b>14.00</b><br>овощное пюре 180-200г + мясное пюре 60-70г (или мясо-овощное пюре 200г), или рыбно-овощное пюре 200г 2-3 раза в неделю   | <b>18.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 100мл + фруктовое пюре 80-100мл + творог 40-50г   | <b>22.00</b><br>Грудное молоко или, при необходимости, Детская молочная смесь 200мл     |



## Утренний комплекс «Бодрость»

Вы можете начинать поглаживать кожу малыша с двухнедельного возраста. До полутора месяцев поглаживания и дыхательные упражнения повторяйте не более 3 раз; в каждом комплексе должно быть не более 3 упражнений по 3-8 минут три раза в день



### 1. Упражнение на дыхание

Малыш лежит на спине. Отведите согнутые руки ребенка в стороны (вдох), затем мягко прижмите их и согните в локтях по бокам (выдох).

### 2. Поглаживание ручек

Обхватите запястья ребенка, соединив пальцы в кольцо, другой рукой поглаживайте внутреннюю поверхность предплечья в направлении от кисти к плечу. Помассируйте и другую ручку. Раскройте ладонку ребенка и погладьте каждый пальчик от кончика к основанию круговыми движениями.

### 3. Выкладывание на животик

Положите малыша на живот. Если он еще не удерживает голову, то поверните ее сначала в одну, затем в другую сторону. Ручки малыша сложить под грудью. Если он поднимает голову сам и опирается на руки, покажите ему яркую игрушку на расстоянии 25-30 см, подвигайте ее вправо, влево, вверх.

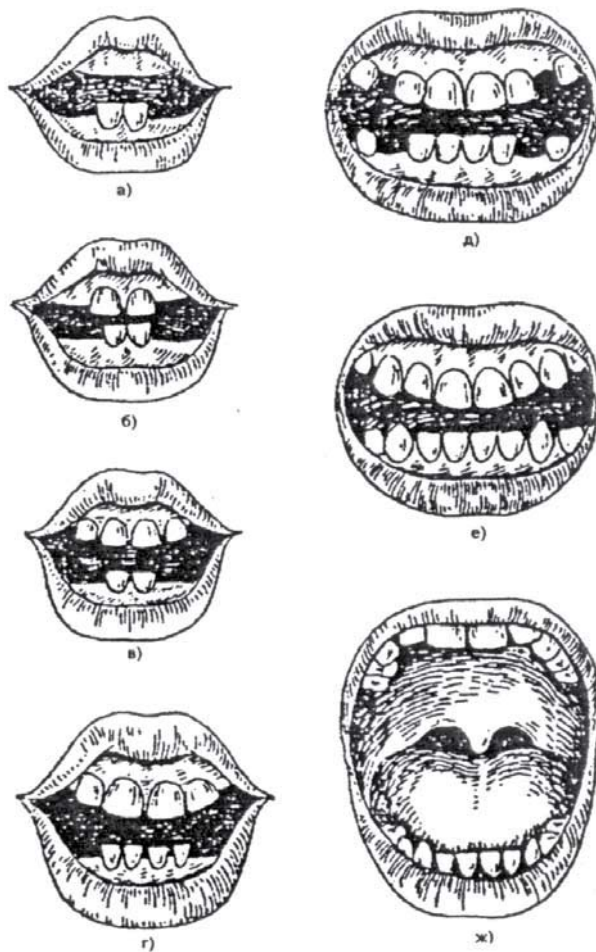
### 4. Рефлексы опоры - выпрямляем ножки

Поддерживая малыша под мышки вертикально лицом к себе, дайте ему опереться о твердую поверхность. Он рефлекторно распрямит ножки.

### 5. Покачивание на мяче (лучше выполнять двум родителям)

Положите малыша животиком и грудью на большой надувной мяч, накрытый пеленкой, и придерживайте рукой в области поясницы. Ручки должны свободно лежать перед грудью. Сделайте несколько качательных движений вперед-назад, влево-вправо, по диагонали. В заключение погладьте руки, ноги, голову, лицо и спинку.

## Схема прорезывания молочных зубов



а) 6-7 мес; б) 7-8 мес; в) 8-9 мес; г) 10-12 мес; д) 14-16 мес; е) 18-20 мес; ж) 2 года.

## Вечерний комплекс «Релаксация»

Вечернее время для малышек этого возраста самое напряженное. Поглаживания головы, лица и всего тельца помогут малышу расслабиться и уснуть.

### 1. Поглаживание груди

Обеими ладонями проведите несколько раз от середины груди вверх и в стороны, в направлении к плечевым суставам, обходя околососковую область (ладони расходятся буквой V). Затем погладьте боковые поверхности грудной клетки в направлении от середины груди вниз и в стороны.

### 2. Поглаживание животика

Погладьте ладонью животик малыша по ходу часовой стрелки, обходя область печени. Подведите ладони обеих рук под поясницу ребенка, затем обхватывающими движениями руки направьте ладони навстречу друг другу, пальцы соедините над пупком.

### 3. Поглаживание спинки

Поверните малыша со спинки на животик. Поглаживайте двумя руками его спинку по направлению от головы к ягодицам – ладонью, а от ягодиц к голове – тыльной стороной кистей рук без нажима на поясничную область.

### 4. Поглаживания головы и личика

Начните с поглаживаний от висков вверх, в направлении к темени, не затрагивая родничок. Затем лобик - от центра к вискам. Круговыми движениями поглаживайте височные области, ушки и околоушное пространство. И под конец проведите ладонями вдоль лица сверху вниз. После массажа прижмите малыша к груди, пусть он ощутит стук вашего сердца. Этот звук навсегда связан в его сознании с чувством надежности и безопасности.



# Нормативные документы

Размер пособия на детей до полутора лет увеличится. Если малышу не исполнилось полтора года на 1 января 2007 года, то родители имеют право на пособие размером 1,5 тыс. рублей - на первого ребенка и 3 тыс. - на второго ребенка.

Если родитель, который имеет право получать пособие, на момент рождения ребенка не работал, **нужно обратиться в органы по месту жительства и предъявить следующие документы:**

- ◆ заявление;
- ◆ копии свидетельств о рождении;
- ◆ выписку из трудовой книжки о последнем месте работы;
- ◆ справку с места работы второго родителя о том, что он не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает пособие;
- ◆ справку из Центра занятости о том, что не выплачивается пособие по безработице;
- ◆ для иностранных граждан - копию документа, удостоверяющего личность, с отметкой о виде на жительство или копию удостоверения беженца.

**Если мама работает, то ей положено 40% от ее среднегодовой заработной платы**, но не более 6 тыс. рублей и не менее **1,5 тыс. на первого ребенка и 3 тыс. - на второго.** Процедура оформления документов на получение пособия ложится на плечи работодателя.

23400 рублей в месяц составит в 2008 году максимальная величина пособия в период отпуска по беременности и родам.

## Как получить материнский капитал

С этого года женщина, родившая второго ребенка, имеет право на материнский капитал.

Государство дает возможность получить на семейные нужды **250 тысяч рублей.** Эта цифра действительна только для тех, кто родился в 2007 году, размер выплаты каждый год будет пересматриваться в зависимости от роста инфляции. Право на распоряжение капиталом может быть реализовано только **через три года** после рождения или усыновления ребенка.

Потрачены деньги могут быть только на одно из трех дел.

1. **Приобретение жилья:** на уп-

лату первоначального взноса при ипотечном кредитовании, или на уплату взноса при ипотечном кредитовании, или на уплату взносов в рамках жилищно-накопительных программ, или на покупку жилья путем присоединения материнского капитала к собственным средствам граждан.

2. **Получение образования одним из детей:** на уплату дополнительных платных образовательных услуг, предоставляемых государственными или негосударственными учреждениями. Причем возраст ребенка, на которого оформляется услуга, не должен превышать 25 лет.

3. **На формирование накопительной части трудовой пенсии женщины.**

### Процедура оформления

**Шаг 1. ЗАГС.** Оформить свидетельство о рождении ребенка.

**Шаг 2. Паспортно-визовая служба** (по месту жительства). Поставить в свидетельстве о рождении ребенка штамп о гражданстве.

**Шаг 3. Управление Пенсионного фонда** (по месту жительства). Написать заявление на получение материнского капитала, представить паспорт, свидетельство о рождении каждого ребенка или решение суда об усыновлении, страховое свидетельство Пенсионного фонда.

**Шаг 4. Управление Пенсионного фонда** (по месту жительства). Получить сертификат на материнский капитал.

**Сертификат на 250 тыс. рублей можно получить через месяц.**

## Заболел? Страховой стаж!

Больничные листы с нового года оплачиваются по-новому. Теперь при начислении выплат по нетрудоспособности **учитывается страховой стаж**, а не непрерывный, как раньше.

Страховой стаж включает те периоды работы, в которых человек подлежал обязательному социальному страхованию. Правила подсчета выплат по нетрудоспособности определены федеральным органом власти. **Те, у кого есть 8 лет страхо-**

**вого стажа, могут рассчитывать на 100-процентную оплату больничного листа.** Если стаж от **5 до 8 лет, - оплачивается 80%** от среднего заработка. Если стаж **менее 5 лет, - 60%.**

Еще одно преимущество нового закона в том, что **оплату больничного листа можно будет получить на всех видах работы**, если таковых у гражданина много.

Также изменились правила оплаты больничного листа по уходу за ребенком. **Родителю больного ребенка в возрасте от семи лет оплатят только два месяца в течение года.** Если ребенок страдает особо тяжелым заболеванием, - то компенсируют три месяца.

## Детям - ясли, а родителям - компенсацию

С 1 января 2007 года по-новому исчисляется размер ежемесячного пособия по уходу за ребенком до полутора лет: право на получение пособия получают на равных мать, отец, другие родственники, опекун, а также их неработающие родители. **Для работающих оно будет составлять 40% от среднего заработка, но не меньше 1500 руб. при уходе за первым ребенком и 3000 руб. при уходе за вторым и последующими детьми, при этом максимальный размер пособия - 6000 руб.** Теперь детское пособие смогут получать и мамы, которые не успели устроиться на работу, - в размере **1500 руб.** - по уходу за первым ребенком, **3000 руб.** - за вторым и последующими детьми. Вводится новый вид государственного пособия - **единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание** в семью усыновителя, опекуна (попечителя) и приемного родителя в размере **8 тыс. руб.**

Часть родительской платы за содержание ребенка с этого года будет компенсироваться: на первого ребенка - в размере **20%** родительской платы, на второго - **50%**, а на третьего и последующих детей - в размере **70%**. Максимальный размер платы не может превышать 20% затрат на содержание ребенка в данном образовательном учреждении. Если в семье трое и более несовершеннолетних детей, то плата не должна быть выше 10% этих затрат. А если у ребенка отклонения в развитии или туберкулезная интоксикация, то плата с родителей взиматься не будет. ☺



# Пожелания «Любить по-русски!»

В последние июньские дни с поздравлениями с 10-летним юбилеем нашего Издательства у нас в гостях побывал наш старый друг Никита Джигурда.

На творческой встрече с представителями редакции газеты «Вечерний Новоалтайск», журнала «Здоровье алтайской семьи» и других издаваемых нашим Издательством средств массовой информации Никита рассказал о творческих планах, новых съемках, своих философских размышлениях и жизненных принципах. Небезыntenесен для нас был рассказ о его, совместно с сыном Владимира Высоцкого - Никитой, творческих встречах, прошедших в самых разных странах - в Голландии, Германии, Болгарии, Израиле - с презентацией диска «Раздвигая горизонты», - основой которого стали песни, написанные Никитой Джигурдой на не исполнявшиеся автором стихи В.Высоцкого. Их значительно раньше передал Никите отец Владимира Семеновича, и нам, конечно, было очень приятно, что он особо подчеркнул: запись этого диска стала возможной благодаря реальной помощи нашего Издательства.

Нам было важно услышать, что наш друг по-прежнему верит: способность любить и дарить людям добро - это высшее предназначение Человека. Никита особо подчеркнул, что начатая им совместно с нашим Издательством пять

лет назад серия программ «Здоровая семья – это здорово!» в рамках краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» будет только развиваться и им всячески поддерживаться. Как он, смеясь, пошутил: «Мы пять лет назад так громко крикнули на всю Россию о значимости и приоритетности здоровой семьи, здорового ума и тела, что нас в Кремле даже Путин услышал и через три года объявил о национальной программе «Здоровье» и необходимости нравственного возрождения самого смысла семьи!».

В завершение он подарил нам свою новую книгу «Совершенство вечность», изданную в «Золотой серии поэзии», основанной московским издательством «Эксмо» в 2001 году. В аннотации Издатель написал: «...Никита Джигурда продолжает в этом поэтическом сборнике традиции Вийона, Беранже, Маяковского, Волошина, Высоцкого... До шока гротескная и до беспредела искренняя поэзия по сути своей расширяет представления о роли человека в нашем трехмерном мире и за его пределами. Создавая простоту для жизнестроительства, Никита с улыбкой предлагает такие ответы на глубинные



вопросы бытия, о которых многие боят-ся даже подумать».

Эпиграфом к сборнику Джигурда выбрал строчки Максимилиана Волошина: «Так будь же сам Вселенной и творцом, сознай себя божественным и вечным». В книгу вошли стихи 1980-2006 годов. Мы представляем нашим читателям подборку стихов Никиты Джигурды из разных периодов творчества.

## ЛЮБИТЬ ПО-РУССКИ

Евгению Матвееву

*Люби посланец, Духа Гладиатор,  
И нежный, и жестокий в одночас,  
Неистовый, наивный... «узурпатор»,  
Вы сердцем узурпировали нас.*

Нам отпущено свыше заполнять  
верой души,  
И полями познаний, и дорогой в мечту,  
Мы, в себе Бога слыша  
сквозь безверия стужи,  
Заполняем сердцами  
чёрных дыр пустоту.

Любить по-русски - значит  
жить без камня,  
Без камня в сердце и в душе своей,  
Любить по-русски - значит  
в Божье пламя  
Вести корабль возвышенных страстей...

На Вселенских просторах,  
в лонах мыслящей силы  
Наполняются светом взоры

верных сынов...  
Те, кому ещё дорог зов  
земли и Мессии,  
Очистительным ветром  
воскрешают Любовь.

Любить по-русски - значит  
верить в чудо  
И жить огнём возвышенных страстей,  
Любить по-русски - значит

верить людям...  
Но приближать Мечту  
Душой своей.

1995  
(из к/ф «Любить по-русски»)

\*\*\*

Артемию-Добровладу  
Павелковскому-Джигурде

Этот мир - отражение мира,  
Что в сознаньи моём заточён,  
И бурлящие страсти Шекспира  
Обнимают меня горячо.  
И хоть выход я знаю отсюда,

И уверен в бессмертии своём,  
Как помочь мне несведущим людям  
Не поганить любви водоём

И не гадить в подъездах и лифтах,  
И друг друга нигде не мочить,  
И не жить только в низменных  
прихотях...  
Как помочь им - кричи не кричи...

Что изменится, если не будет  
За основу взят принцип Христа,  
Кто божественность в людях разбудит,  
Без болезненных взмахов хлыста...

Кто поведает, что изначально  
Человек был Господним творцом,  
А теперь вспоминает отчаянно  
Настоящее жизни лицо...  
Где бурлящие страсти Шекспира  
Обнимают всех нас горячо,  
Этот мир - отражение мира,  
Что в сознании  
Заточён.  
2001



\*\*\*

### БЕСПРЕДЕЛ ВЛАСТЬ ИМУЩИХ, НЕ ВЕДАЮЩИХ, ЧТО ТВОРЯТ

Когда бы я не знал Закон Небес,  
Который говорит о том,

что каждый,  
В ком родился наживы

лживый бес,  
Ответит пред Собою не однажды,  
Когда бы я не знал, какие муки  
Те испытают, кто сейчас в чести,  
У власти находясь, нагрели руки,  
Нажившись на народной горести...  
Когда бы я не знал,

что «грех» условен  
И что мы сами лепим свой удел...  
Когда б не знал все это я,

то словом,  
Отнюдь не ласковым, покрыл бы  
беспредел.

Тот беспредел, в который  
мы попали,

Что лихо демократией зовут  
Те, кто всегда народу в Душу клали,  
Чьи аппараты нас давно... ведут.  
Ведут туда, откуда нет возврата,  
Где выбор вечный -

пить или не пить,  
И где так подмывает

выдать матом:  
«Да что ж вы, мать вашу,

словно жид,  
Все под себя да под себя гребете?  
Когда же вам обрыднет воровать?  
В гробу карманов нет,

вы всех... дерете,  
Но скоро ведь придется отвечать  
За всех, кого вы грабите беспечно...  
Вам отольются слезы матерей,  
Пенсионеров слезы и, конечно,  
Плач малых, ненакормленных детей.  
Не вам, так вашим женам,

чадам вашим  
Придется все помои выгребать,  
Которые вы слили в души наши,  
Без спросу продолжая нас... пугать.  
Пугать своими свинскими делами  
И новый беспредел нам обещать,  
Коль мы не захотим

мириться с вами  
И ваши беспределы поощрять...»

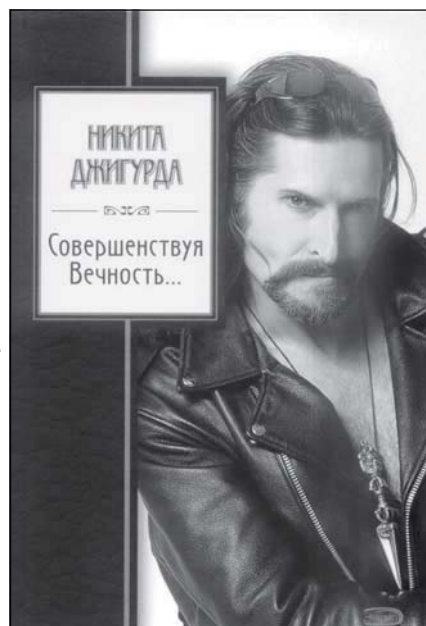
Когда бы я не знал Закон Небес,  
Я б так сказал. Но я Законы знаю.  
И тех, в ком поселился нынче бес,  
Жалею и их душам сострадаю,  
Поскольку знаю я, какие муки  
Те испытают, кто сейчас в чести,  
У власти находясь, нагрели руки,  
И как за это будет их трясти.  
Поэтому мечтаю их простить  
И, вместо мата, песней угостить.  
А вдруг услышит кто-нибудь из них  
И перестанет бить Всевышнего  
Под дых.

28-29.05.1999, Березань

\*\*\*

Е.М.

Я всю ночь целовал воздух комнаты,  
В темноте ожидая тебя,  
И явился неоновым облаком  
Образ твой, как из небытия.  
Ты и я — две судьбы и два пламени,  
И нюансы разлук не важны,  
Мы с тобою реальность оставили  
На пороге крылатой страны.  
Страна Любовь, где оба дышат сказкой,  
Где ласка слов и ласка близких душ,  
Где пунш любви пленяет без опаски  
И дарит счастье в мире млечных стуж...  
Любовь всегда так сложно объяснить,  
Нить разума теряется в запале,  
Лекарство лишь одно в любви - любить,  
Любить любовь, любить, во чтоб ни стало..  
Я всю ночь целовал воздух комнаты,  
В темноте ожидая тебя.  
И наполнил неоновым облаком  
Образ твой,  
Немоту  
Бытия...  
1990



\*\*\*

Владимиру Высоцкому

Я родился куском бревна,  
Всевышний резал меня  
не скальпелем.  
Топор отбросив, изрёк: «Глубина,  
Не облепись компромиссным  
кафелем.

Шлем мужества дам  
я тебе в награду,  
Доспехи Знанья и Путь  
к Вершинам,

Оружие дам - иди и не падай,  
Избавь от невежества  
люди невинный».

Я - глубина - был вне себя  
от восторга,  
«Оружие где?» - прохрипел

в небеса,  
И вижу, о боги, ко мне из морга  
Гитара прёт, в ритме марша бесясь.  
«Я только с поминок, -

она простонала, -  
Мой муж своё сердце  
взорвал для тепла».

Вдова меня глазом дэки глотала,  
Догадка мозги мне болью прожгла:  
«О Боже, так вот какое оружие,  
Отец, не по рангу мне этот удел»...  
А голос внутри улыбнулся:

«Мне нужно,  
Чтоб ты завершил то,  
что Он не успел.

Раздвинь горизонты  
сознания без крови,  
Расплавь заблуждений  
и косности лёд,

Тебе Он чашу Любви приготовил,  
Гитару отдал - так бери и вперёд...  
Вперёд к вершинам,

не падая в споры,  
К вершинам Духа, где стелят поля,  
В которых рождаются новые горы,  
Горы - хранители чаши Грааля».  
1980

\*\*\*

Учителю Кршинамурти

Он когда-то уже приходил,  
Но узнали Его не все,  
И Ему не хватало сил,  
Но Он свой совершил посев.

И взошли с тех пор колоски,  
Подарив Небесам хлеба,  
И земле стали так близки  
Позывные жителей Неба:

Небо - у нас в груди,  
В Небе - един весь мир,  
В Небо душа глядит,  
Небо - все мы.

Он когда-то уже подарил  
Отпущенье грехов для всех,  
Но подарок не принят был,  
Теми, кто не пошёл в разбег.

Не пошёл в разбег в Небеса,  
Тот, кто в землю как в догму врос,  
И кто «нет» сказал парусам,  
Позабыв, что мы сами Космос.

Он когда-то уже показал,  
Что Он - в каждом и каждый в Нём,  
И что Им только тот не стал,  
Кто не хочет вершить подъём.

Но взошли давно колоски,  
Подарив Небесам хлеба,  
И земле стали так близки  
Позывные жителей Неба:

Небо - у нас в груди,  
Небом - един весь мир,  
Небом душа глядит,  
Небо - все мы.

3-4 мая 2003



# Что может женсовет?

23 августа 2007 года состоится юбилейный пленум Краевого Совета женщин - регионального отделения общероссийской общественной организации Союз женщин России. Место проведения определено: г.Барнаул, пр.Ленина, 38 (актовый зал Барнаульского кооперативного техникума). Начало - в 11 часов.

Активистки женского движения Алтая подведут итоги 20-летней работы в интересах семьи, материнства, детства.

Делегаты Пленума съедутся со всех городов и районов Алтайского края. Именно они поделятся опытом работы Советов женщин, а рассказать есть о чем. **Женсоветы стали довольно авторитетными и активными общественными организациями**, они берутся за решение самых что ни на есть злободневных проблем: алкоголизм, наркомания, брошенные дети, вопросы досуга детей и подростков, дополнительного образования.

Как пример, **6 августа т.г. состоялась встреча в фонде «Содействие» и нашем Издательстве с активом Совета женщин Белоярского мик-**

**рорайона г.Новоалтайска.** Председатель поселкового женсовета **Татьяна Павловна КУРЯТНИКОВА**, ее подруги по движению - **Татьяна Федоровна ЛАКШЕНОВА**, **Елена Григорьевна КРЮКОВА**, **Наталья Ивановна РЕБРОВА** и другие - основной своей задачей видят **противодействие наркомании**, которая, по словам женщин, создала просто взрывоопасную ситуацию в поселке. Женщины не просто бьют тревогу - они обращались с этой проблемой в администрацию города, в структуры, по долгу службы занимающиеся наркоконтролем, подразделения УВД. Но что очень важно - они не бездействуют сами, и видят необходимость во взаимодействии со школой, учреждениями культуры, участ-



ковой службой. Им принадлежит инициатива создания молодежной Белоярской организации, и костяк из молодежи уже собран. С интересом они отнеслись к предложению о работе с молодежью по программе «Равный обучает равного», а в сентябре ими запланировано провести родительские собрания по профилактике наркомании. Такая активность, как оказалось, не безопасна - одна из женщин пострадала от тех, кто насаждает «дурь» в поселке, попросту была избита! Однако это

не останавливает тех, кто понимает, что чужой беды не бывает. Татьяна Павловна имеет пока небольшой собственный опыт общественной работы, но настойчивости, гражданской позиции ей не занимать. Главное - она понимает, что не одинока.

**Т.П. Курятникова по отдельному приглашению будет участницей Пленума Краевого Совета женщин и свою озабоченность проблемами Белоярска готова высказать с высокой общественной трибуны.** ☺

## Краевому Совету женщин - 20 лет

**Об истории становления международного и отечественного женского движения накануне юбилейного Пленума мы говорили с лидером краевого женского движения, Председателем Краевого совета женщин, Общественной женской палаты при главе Администрации края - Надеждой Степановной РЕМНЕВОЙ.**

- Год 2007 во многом очень необычный, яркий, наполненный различными датами, юбилеями, статуйками. Для нашей Отчизны - это год русского языка. Для Алтайского края - **70-летний юбилей!**

А для самой первой на Алтае женской организации - краевого Совета женщин - это **20-летие** со дня создания, точнее, возрождения. Именно слово «возродить» было записано в решении ЦК КПСС: «**возродить повсеместно в СССР деятельность женских советов**».

В соответствии с этим решением, в целях повышения роли женщин в семье, в социально-экономической и политической жизни общества, во всех республиках, краях, областях были созданы Советы женщин. В них вошли, как структурные звенья, Советы женщин в каждом горо-



де, селе, по месту жительства. У нас в крае в 1998 году действовали 82 городских и районных Совета женщин, более 500 сельских и тысячи - на предприятиях.

Дата 20 лет, может быть, не самая солидная. В ряде территорий женсоветы не прекращали своего существования с 20-30-х годов прошлого века. Например, наши подруги по женскому движению из Якутии, которых мы встречали буквально в первых числах августа в крае, отметили 80-летний юбилей своей организации.

В международном женском движении 2007 год стал также значимым. **В апреле состоялся 14-й Международный женский конгресс**, точнее Конгресс Демократической Федерации Женщин.

Первый международный Конгресс этой организации открылся 26 ноября 1945 года в Париже. Впервые женщины разных стран и континентов, разных возрастов и профессий, говоривших на разных языках, объединили два слова: «мир» и «дети».

Сохранение и укрепление демократических завоеваний народов, в том числе женщин, борьба за подлинное, а не формальное народовластие, мобилизация сил на закрепление одержанной победы прочным и справедливым миром между народами - все эти проблемы были в центре внимания Первого Конгресса.

В составе делегации от нашей страны на том первом конгрессе было 42 делегата: знатные работницы и колхозницы, женщины-политики, ученые, творческие деятели. ▶



# 20 лет КРАЕВОМУ СОВЕТУ ЖЕНЩИН

Когда на трибуну Конгресса поднялась председатель Антифашистского Комитета советских женщин Нина Васильевна Попова, огромный зал буквально взорвался аплодисментами. Женщины в едином порыве поднялись со своих мест, бросали на трибуну цветы. «Да здравствуют советские женщины!» - звучало на всех языках. Такая реакция была объяснима. Среди делегатов были участницы только что закончившейся войны, узницы Равенсбрюка, других лагерей смерти. Защитить мир и работать во имя будущего своих детей - цель делегатов форума, женщины на весь мир заявили о своей решимости объединиться для защиты своих прав и прав своих детей.

1 декабря 1945 года делегаты всего мира, собравшиеся на Первый международный женский конгресс, возвестили миру о своем объединении и создании Международной демократической федерации женщин (МДФЖ). У истоков создания этой авторитетной международной организации стояли такие известные на весь мир женщины, как Эжени Коттон, французский ученый-гуманист, активная участница антифашистского Сопротивления Нина Попова, Долорес Ибаррури, Мария Магдалена Росси, Индира Ганди и другие видные общественные и политические лидеры. Позднее пришли другие, не менее активные и талантливые, но эти были первыми! По их инициативе мы отмечаем 8 Марта, Международный женский день, и 1 июня - День защиты детей.

Пятый Конгресс МДФЖ состоялся в Москве в июне 1963 года. В нем приняли участие более 2000 делегатов, представляющих 180 женских национальных и международных организаций. В дни работы конгресса состоялся полет в космос первой женщины-космонавта Валентины Терешковой. Это было символично, как и тот факт, что эстафету лидера женского движения приняла у Нины Васильевны Поповой, возглавив Комитет советских женщин, именно она - Валентина Владимировна Терешкова. Наша организация - Союз женщин России - стала правопреемницей Комитета советских женщин. Богатейшие традиции, заложенные нашими соотечественницами более 60 лет назад, живы и сегодня, они поддерживаются и развиваются. А главные ценности, которые тогда объединили женщин всего мира, - «мир» и «дети» - остаются ключевыми и поныне.



Мне посчастливилось в этом году воочию убедиться в этом: состоялся 14-й Международный конгресс женщин, на котором мне выпала честь представлять Союз женщин России.

Не скрою, от приглашения захватило дух: столько символических совпадений и в истории организации, и в моей. 1945 год - год рождения МДФЖ и моего, а 2007 год - юбилейный для нашей краевой организации, которую возглавляю все 20 лет. Восприняла это не только как оказанную честь, а больше - как огромную ответственность за дальнейшее развитие женского

движения в крае, в Сибири, в России.

В первые дни после Конгресса переполняли впечатления, эмоции, задумки. Сказалось, не в последнюю очередь, влияние харизматической личности самого Президента Венесуэлы Уго Чавеса, Президента МДФЖ Марсии Кампос, а также эмоционально-воинствующий настрой наших подруг по женскому движению с южно-американского и африканского континентов.

Сейчас пришло осознание значения данного события лично для себя и для нашей общественной организации. На юбилейном пленуме КСЖ предстоит поделиться с его участницами уже не эмоциями, а предложениями и планами по исполнению решений 14-го конгресса МДФЖ в условиях нашей реальной жизни и реализуемой в крае, в стране политики равных прав и равных возможностей. Сохранить мир в своем доме, на своей земле, сохранить дом, родителей, семью для детей, сохранить самих детей - умных, здоровых, образованных, трудолюбивых - вот что всегда было и остается ключевым направлением в деятельности советов женщин всех уровней! А у нас в крае эта ценность трансформировалась в главный лозунг нашей совместной деятельности - «Матери Алтая - за достойную жизнь наших детей». Будем следовать этому без усталы и сомнений.

**Информацию о 14-ом Конгрессе МДФЖ, состоявшемся с 9 по 14 апреля 2007 года в столице Боливарианской Республики Венесуэла г.Каракасе, и материалы с Пленума краевого Совета женщин читайте в следующих номерах нашего журнала.**



# ШКОЛА № 19 Г НОВОАЛТАЙСКА

## ГОТОВИТСЯ ВСТРЕТИТЬ 40-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ



Планы на будущее у педагогического коллектива и его руководителя Олега Александровича Долматова основательные и перспективные. Одна из главных целей - обеспечить сохранение здоровья детей - благодаря более широкому внедрению здоровьесберегающих технологий в школе. Понятно, что никто не отменял постоянные заботы о переоборудовании классов в соответствии с современными требованиями, по расширению возможностей для педагогов по повышению своей квалификации, по активизации внешкольной работы с детьми и подростками (в том числе и по месту жительства). Эти и великое множество других повседневных проблем не заслоняют у энергичного директора и его коллег-единомышленников стратегических проблем например, создание реально действующего Попечительского совета школы, разработка программы «Здоровый и умный ребенок

- будущее России». И верится, что этим планам суждено сбыться. Уверенность в этом появилась уже от того, насколько взвешенно актив школы подходил к подготовке подписания Соглашения о социальном партнерстве с краевым фондом поддержки социальных инициатив «Содействие» в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!». Мы предварительно договорились объединить усилия в вопросах организации проведения занятий лечебной физкультурой для учащихся 1-4 классов и очень рассчитываем на методическую помощь в этом вопросе краевого врачебно-физкультурного диспансера. Одним из направлений нашего сотрудничества должно стать проведение тематических встреч с родителями по вопросам сохранения здоровья детей, профилактике наиболее распространенных и опасных по своим последствиям инфекционных заболеваний в семье, формированию здорового образа жизни, как особой системы знаний и навыков по профилактике факторов риска. В планах - освещение вопросов здоровья школьников и на страницах создаваемой школьной газеты. Надеемся, что и сам коллектив педагогов проявит особую ответственность в создании «школы здоровья - школы профилактики», как основы в овладении дополнительными навыками быть здоровыми. А это - полностью соответствует стратегической линии нашего журнала.

Накануне юбилейной даты мы встретились с педагогами школы - Татьяной Владимировной Козловой, преподавателем русского языка и литературы, Мальковой Альбиной Ивановной, учителем истории и обществознания, Труновой Татьяной Геннадьевной, преподающей химию и биологию, Деминой Надеждой Николаевной, учителем математики, и директором школы Олегом Александровичем Долматовым. Несмотря на отпускную пору, подготовка к празднику идет активно. Праздника ждут и более 2700 выпускников школы-юбиляра.

Поздравляем весь педагогический коллектив школы №19 г. Новоалтайска с юбилеем. Желаем здоровья, творческих планов и их исполнения. И, конечно, надеемся на плодотворное сотрудничество в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!».



**НЕТ СТРЕМЛЕНИЯ БОЛЕЕ ЕСТЕСТВЕННОГО, ЧЕМ СТРЕМЛЕНИЕ К ЗНАНИЮ.**

**М. МОНТЕНЬ**

# «Здоровье алтайской семьи» в 2008 году

Подводя предварительные итоги нашего пятилетнего периода, можно сказать, что наш журнал состоялся.

Ежемесячно, начиная с января 2003 года, мы спешим на встречу с нашим читателем, и не только на его страницах.

Нами инициирован разноплановый просветительский проект «Здоровая семья - это здорово!», и его активными участниками стали более трети территорий края.

Мы активно идем в заинтересованные в своем здоровье аудитории с презентациями, беседами.

**Мы благодарны всем, кто, обладая особым чувством ответственности, пониманием важности целенаправленного образования населения, талантом организатора, а самое главное - неравнодушием, вошел в число добровольных представителей журнала, обеспечивая координацию работы по проекту в городах и районах края.**

Тот факт, что в целом ряде территорий края представление проектов прошло при активном участии местных администраций, а с отдельными подписаны соглашения о социальном партнерстве, и они реализуются, говорит о том, что социальное партнерство власти и общественных формирований становится осязаемой реальностью.

Избранные нами формы сотрудничества различны. Это и творческие встречи с редакцией журнала и ее главным редактором И.В. Козловой. Это концерты в поддержку проекта и журнала Никиты Джигурды и другие...

**Но... говоря о важности и эффективности такой работы, мы понимаем, что доступность нашего журнала для широкого круга семей все еще недостаточна. Вдумайтесь: в среднестатистическом районе с числом жителей до 20 тысяч число постоянных читателей журнала составляет 100 - максимум 150(!) человек, или 1 журнал на 2000 жителей. В условиях, когда медики говорят, что состояние здоровья зависит от активного участия населения в предупреждении факторов риска развития заболеваний, а формирование здорового стиля жизни в семье - залог здоровья всех ее членов, говорить об этом от случая к случаю нельзя. Конечно, наш журнал - не единственный источник информации по вопросам здоровья, но специализированный. Его материалы адаптированы к нашим, краевым, условиям. Его авторы - наиболее авторитетные в своей области специалисты.**

Мы обращаемся ко всем сторонникам, друзьям нашего журнала: если Вы считаете, что просвещение населения, его обучение является важной составляющей в профилактике заболеваний, включайтесь в нашу акцию **«Стань Отличником! 1+4=5».**

Мы рассчитываем, что каждый активный читатель нашего журнала привлечет из числа своих друзей, родственников, сослуживцев 4-х новых сторонников и последователей здорового образа жизни.

**Подписка на наш журнал началась во всех отделениях связи, у общественных представителей. Подписной индекс - 73618.**

Если вы хотите сделать подарок своим родным к Новому году, дню рождения, на свадьбу, и так, чтобы каждый месяц он сам о себе напоминал, сделайте годовую подписку на наш журнал. Получая ежемесячно журнал, его обладатель обязательно скажет вам спасибо!

**Внимание! Оформляя подписку банковским переводом, внимательно заполните координаты получателя, указав подробно почтовый адрес и полностью ФИО получателя.**

