

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (120) ДЕКАБРЬ 2012

С Новым, 2013, годом!

ОТ РЕДАКТОРА



Мы завершаем юбилейный для нашего журнала год с ощущением важности и востребованности нашей работы.

С удовлетворением можно сказать, что те проблемы, которые в самом начале нашей работы мы определили для себя главными – вопросы демографии, семейной политики, формирования здорового образа жизни, профилактики наиболее распространенных заболеваний стали реальными государственными приоритетами.

За эти годы принципиально изменилась наша жизнь. Нынешнее поколение 17-19 летних не только не представляет своей жизни без Интернета, как впрочем и того, что изобилие товаров, самых разных, от товаров первой необходимости: хозяйственных, продуктов до предметов роскоши - появилось совершенно недавно. Им, по-моему, и представить сложно пустые полки, отсутствие возможности купить нужную книгу, лекарства.

Люди стали более рациональными, прогматичнее, что ли...

Но, стали прогматичнее и в отношении к своему здоровью, здоровью своих близких. Может быть именно поэтому иная культура питания, изменение отношения к фитнесу, употреблению алкоголя, курению-стали признаками, если так можно сказать, успешности, социальной состоятельности.

Конечно, мы все еще делаем себе некие поблажки, в виде «послаблений» в абсолютном отказе от вредных привычек, позволяем лениться... но общий вектор осознания ЗДОРОВЬЯ, как ценности, определяющей качество нашей жизни и в настоящем и в будущем, явно наметился.

За прошедшие 10 лет в своих материалах мы поднимали серьезные, волнующие жителей края, специалистов темы.

Проводили круглые столы с участием авторитетных и компетентных экспертов. Мы принимали участие в публичных мероприятиях, организуемых по инициативе краевой и муниципальных властей, общественных организаций.

Наши авторы - уважаемые в своей сфере специалисты - ученые, врачи, педагоги, психологи, социальные работники, лидеры общественных организаций. Социально значимая деятельность многих из них отмечена краевыми наградами, и мы еще раз искренне поздравляем всех с заслуженным признанием.

Наши общественные социальные инициативы и акции, такие как «Здоровая семья - это здорово!», «Брось сигарету! Начни с себя» и другие получили всестороннюю поддержку. Мы обрели надежных и эффективных партнеров.

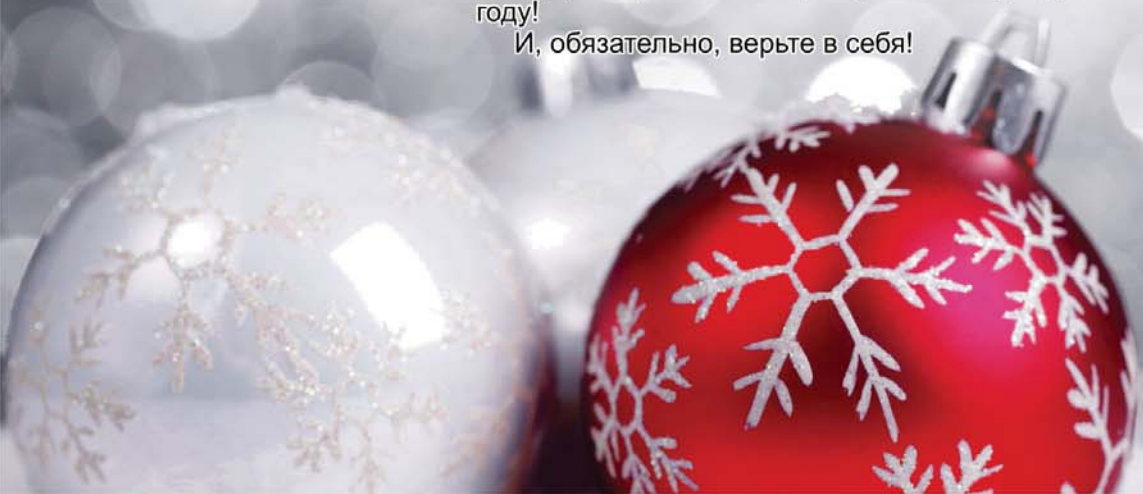
Все это позволяет нам, уважаемые читатели рассчитывать на то, что наши совместные планы с нашими партнерами на следующий период, непременно реализуются.

Мы полны новых замыслов, у нас реалистичный, но непременно позитивный настрой!

Мы надеемся, что число наших читателей будет только расти.

Здоровья, оптимизма, свершения надежд в наступающем Новом 2013 году!

И, обязательно, верьте в себя!





8

Дети с диагнозом ДЦП: выход есть!



18

Эпилепсия: основные аспекты заболевания у детей



30

Пять правил зимнего ухода за кожей



42

Социальное партнерство

На фото: Елена Егоровна ЖУКОВА, главный кардиолог г. Бийска

Фото: Людмила Гребенникова

О.Н. Николаева. Оптимизм, позитивный настрой и радость	2-4
Жизнь без алкоголя	4
Н.В. Колпакова. Как организовать детско-родительское взаимодействие в семье?	5-6
ПолиграфычЪ	6-7
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	
Дети с диагнозом ДЦП: выход есть!	8-10
Как пережить гололедицу?	11
Кашель - предвестник болезней	12-13
Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012	14
Быть гражданином - быть здоровым	15
«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»	
Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Физические нагрузки при сахарном диабете. Изменение дозы инсулина при них	16-17
Е.Б. Скрипкина. Эпилепсия: основные аспекты заболевания у детей	18-19
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
Защитить себя от гриппа и ОРВИ - просто!	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
Говорят делегаты Форума	21-24
Рабочее время медицинских сестер	24
Быть гражданином - быть здоровым	25
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
А.Э. Гарганеева. Психологическое состояние и семейные отношения женщин с диагнозом «бесплодие»	26-27
«Как защитить свои права на чистый воздух»	
Жизнь без табака!	28-29
Пять правил зимнего ухода за кожей	30
Быть гражданином - быть здоровым	31
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Т.В. Синкина. Факторы риска рака молочной железы	32-33
Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012	34
Посудная лавка	35-36
Худеем легко со специями	37-38
И.В. Демкина. Прорезывание зубов у детей	38-39
Кашу маслом не испортишь	40-41
Г.А. Чумакова. Поздравление с Новым годом!	41
А.Б. Карлин. Социальное партнерство	42-43



Оптимизм, позитивный настрой и радость

Эти качества помогают сохранять здоровье и справляться с недугом, если человек заболел, - так считает главный кардиолог г.Бийска, член Совета Медицинской палаты Алтайского края Елена ЖУКОВА. Ее убеждение сформировано многолетней практикой наблюдения и лечения пациентов с сердечной патологией.

- Елена Егоровна, насколько ситуация по кардиологическим заболеваниям в Бийске типична для края, и насколько она показательна для состояния здоровья нашего населения?

- Ситуация в Бийске ничем не отличается от таковой в Алтайском крае и Российской Федерации в целом: **примерно 40% населения города имеют повышенный уровень артериального давления.** Те же факторы риска - *состояние хронического стресса, курение, избыточная масса тела, гиподинамия, излишнее употребление соленой пищи, алкоголя.* Много курящих женщин. Не нужно закрывать глаза и на такие проблемы, как *подростковый пивной алкоголизм, наркомания.* Все, чем больно общество, переплетаясь, создает фон для развития гипертонической болезни, которая своими осложнениями приводит к заболеваниям, прерывающим жизнь человека.

- На первое место вы поставили состояние хронического стресса. Чем он вызван?

- Наверное, всей нашей жизнью. «Накручиваем» лишнего там, где не надо. Посмотрите вокруг: люди перегружены негативной информацией со всех сторон: проблемы, связанные с работой или потерей ее, тревога за завтрашний день и судьбу детей, материальное неблагополучие, быстро меняющийся

ся темп жизни и т.д. Определенную лепту вносят СМИ и Интернет со своими «пугалками и страшилками» о катастрофах, убийствах, мошенничестве, жестокости. Безусловно, это будоражит сознание людей, сеет в их душах тревогу и страх. В итоге мир предстает только в темных красках, а радости не остается места.

- Каков возрастной диапазон ваших пациентов?

- Коронарная болезнь сердца помолодела. Сейчас стало много мужчин, которые перенесли инфаркт уже в тридцать с небольшим лет, и, к сожалению, к этой группе присоединились и женщины, чего до недавнего времени не наблюдалось. **Особенно уязвимы курящие женщины, а также имеющие избыточную массу тела, ведущие малоподвижный образ жизни.** Добавились в группу риска и **бизнес-леди.** Их жизнь связана с постоянным напряжением, поэтому многие дамы вынуждены снимать его различными способами, включая алкоголь, сигареты и т.д. Все блага цивилизации, которые мы получили с изменением качества жизни, и привели в итоге к такому результату.

- Онкологи жалуются, что многие пациенты попадают к ним в такой стадии заболевания, когда уже мало чем можно помочь. А в какой период болезни к вам обращаются люди?



- Увы, наши пациенты мало чем отличаются от тех же онкологических. Скажем, люди с артериальной гипертонией приходят к врачу уже на такой стадии заболевания, когда развились осложнения в виде гипертрофии левого желудочка. На вопрос «почему не приходили раньше?» отговариваются тем, что привыкли к высокому давлению, оно не беспокоит. И таких гипертоников, не испытывающих неудобств от своего повышенного артериального давления, почти 60 процентов! А итог? Все заканчивается либо инсультом, либо инфарктом, либо угрожающим нарушением ритма. Считаю, что **на сегодняшний день нет более важной задачи, чем привить нашему населению культуру ответственности за свое личное здоровье.** Пока, к сожалению, людей, которые бы грамотно, целенаправленно занимались своим здоровьем, очень мало.

Все начинается с детства, с семьи. Задача родителей - не только накормить, одеть, выучить свое чадо, но еще и при-



Модернизация здравоохранения

вить ему главное стремление: заботиться о себе и своем физическом и нравственном здоровье.

Важно не только рационально работать, но и правильно отдыхать - в течение дня, недели, года. Обязательно высыпаться, не забывать про физические нагрузки, делать по утрам хотя бы минимальную разминку, в выходные дни стараться выбираться на природу, просто походить или пробежаться на лыжах. Заложенное в детстве ребенок усваивает на всю жизнь, и потом, уже взрослым, сам будет учить своих детей тому, что получил от родителей.

Отдельный вопрос - курение. В семьях, где родители курят, вероятность того, что закурат и дети, многократно выше, чем у некурящих родителей. Авторитет мамы с папой для детей выше всех призывов к здравому смыслу.

- Насколько последовательно ваши пациенты соблюдают все предписания врача при лечении, которое вы назначаете?

- Это самая большая тема. Особенно обидно, что после всех наших объяснений причинно-следственных связей между образом жизни и развивающейся патологией, после всех рекомендаций по лечению и просьб неукоснительно соблюдать все предписания, вести дневник артериального давления при следующей встрече выясняется, что лечение прервано. Просто пациент решил, что месячного курса ему достаточно, чтобы избавиться от заболевания. Выходит, он забыл, что приобретенная им болезнь - на всю жизнь, а значит, и лечение должно быть непрерывным. А посещать врача нужно для контроля состояния здоровья и при необходимости - коррекции лечебного процесса.

Хотя тут тоже есть свои особенности. Прекрасно, если мы сразу «попадем» на тот препарат, который оказывает максимально благоприятное воздействие на организм пациента, но бывают случаи, и они нередки, когда для получения эффекта нужно время. Хорошо, когда пациент это понимает и помогает врачу. Не зря же говорят, что успех лечения зависит от того, на



чьей стороне пациент - на стороне врача или болезни. Союзник врача готов поменять образ жизни, который привел его к болезни, - они стараются следить за своим весом, питанием, режимом сна, физическими нагрузками.

- Чем можно объяснить, что люди не хотят думать о своем здоровье и что-либо делать для его сохранения?

- Думаю, общей низкой культурой, надеждой на пресловутое русское «авось»...

- А как вы относитесь к стандартам?

- Стандарт предполагает четкую упорядоченность в оказании помощи по данной нозологии. Считаю, и это мнение многих моих коллег, что более целесообразны протоколы оказания медицинской помощи, учитывающие особенности и возможности того лечебного учреждения, где пациент лечится, а также особенности самого пациента. Здесь важно не потерять принцип индивидуального подхода и лечить не болезнь, а больного.

- Понятно, что при кардиологической патологии большое значение имеет образ жизни человека. Насколько заинтересованы сами пациенты в том, чтобы его изменить? Особенно после операции?

- Для большинства пациентов операция или острые коронарные события, требующие срочной медицинской помощи, - как гром среди ясного неба. Ведь нужно и менять привычный жизненный уклад, и принимать лекарства. Кто-то недо-

Гипертоников, не испытывающих неудобств от своего повышенного артериального давления, почти 60 процентов! А итог? Все заканчивается либо инсультом, либо инфарктом, либо угрожающим нарушением ритма.





оценивает серьезность случившегося, кто-то, наоборот, «уходит» в свою болезнь. Здесь уже может потребоваться помощь медицинского психолога, психотерапевта.

Сами доктора не всегда являются образцовой группой населения в отношении к своему здоровью: имеют ненормированный рабочий день, вынуждены трудиться на две, а то и три ставки, совмещая рабочие дни с ночными дежурствами, находясь в состоянии постоянного стресса и профессионального выгорания. Безусловно, это не может не сказаться на взаимоотношениях с пациентами. Врач нередко оказывается меж двух огней: с одной стороны - здоровье и жизнь пациента, а с другой - его собственные профессиональные и личные интересы, честь, человеческое достоинство, что также влияет на состояние здоровья самого врача не самым лучшим образом.

Модернизация здравоохранения начинает менять ситуацию в нашей отрасли, но проблем накопилось слишком много, и сразу решить их невозможно. Приятно, что изменения касаются заработной платы. Но, к сожалению, рост идет в основном за счет повышенной нагрузки.

Но как бы там ни было, наши приоритеты остаются прежними: высокий профессионализм, постоянная работа над собой, личный пример в плане здорового образа жизни и сбережения своего здоровья.

- Традиционный момент - рекомендации специалиста читателям журнала.

- Скажу коротко: позитив! Радоваться каждому прожитому дню и каждому проживаемому мгновению сегодня и сейчас! Как кардиолог, могу утверждать: для сердца это - лучшее лекарство. А своим коллегам пожелаю доброго здоровья, счастья в новом году! Берегите себя! ☺

Ольга Николаева

Фото: Людмила Гребенникова

Крепкий алкоголь уносит жизни россиян

По словам руководителя отдела информатики и системных исследований Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ Александра Немцова, «в России от отравлений спиртными напитками, преимущественно суррогатами водки, ежегодно умирает порядка 500 тысяч человек». Причем, травятся именно крепким алкоголем, и чаще в России, чем в других странах мира.



«Но основная наша проблема - не алкоголизм, а пьянство: до 40% мужского трудоспособного населения регулярно злоупотребляют спиртным», - отмечает эксперт. Он отметил крайне неблагоприятное соотношение потребляемых напитков в России: крепкий алкоголь доминирует над потреблением пива и вина - 76% пациентов наркологических клиник употребляют водку, пиво же - 8 процентов. При этом условно водочный алкоголизм существенно преобладает в молодом возрасте: до 25 лет - в 7 раз, до 30 лет - в 8 раз, до 35 лет - в 11 раз.

Специалисты считают, что для того, чтобы изменить ситуацию к лучшему, необходимо бороться со злоупотреблением крепким алкоголем, а также контролировать соблюдение запрета продаж алкоголя несовершеннолетним и своевременно выявлять места производства контрафактного алкоголя.

Сахар приводит к алкоголизму

В результате многолетних исследований ученые из Великобритании пришли к выводу, что **чрезмерное употребление сахара может привести к алкоголизму.**

Это объясняется тем, что после приема сладкой пищи в организме повышается уровень гормона удо-

вольствия - серотонина. Со временем человек привыкает и чувствует потребность в увеличенных дозах сахара, чтобы добиться прежнего эффекта. При недостатке сладкого начинается депрессия, и такой человек, вероятно, начинает пить, а привыкание к спиртным напиткам происходит гораздо быстрее.

Кроме того, исследователи определили, что сахар и алкоголь имеют схожее воздействие на здоровье, повреждая зубы, печень, а также приводят к диабету и появлению лишнего веса.

Суть алкоголизма скрывается в строении мозга

Люди, пытающиеся справиться со стрессом с помощью алкоголя, пускай выпивая всего по 1-2 бокала, рискуют стать алкоголиками. Эта группа людей, как правило, больше пьет и чаще срывается.

По словам американских ученых, подобное поведение связано с особым строением мозга. Также к алкоголизму приводит желание получать удовольствие и притупленное чувство риска.



В ходе исследования с помощью МРТ-сканирования мозга было оценено состояние 200 пьющих студентов. Оказалось, люди, пытавшиеся справиться с проблемами, невольно старались сразу инициировать чувство награды. При этом у них было снижено ощущение риска, что толкало их к неумеренному потреблению спиртного. Значит, у алкоголизма имеются неврологические предпосылки. В будущем ученые также надеются найти биологические маркеры наркомании. ☺



Как организовать детско-родительское взаимодействие в семье?

В современном обществе повышенный интерес к проблемам семейного воспитания связан с новыми социально-экономическими условиями, кризисом института семьи. В период «информационного бума» и родители, и дети большую часть времени проводят у мониторов компьютеров, общаясь в социальных сетях и посредством сотовых операторов.

А ведь именно семейная среда и родители - это первое общественное пространство ребенка, именно они являются основными воспитателями, от позиции которых во многом зависит развитие личности ребенка. А детям, в свою очередь, очень важно получать от взрослых эмоциональное отражение и ощущать свою защищенность.

Приближаются рождественские каникулы, которые соберут вместе детей и родителей. Как же провести праздничные дни весело, содержательно и увлекательно?

Психологи и педагоги утверждают, что совместная деятельность детей и родителей формирует благоприятные доверительные отношения между ними, оказывает положительное влияние на развитие ребенка и учит сотрудничать. Она восполняет недостаток родительского внимания, снимает давление авторитета родителей, позволяет ребенку действовать «на равных», выразить себя, ощутить свою значимость.

Так как деятельность совместная, она требует активного включения всех участников процесса, поэтому **очень важно заранее планировать и принимать коллективное решение, учитывая мнение каждого.**

Совместное детско-родительское творчество

Его инициатором обычно является ребенок. Родитель же активно включается в предлагаемую им творческую работу. Вместе с тем, взрослый может предлагать и свои проекты: например, изготовление праздничной открытки или фоторамки, выпуск семейной стен-

газеты, приготовление подарков, конструирование из спичечных коробков и другого бросового материала, бисероплетение и т.д. Все это способствует развитию детского воображения, проявлению самостоятельности и раскрытию творческого потенциала.

Организация семейных праздников

Праздничная атмосфера сближает родителей и детей уже с момента подготовки: оформления пригласительных билетов и помещения, написания сценария, составления праздничного меню, изготовления призов. Каждый член семьи может подготовить костюм, концертный номер, конкурсное задание для участников, игры, сюрпризы. Все вместе распределяют роли, выбирают ведущего, определяют время начала торжества, утверждают список приглашенных. При необходимости старшие дети или родители могут приготовить небольшое выступление об истории создания праздника.

Семейная фотосессия

Наверняка в каждой семье есть фотоаппарат, позволяющий запечатлеть приятные события жизни семьи. Детям безумно нравится наряжаться и красоваться перед объективом, даже самые маленькие умело позируют фотографу. Поэтому, если взрослый организует в определенном месте комнаты фотостудию и объявит о начале фотосессии, дети быстро присоединятся к творческому процессу. После завершения съемок очень важно представить выставку фотографий для общего просмотра.



Наталья Владимировна КОЛПАКОВА,

педагог-психолог высшей категории, директор КГБОУ «Краевой центр психолого-медико-социального сопровождения «Семья плюс»

Совместная деятельность требует активного включения всех участников процесса, поэтому очень важно заранее планировать и принимать коллективное решение, учитывая мнение каждого.



Конкурс кулинаров

Когда вся семья собирается вместе, хочется более празднично накрыть стол, красочно оформить блюда, составить разнообразное меню. При этом именно в выходные и праздники у детей появляется возможность изменить привычный уклад семейной жизни, распределив с родителями работу по приготовлению пищи. Задача взрослых здесь - предоставить как можно больше самостоятельности детям, формируя направленность на здоровое питание.

Чтение книг

Невозможно представить детство без рассказывания сказок и чтения книг. Во многих семьях чтение детских книг является вечерним ритуалом перед укладыванием ребенка спать, устраивается так называемый «час чтения» книг по выбору ребенка. В такие минуты у него наряду с развитием познавательной сферы происходит формирование нравственно-личностных качеств, не подкрепляемых родительскими нотациями и нравоучениями. А главное, в таком единении с родителями у ребенка появляется желание поведать о своих секретах и проблемах.

Развивающие семейные игры

Игра - это естественный способ формирования социальных навыков: соблюдение правил, ожидание своей очереди, переживание неудачи - все это способствует успешной адаптации ребенка в обществе. Многие настольные игры позволяют организовать досуг для нескольких детей и взрослых, что позволяет играть всей семьей и больше общаться. Любые виды настольных игр: лото, домино; настольно-печатные игры; словесно-логические и т.д. - усиливают тесное взаимодействие детей и родителей. Взрослый в ходе игры с ребенком оказывается в ситуации «на равных». А когда ребенок объясняет ход и правила игры, взрослый попадает в роль «обучаемого». В такой совместной игровой деятельности происходит формирование нравственно-волевых качеств личности ребенка.

Семейные экскурсии и путешествия

Такие походы могут быть организованы в парк, лес, музей, театр. Взрослый, как правило, выступает ведущим, а ребенок включается в планирование маршрута экскурсии: куда пойдут, каким составом, что необходимо взять с собой, какое время выделено на семейный поход... В ходе экскурсии взрослый может побуждать ребенка к активности в познании окружающего.

Надеемся, что ваши семейные каникулы пройдут интересно, радостно и надолго запомнятся и детям, и родителям! ☺

Участники краевой Эстафеты родительского подвига - 2012

Династия **Бразгиных-Леонтьевых-Авериных-Девяткиных-Красноручских** из Егорьевского района насчитывает общий педагогический стаж 185 лет.

Основоположники династии - **Степан Никифорович** и **Екатерина Дмитриевна БРАЗГИНЫ** - начинали свою педагогическую деятельность в довоенные времена в Карелии, а позже переехали на Алтай, в с.Сросты Егорьевского района. Степан Никифорович награжден медалью «За оборону Сталинграда», «Знаком Почета» и медалью «За трудовую доблесть».

Их дочери тоже пошли по родительским стопам, стали учителями: **Валентина ЛЕОНТЬЕВА** - учитель истории и обществоведения, **Лилия КАМЕНЩИКОВА** - учитель химии и биологии. Внучки тоже посвятили себя педагогической деятельности: **Светлана АВЕРИНА** - музыкальный руководитель в детском саду, **Ирина ДЕВЯТКИНА** - учитель английского языка. А сейчас подрастает молодое поколение педагогов, которые и продолжают традиции учительской профессии.



Издательство «ВН - Добрый День» - официальный представитель компании «Полиграфичъ» в Алтайском крае



■ ПЕЧАТИ И ШТАМПЫ ИЗ РЕЗИНЫ ЗА ЧАС

ВНИМАНИЕ!
ПЕЧАТИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

■ ГЕРБОВЫЕ ПЕЧАТИ ПО ГОСТ 51511-2001

ДОСТАВКА В ОФИС

■ ПЛОМБИРЫ И ПЛОМБИРАТОРЫ

■ ШИРОКИЙ АССОРТИМЕНТ ШТЕМПЕЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ



По вопросам изготовления печатей и штампов обращаться в офисы по адресу:

Барнаул,
пр-т Строителей, 7
тел. (8-385-2) 320-600
e-mail: pbarnaul@mail.ru

Новоалтайск,
ул. Обская, 3
тел./факс: (8-385-32)
2-11-19, 8-903-911-2115
e-mail: izdat-vn@mail.ru



Дети с диагнозом ДЦП: ВЫХОД ЕСТЬ!

ДЦП - эта аббревиатура пугает всех родителей и зачастую звучит как приговор. С одной стороны, понятно: родители не должны опускать руки, а просто обязаны бить в набат. А с другой, - к какому врачу обращаться, что можно сделать самим?..

Наши собеседники сегодня - специалисты, имеющие опыт работы с детьми, страдающими ДЦП и другими перинатальными поражениями ЦНС: **главный**



внештатный детский невролог Алтайского края Дмитрий Владимирович ПАРШИН и Галина Васильевна ГОЛОВАНОВА, врач-невролог высшей квалифика-

ционной категории, заведующая отделением психоневрологии, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».



Безусловно, рождение ребенка в каждой семье - это значимое и радостное событие. Однако и такое долгожданное событие может омрачиться болезнью... Действительно ли наиболее частой проблемой детского здоровья являются двигательные нарушения, развивающиеся вследствие перинатального поражения центральной нервной системы?

- Дети с диагнозом ДЦП - это особая категория наших сограждан, требующая к себе особого отношения. Давайте сначала разберемся, что же скрывается за этой аббревиатурой - ДЦП?

- Перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) - общий термин, кото-

рый обозначает страдание нервной системы новорожденного вследствие различных причин. Заметим, что распространенность этой патологии значительна и составляет до 55% всех новорожденных. **Степень тяжести ППЦНС, как и любого другого заболевания, вариабельна:** от легких форм, требующих минимального вмешательства, до тяжелых нарушений, реализующихся в детский церебральный паралич.

Так что же такое детский церебральный паралич (ДЦП)? Это **заболевание центральной нервной системы, характеризующееся патологической двигательной активностью, развивающейся, как правило (приблизительно в 81% случаев), за счет мышечно-гипертонуса с формированием неправильного стереотипа позы и движения.**

Заболевание развивается вследствие различных причин за счет поражения головного и спинного мозга в перинатальном периоде. У детей с ДЦП длительно сохраняются рефлексы, характерные для новорожденных. В итоге мышечный тонус распределяется неправильно, с формированием у ребенка патологического двигательного стереотипа.

- Есть ли особенности возникновения заболевания у особых категорий новорожденных?

- Распространенность детского церебрального паралича в мире составляет от 2 до 5 случаев на тысячу детского населения (% - промилле). Особой группой риска являются **недоношенные дети, и чем глубже степень недоношенности,**



тем выше риск развития детского церебрального паралича.

В группе недоношенных детей частота ДЦП составляет 1 случай на сто недоношенных, при этом у новорожденных с массой до 1500 граммов распространенность ДЦП увеличивается до 5-15 случаев на сто недоношенных, при массе тела 1000 граммов - до 25-50 случаев на сто недоношенных (по данным F. Miller, 2005г.).

Также мы отмечаем устойчивый рост в последнее время данного заболевания. Например, в Алтайском крае в 2002 году заболеваемость ДЦП составляла **3,318 случаев** на тысячу детского населения, в 2006 году - **3,474 случаев** на тысячу детского населения, а в 2011 году - уже **4,281 случаев** на тысячу детского населения. О чем говорит этот рост цифр? При сохранении подобных темпов роста заболеваемость к 2015 году уже может составить **5,75 случаев** на тысячу детского населения! А если принять во внимание новые критерии живорожденности, принятые в России с 2012 года (в соответствии с ними выхаживаются младенцы с массой тела 500 граммов), то данный прогноз может оказаться еще значительно пессимистичнее.

Не будем забывать и тот факт, что **ДЦП является наиболее инвалидирующим заболеванием в**



Школа реабилитации ДЦП

структуре детской инвалидности: он составляет **83%** от общего числа детей-инвалидов с неврологической патологией, а инвалидность по причинам болезни центральной нервной системы занимает второе ранговое место (**22%**) среди всей детской инвалидности. К тому же **зачастую ДЦП сопровождается поражением психики** - от легких до тяжелых нарушений: нарушениями со стороны зрительных и слуховых анализаторов, речевыми нарушениями, симптоматической эпилепсией (от единичных судорог до приступов, плохо- и некорректируемых противосудорожными средствами), - что все вместе не только усугубляет инвалидность, но и снижает реабилитационный потенциал.

Еще есть и **социальная проблема**. Ребенок с ДЦП требует особого внимания и ухода со стороны родителей, проведения постоянного лечения с частыми госпитализациями в отделения неврологии или реабилитационные центры, что порой не позволяет ро-

дителям такого ребенка полноценно заниматься трудовой деятельностью.

- Как можно помочь, в том числе и психологически, семьям справиться со страхом воспитания такого особого ребенка?

- Если в семье рождается ребенок с поражением центральной нервной системы, у родителей сразу же возникает множество проблем, вопросов и страхов, а это, к сожалению, зачастую приводит к ошибочным действиям и шагам.

Довольно часто нам приходится сталкиваться с **ситуацией отрицания проблемы**: «У меня этого случиться не может», «Мой ребенок здоров». Это защитная реакция родителей, и чаще - матери. К сожалению, отрицание проблемы не является способом ее решения, а скорее, наоборот - приводит к потере драгоценного для начала лечения времени.

Одной из форм «отрицания проблемы» может быть *поиск «хорошего врача»*, который ска-

жет, что с ребенком все хорошо, или *проведение многократных повторных консультаций и обследований в поисках «правильных, хороших» результатов*, а в итоге опять драгоценное время упущено.

В связи с этим хочется отметить: **уважаемые родители, диагноз перинатального поражения ЦНС и/или ДЦП является исключительно клиническим и диагностируется на основании осмотра врача-невролога**, а результаты нейрофизиологических и нейровизуализационных методов исследований являются лишь дополнительными.

Но может возникнуть и диаметрально противоположная ситуация, когда по результатам исследований имеются отклонения от нормы, а клинические изменения у ребенка - незначительные. Здесь можно сказать только одно: **на первом месте в неврологии всегда была, есть и, надеемся, останется именно клиническая картина**. Как в детской, так и во взрослой неврологии существует множество терминов, подчас обозначающих одно и то же, и врачи, имеющие специальную подготовку, прекрасно понимают друг друга. А вот родителям маленького пациента, стремящимся «найти истину», прошедшим от двух до пяти-семи консультаций у разных врачей, проверяя правильность поставленного диагноза, становится сложно, что и приводит к усугублению имевшихся сомнений, вопросов и росту недоверия к медикам в целом: «Никто не знает, что с моим ребенком».

- То есть очень важно, не упуская времени, начать лечение ребенка с такими поражениями?

- Да, нельзя упускать время. После признания наличия проблемы» довольно частой ошибкой родителей бывает **углубленный и усиленный поиск причины развития двигательных нарушений у ребенка**: «надо же найти причину, от чего лечить ребенка», на что часто также уходит много времени, сил, а подчас и материальных средств. В подавляющем количестве случаев мы име-

Благотворительный Губернаторский марафон «Поддержим ребенка»

С начала марафона (март 2009г.) по состоянию на 13.12.12г. на его счет поступило 29577305 рублей.

Направлено на оказание помощи детям, страдающим детским церебральным параличом, - 10608293р.:

◆ санаторное, оперативное лечение и реабилитацию детей - 3427964р.;

◆ на приобретение лекарственного препарата «Диспорт» (106 детей) - 4640000р.;

◆ на приобретение 74 нейроортопедических пневмокостюмов - 1276500р.;

◆ на дополнительное медицинское оборудование для создающихся реабилитационных центров в Алтайском краевом психоневрологическом диспансере для детей и Алтайской краевой детской клинической больнице - 897000р.

До конца 2012г. будут приобретены 20 нейроортопедических пневмокостюмов (на сумму 345000р.). Всего на организацию лечения и реабилитацию детей с детским церебральным параличом до 31.12.2012 года будет направлено 10953293 рубля.

Денежные средства в рамках благотворительного марафона «Поддержим ребенка» можно направлять на расчетный счет Алтайского краевого отделения Российского детского фонда: 656049, г.Барнаул, ул.Партизанская, 120, тел. т/ф 666550.

ИНН 2225018635, КПП 222501001, р/с 40703810002140010252, к/с 30101810200000000604, БИК 040173604 в СБ г.Барнаул, городское ОСБ №8644 Сбербанка России г.Барнаул.

Внимание! В платежном поручении просьба обязательно указать: «Благотворительные пожертвования на марафон «Поддержим ребенка».



Школа реабилитации ДЦП

◀ ем дело с последствиями перинатальных нарушений, произошедших во внутриутробном периоде, в момент родов и в ранний послеродовой период: в виде недостаточности кровоснабжения головного и спинного мозга, кровоизлияния в головной мозг или других неблагоприятных воздействий, которые понятны неврологу-клиницисту, также ему ясна и тактика ведения такого пациента.

- Есть ли еще какие-либо важные моменты в лечении малышей с такой патологией?

- Хотелось бы обратить внимание на то, что **работа с такими детками требует особого терпения и настойчивости**. Большим разочарованием для родителей зачастую является **отсутствие стремительной положительной динамики у ребенка**, и тогда **начинается поиск «самого сильного препарата», «самого лецебного укола», «самого импортного лекарства», которое излечит все и сразу**.

К сожалению, в неврологии пока не изобрели «золотой пули», поражающей болезнь и полностью возвращающей здоровье человеку. **Лечение ДЦП и перинатальной патологии - это ежедневная, кропотливая, постоянная и непрерывная работа родителей с тесным взаимодействием врачей:** невролога, реабилитологов (инструктора ЛФК, физиотерапевтов, массажистов, кинезиотерапевтов, иглорефлексотерапевтов), ортопеда, логопеда, педагога, социального работника. В данной ситуации очень уместна старая русская поговорка: «капля точит камень не силой, а частыми падениями».

Также часто приходится сталкиваться с **проблемой неправильно поставленной родителем цели лечения детского церебрального паралича**. «Я хочу вылечить своего ребенка». К сожалению, если диагноз ДЦП установлен правильно, то данное заболевание пока неизлечимо, по определению. И вся наша совместная работа направлена на наиболее раннее становление психомоторных функций, выработку двигательного стереоти-



па у ребенка, максимально приближенного к нормальному. Максимально ранняя социализация ребенка с формированием у него навыков самообслуживания и, как следствие, снижение степени инвалидизации ребенка.

- В октябре этого года Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным утверждена Программа «Реабилитация и лечение детей с детским церебральным параличом» на 2012-2014 годы. Среди ее задач - раннее выявление детей с отклонениями в развитии с последующим включением их в процесс реабилитации. Появление такой программы - очень важный шаг в формировании комплексной системы оказания помощи детям с таким заболеванием. Что уже удалось сделать?

- Столкнувшись с подобной проблемой семьи готовы приложить максимальные усилия для восстановления своего ребенка, в том числе провести реабилитацию в других регионах или даже за рубежом. Однако, по признанию самих родителей, **аналогичный объем реабилитации можно получить и на территории края**. В рамках ведомственной целевой программы уже сделаны первые шаги по повышению качества оказания помощи детям с ДЦП. Расширен объем лечения препаратом «Диспорт», приобретены и внедряются для временного домашнего использования пневмотренажеры «Аэрокомбинезон», начато проведение иппотерапии. В рамках программы планируется также приобретение дополнительно реабилитационного оборудования, обучение специалистов, создание реабилитационных отделений в центрах меди-

ко-географических округов Алтайского края. **Целью данной программы, прежде всего, является повышение качества жизни детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями, а одной из основных задач - приближение к пациенту качественной медицинской помощи с одинаковыми подходами к лечению на всей территории Алтайского края. Усилия всех ее участников направлены именно на это.**

ОТ РЕДАКЦИИ.

В Алтайском крае на протяжении нескольких лет проводится благотворительный марафон «Поддержим ребенка!». По решению его Попечительского совета, среди других программ часть поступивших от благотворителей средств направляется на оказание помощи детям, страдающим ДЦП. Целевая программа оказания помощи таким детям, по нашему мнению, позволит принципиально изменить систему их реабилитации. Но в реабилитационных мероприятиях помимо специалистов, участвуют практически все члены семьи больного ребенка: родители, бабушки, дедушки и даже дети. И они должны обладать для этого необходимыми навыками, знаниями. Реабилитация продолжается и в повседневной жизни, а не только во время пребывания детей в больнице или санаторном учреждении.

Понимая, насколько актуальна проблема ДЦП и других двигательных нарушений у детей, совместно с группой врачей, **мы начинаем цикл публикаций «Школы перинатальных пораженных центральной нервной системы и детского церебрального паралича» для семей**. На страницах нашего журнала вы сможете получить консультации, практические советы высококвалифицированных специалистов различных специальностей: невролога, неонатолога, окулиста, сурдолога, логопеда, инфекциониста, ортопеда, реабилитологов. Это будет наш коллективный вклад в общее дело. ☺



Физические нагрузки при сахарном диабете. Изменение дозы инсулина при них



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,
главный эндокринолог
Главного управления
Алтайского края по
здравоохранению и
фармацевтической
деятельности,
Заслуженный врач РФ,
кандидат медицинских
наук, заведующая
эндокринологическим
центром
Алтайского края;



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог,
высшая квалификационная
категория,

- КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

Наиболее физиологичный способ поддержания здоровья и создания резервного «запаса прочности» для организма - физическая нагрузка. Физическая активность - это необходимое условие жизни любого человека, одна из основных составляющих образа жизни человека с сахарным диабетом.

ЗАНЯТИЕ 6

Последние исследования американских диабетологов показывают, что **пациенты с сахарным диабетом, регулярно занимающиеся спортом, имеют более благоприятный прогноз в отношении развития осложнений:** ретинопатии, нефропатии, нейропатии. Если же осложнения уже имеются, то при регулярных занятиях спортом они развиваются значительно медленнее.

Современный образ жизни принес свои отрицательные плоды. Чем больше комфорта в окружающем мире, тем меньше естественная физиологическая активность.

Снижение интенсивности естественной физической нагрузки привело к появлению так называемых «болезней цивилизации» - стенокардия, язвенная болезнь, атеросклероз, ожирение. В одном ряду с этими болезнями стоит и сахарный диабет. Количество пациентов с сахарным диабетом наиболее велико в промышленно развитых странах. То есть **существует прямая связь между возникновением сахарного диабета и снижением уровня физической активности.**

Физическая нагрузка благоприятно влияет на все виды обмена. Поскольку мышцы человека построены в основном из белков, то, нагружая мышцы, мы улучшаем белковый обмен, а белок - это основа жизни. При регулярной физической нагрузке усиливается расщепление жиров, снижается масса тела, улучшается жировой состав крови. При этом устраняются предпосылки к развитию атеросклероза и других сосудистых заболеваний.

Значительное влияние оказывает физическая нагрузка и на углеводный обмен. При интенсивной физической нагрузке повышается чувствитель-

ность инсулиновых рецепторов к инсулину, что приводит к снижению уровня сахара в крови и уменьшению дозировки инсулина. Этот механизм действует не только во время физической нагрузки как таковой, но и закрепляется при регулярных занятиях физической культурой и спортом.

Можно привести в пример известного хоккеиста Бобби Халла, который болен сахарным диабетом первого типа с детства. Во время активных тренировок суточная потребность в инсулине у него составляет 6-8 ЕД в сутки. Обычная дозировка - 50-60 ЕД в сутки.

Список известных людей с сахарным диабетом можно продолжать: писатель Герберт Уэллс, Михаил Горбачев, авиаконструктор Туполев, большая часть сенаторов США. Эти примеры являются ярким доказательством того, что при сахарном диабете возможно достижение высоких результатов в любых сферах жизни и даже в профессиональном спорте. **Но основным условием является достижение нормогликемии.** А это возможно только при соблюдении особого образа жизни при сахарном диабете, включая и физическую нагрузку.

Применительно к сахарному диабету **все виды физической нагрузки можно разделить на кратковременные** (они, в свою очередь, могут быть **запланированными и незапланированными**) и **длительные.**

При разных видах физической нагрузки действия пациента с сахарным диабетом будут различными.

Если вы совершили небольшую незапланированную пробежку, например, догнали автобус или перенесли тяжесть, то вам необходимо съесть одну быстроусвояемую ХЕ, для предотвращения гипогликемии.



Жизнь с сахарным диабетом»

В случае кратковременной запланированной физической нагрузки (урок физкультуры в школе, плавание в бассейне, дискотека) необходимо каждые полчаса съедать по дополнительной медленноусвояемой ХЕ (яблоко, кусочек хлеба).

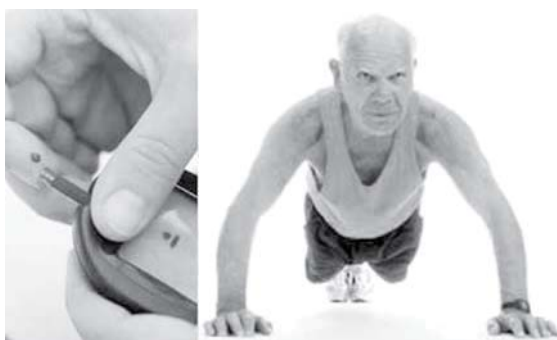
При длительной физической нагрузке (поход, вскапывание огорода), в зависимости от ее длительности и интенсивности, а также особенностей вашего организма, необходимо уменьшить дозу «короткого» и «длинного» инсулина на 20-50 процентов. Но если при этом все-таки возникает гипогликемия, то ее компенсируют приемом легкоусвояемых углеводов (сладкий сок).

При слишком интенсивной физической нагрузке и избыточном уровне инсулина в крови печень не успевает выбрасывать в кровь достаточного количества углеводов - развивается гипогликемия. Вот поэтому и рекомендуется прием дополнительного количества углеводов или снижение дозировок инсулина в зависимости от вида физической нагрузки.

Помните, что гипогликемия может развиваться не только во время физической нагрузки, но и спустя несколько часов после ее окончания. Поэтому примите меры, чтобы не возникла ночная гипогликемия.

Но не всегда физическая нагрузка однозначно приводит к снижению уровня сахара в крови. Бывает, что на фоне интенсивной физической нагрузки сахар крови повышается и даже появляется ацетон.

При нормальном уровне сахара в крови физическая нагрузка средней интенсивности приводит к тому, что количество глюкозы, выбрасываемой в кровь печенью, и количество глюкозы, потребляемой мышцами, уравновешиваются; уровень сахара в крови при этом остается стабильным. Но при недостатке инсулина в крови (признаком этого является высокий уровень сахара в крови) и интенсивной физической нагрузке клетки голодают. Печень, получив сигнал о голодании клеток, выбрасывает в кровь дополнительную глюкозу. Но и эта глюкоза не достигает цели, поскольку попасть в клетки она может только при помощи инсулина, а его как раз и не хватает. Чем интенсивнее нагрузка, тем больше печень выбрасывает сахара в



кровь, тем выше уровень сахара в крови.

Поэтому **основное правило для пациентов с сахарным диабетом - никогда не начинать физическую нагрузку при сахаре крови выше 14 ммоль/л. Сначала необходимо дождаться снижения уровня сахара в крови под действием инсулина!**

Оптимальным временем проведения физических занятий для больных сахарным диабетом является **послеобеденное время** (примерно 16 часов).

В настоящее время при выборе оптимальных характеристик физических нагрузок ориентируются на следующие рекомендации, разработанные Американским обществом спортивной медицины:

- ◆ частота нагрузок: 3-5 раз в неделю;
- ◆ интенсивность нагрузок осуществляется с помощью вычисления максимально допустимой частоты сердечных сокращений (ЧСС) у конкретного человека. Используется следующая формула: максимальная частота ЧСС = 220 минус возраст человека.

Тренировки следует осуществлять при ЧСС = 60-90% от максимальной. Для менее тренированных лиц ЧСС = 60-75% от максимальной;

- ◆ продолжительность - 20-60 минут;
- ◆ вид нагрузки: ходьба, бег, езда на велосипеде, лыжи, коньки. Участие в соревнованиях противопоказано, так как сопутствующая психическая нагрузка приводит к повышению концентрации стрессовых гормонов в крови, что способствует декомпенсации диабета.

Физическая нагрузка у больного с недостаточно компенсированным сахарным диабетом может привести к гипергликемии и появлению кетоацидоза, поэтому занятия физкультурой следует проводить лишь при достижении компенсации заболевания. ☺

Основные принципы подбора физической нагрузки

1. **Индивидуальный подбор** интенсивности и методики выполнения упражнений для каждого конкретного человека, в зависимости от возраста, возможностей и состояния здоровья.

2. **Системность воздействия** и обеспечение определенного подбора упражнений и последовательности их выполнения: от простых к сложным, от известных к неизвестным.

3. **Регулярность выполнения** упражнений, так как только при регулярном выполнении физических упражнений возможно добиться укрепления организма.

4. **Постепенное увеличение** длительности физических нагрузок, так как восстановление нарушенных функций организма под воздействием физических упражнений происходит постепенно и только при длительных тренировках.

5. **Постепенное наращивание** интенсивности физической нагрузки в течение ряда тренировок.

6. **Разнообразие и новизна** в подборе упражнений и выборе вида физической активности.

7. **Умеренность воздействия**, то есть умеренная, но продолжительная физическая нагрузка более целесообразна, чем суперинтенсивная, но кратковременная.

8. **Соблюдение цикличности** при выполнении упражнений в соответствии с показаниями: чередование физических упражнений и отдыха.

9. **Всестороннее воздействие** на организм с целью совершенствования нейрогуморальных механизмов регуляции (в дополнение к физической нагрузке - водные процедуры).





Эпилепсия: основные аспекты заболевания у детей

Елизавета Борисовна СКРИПКИНА,
 медицинская сестра
 неврологического
 кабинета детского
 консультативно-
 поликлинического
 отделения,
 КГБУЗ «Диагностический
 центр Алтайского края».

Эпилепсия - это заболевание, характеризующееся повторяющимися эпилептическими приступами (двумя или более) и сопровождающееся разнообразными клиническими симптомами.

В переводе с греческого языка (epilambano) «эпилепсия» означает **приступ, или припадок**. Это заболевание известно с древних времен: первая книга по эпилепсии была написана Гиппократом около 400 лет до нашей эры и называлась «О священной болезни». Уже в этой книге Гиппократ рассматривал эпилепсию как заболевание мозга.

В последние годы распространенность заболевания среди детского населения Алтайского края составляет 0,5 процента.

На протяжении многих лет в истории человечества ни одно заболевание не вызывало такого особого интереса и в то же время так много противоречий, как эпилепсия. Разрабатывались различные варианты классификаций данной болезни. Согласно классификации, принятой Международной лигой по борьбе с эпилепсией (1989г.) в г.Нью-Дели (Индия), в настоящее время **выделяют три группы эпилепсии:**

- **идиопатическая** - преимущественно наследуемая эпилепсия;
- **симптоматическая** - заболевание возникает вследствие поражения головного мозга различной этиологии;
- **криптогенная** - без установленной причины.

Кроме классификации по происхождению заболевания, существует и **классификация эпилептических приступов**.

Специфические синдромы - фебрильные судороги и другие приступы, возникающие по причине обменных, токсических нарушений, а также ситуационно обусловленные.

По своей клинической характеристике приступы подразделяются на:

- **генерализованные приступы** - состояния, сопровождающиеся утратой сознания, бледностью или цианозом кожных покровов. Больной падает, при этом может прикусить язык, получить травмы головы и различных частей тела. Затем возникают тонико-клонические судороги, различной временной продолжительности. Из рта больного выделяется пенистая слюна, в конце присту-



па возможно непроизвольное мочеиспускание и отхождение газов и кала, затем наступают состояние заторможенности или обычный сон. О происшедшем пациент ничего не помнит.

Кроме описанных пароксизмов, существуют приступы, сопровождающиеся кратковременной утратой сознания, вегетативными симптомами (простой абсанс), либо сочетанием этих симптомов с непроизвольными движениями (сложный абсанс). Больные на короткое время прерывают совершаемые действия, а затем после припадка продолжают их, при этом воспоминание о припадке отсутствует;

- **фокальные приступы** - их клинические проявления всегда зависят от расположения патологического очага в веществе головного мозга. По своим симптомам это могут быть разнообразные движения в различных частях тела (руках, ногах, мышцах лица или их комбинации).

Любой парциальный припадок может перейти в генерализованный, тогда он расценивается как вторично генерализованный приступ.

У детей встречаются **доброкачественные** (затылочная эпилепсия, роландическая эпилепсия, детская абсансная эпилепсия) и **злокачественные** (синдром Леннокса-Гасто) **формы эпилепсии**. Течение, лечение и прогноз эпилепсии зависят от ее формы.

Как же ставится диагноз «эпилепсия»?

Установить диагноз может только врач-невролог или эпилептолог.



Для диагностики заболевания применяется **нейрофизиологический метод исследования - электроэнцефалография (ЭЭГ)**, при которой выявляется очаг эпилептической активности в головном мозге (регистрируются комплексы «спайк-волна»). Но не всегда рутинная (обычная) ЭЭГ может быть информативной для постановки диагноза. В связи с этим разработаны методы продолженной записи ЭЭГ (суточное холтеровское мониторирование).

В последнее время наиболее широко применяется для окончательной диагностики заболевания ЭЭГ с **видеомониторированием**, при которой осуществляется непрерывная запись электроэнцефалограммы и видеоизображения пациента в течение длительного времени. Внедрение в работу ЭЭГ-видеомониторинга ведет к значительному улучшению качества диагностики эпилепсии.

Важное значение для постановки диагноза имеют данные о наследственности, информация о заболевании, о жизни пациента.

Дополнительно ребенку, страдающему эпилепсией, проводятся такие методы обследования, как *различные виды томографии, консультация генетика, биохимические исследования для выявления нарушения обмена веществ.*

Лечение эпилепсии

При установлении диагноза «эпилепсия» проводится **лечение противосудорожными препаратами** (антиконвульсантами). Подбор препарата проводится **индивидуально**, в зависимости от формы эпилепсии, частоты и характера приступов, возраста больного, возможных побочных действий препарата и других факторов. Лечение, как правило, начинается с монотерапии, то есть назначается один препарат, при неэффективности монотерапии к лечению добавляется второй препарат (дуотерапия) или политерапия (комбинация из нескольких препаратов).

Препарат применяют непрерывно и длительно (до 3-5 лет). Недопустимы беспричинные перерывы в лечении!

При приеме противосудорожных препаратов дополнительно необходимо проводить **лекарственный мониторинг**, при котором определяется концентрация антиконвульсанта в крови, что позволяет подобрать адекватную дозу препарата, улучшить эффект и избежать побочных реакций.

Побочные действия подразделяются на: идиосинক্রазии, дозозависимые и хронические.

Идиосинক্রазии возникают вследствие непереносимости препарата: сыпь, лейкопения, тромбоцитопения, гепатит и др.

Дозозависимые побочные действия обусловлены высокой дозой препарата и его токсической концентрацией в крови: сонливость, диплопия (двоение), атаксия (выраженная слабость), тошнота, рвота, тремор (дрожание).

Хронические побочные действия характерны для длительного приема антиконвульсанта: снижение памяти, колебание печеночных ферментов, увеличение массы тела.

Во избежание осложнений необходимо с соответствующей частотой **проводить анализы крови** (формула крови, активность трансаминаз печени, контроль за уровнем альбумина и креатинина). При применении некоторых антиконвульсантов необходим **контроль за анализами мочи и электрокардиограммой (ЭКГ)**. ☺



Рафаэль Санти (1483-1520гг.). «Божественное вмешательство»: отец принес своего сына, больного эпилепсией, к Христу.

Родителям важно помнить, что у ребенка с эпилепсией необходимо:

- **контролировать частоту** судорожных припадков (вести дневник), наблюдать за личностными изменениями ребенка;

- **ограничить просмотр** телевизора, исключить компьютерные игры, пребывание на солнце в летнее время (носить головной убор);

- **не рекомендуется заниматься определенными видами спорта** (бокс, борьба, спортивная гимнастика, хоккей), не принимать ванны или плавать без присмотра взрослых, не кататься на велосипеде, особенно по проезжей части;

- **исключить из пищевого рациона** острые блюда, шоколад, кофе, жевательные резинки;

- **постоянно, длительно принимать антиконвульсант**. Нельзя прерывать лечение, предварительно не посоветовавшись с врачом;

- **все вопросы** необходимо согласовывать со специалистом, занимающимся лечением данного заболевания.

Обследование вы можете пройти в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» по направлению ЛПУ.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

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

На правах рекламы



Защитить себя от гриппа и ОРВИ - просто!

Проблема гриппа и ОРВИ приобретает особенную актуальность в зимнее время года, когда снижается иммунитет и уменьшается сопротивляемость организма к разным инфекциям.

Уроки профилактики

В период эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом не следует пренебрегать общими правилами профилактики:

- *не посещать* массовые зрелищные мероприятия, места массового скопления людей (кинотеатры, дискотеки, кафе и т.д.);

- *избегать* общения с лицами, имеющими признаки заболевания ОРВИ (насморк, чихание, кашель, повышенная температура тела);

- *заниматься* спортом, гулять на свежем воздухе;

- *при пребывании* на улице одеваться в соответствии с погодными условиями, чтобы избежать как переохлаждения, так и перегревания;

- *рационально питаться*, ук-

реплять иммунитет, употреблять больше овощей, фруктов, витаминов;

- *тщательно соблюдать* личную гигиену (мыть руки, ухаживать за полостью рта);

- *чаще проветривать* помещения, проводить влажную уборку.

А самое главное - **в общественных местах необходимо обязательно применять средства индивидуальной защиты органов дыхания (маски)**. Клинические исследования по изучению эффективности масок в предотвращении передачи респираторных вирусов от человека к человеку показали, что правильное использование масок во время эпидемий снижает риск заражения вирусными инфекциями на 60-80 процентов!



Существует ряд простых рекомендаций по использованию маски:

- *аккуратно надевайте* маску так, чтобы она закрывала рот и нос, и крепко завязывайте ее с тем, чтобы щелей между лицом и маской было как можно меньше;

- *при использовании* маски старайтесь не прикасаться к ней; при ее снятии или умывании вымойте руки водой с мылом или с использованием средства для дезинфекции рук на спиртовой основе;

- *меняйте используемую* маску на новую чистую сухую маску, как только используемая маска станет влажной;

- *не следует* использовать повторно маски, предназначенные для одноразового использования;

- *выбрасывайте* одноразовые маски после каждого использования и утилизируйте их сразу после снятия;

- *если вы ухаживаете* за больным человеком, вы должны носить маску при близких контактах с ним. После таких контактов необходимо незамедлительно утилизировать маску и затем тщательно вымыть руки.

Будьте здоровы, берегите себя и своих близких! ☺

Пресс-служба Управления



Говорят делегаты Форума

(Продолжение. Начало - в №11(119))

Наталья Викторовна ЛОСЕВА, старшая медицинская сестра, КГБУЗ «Завьяловская ЦРБ»

Будущее и настоящее моей профессии

На Форуме обсуждалось множество вопросов по актуальным проблемам развития сестринского и акушерского дела как в России, так и в мире. Говорили о проблемах подготовки медицинских работников, практической деятельности медицинской сестры в условиях модернизации здравоохранения, усовершенствовании сестринской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Обсуждались вопросы укрепления кадровых ресурсов в здравоохранении.

Второй день Форума состоял из секционных заседаний по различной тематике по 13 специальностям. Я работала в секции «**Управление и организация в сестринском деле**».

Во вступительном слове президент Ассоциации медицинских сестер России Валентина Антонова САРКИСОВА озвучила цели работы Ассоциации, пути их достижения, анализ работы Ассоциации за 20 лет ее существования. Также было упомянуто, что Ассоциация проводит много мероприятий национального масштаба. Благодаря разработке документации по накопительной системе повышения квалификации в ряде регионов уже начала действовать эта программа.

Валерий Валерьевич САМОЙЛЕНКО (заместитель директора по учебной работе Санкт-Петербургского медико-технического колледжа) поднял острый вопрос несостоятельности законодательства регулирования сестринской деятельности, отсутствия профессиональных стандартов данной отрасли. Несостоятельность программ профессионального обучения медицинских сестер, отсутствие ясности в границах сестринских полномочий, что не позволяет в большинстве случаев составить конкретную должностную инструкцию для работника, а следовательно, и оценить ее исполнение. Вывод доклада сводился к тому, что **в ближайшее время необходимо проведение преобразований, включающих законодательную стандартизацию профессиональных компетенций, введение в законную силу профессиональных стандартов, и, конечно же, основную роль в этом процессе должно сыграть профессиональное сообщество на основе саморегулирования профессий.**

Тамара Васильевна ДРУЖИНИНА (главный областной специалист по управлению сестринской

деятельностью Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области) подвела неутешительный итог того, что несмотря на ежегодный выпуск медицинскими колледжами специалистов среднего звена, их приток в медицинские учреждения, по статистическим данным, не отмечается, зато очевиден отток стажированных специалистов. **Для решения данной проблемы были предложены векторы движения по нескольким направлениям:**

- не только разработка и внедрение стандартов деятельности медицинских сестер, но и неукоснительное соблюдение их на местах медицинскими сестрами, студентами и врачами;
- перераспределение и переподготовка медицинских сестер;
- овладение смежными специальностями;
- передача части врачебных функций медицинским сестрам, а некоторых их функций - младшему медицинскому персоналу;
- рациональная организация рабочих мест медицинских сестер;
- более эффективное использование выпускников факультетов ВСО в практическом здравоохранении;
- создание обучающего модуля для студентов «Теория + практика», где должен быть четко сформулированный конечный результат обучения в органичной увязке с осваиваемыми знаниями, умениями и приобретенными компетенциями (согласно принятым стандартам), для становления и закрепления будущего специалиста на рабочем месте как профессионала;
- возобновление целевых заказов ЛПУ;
- «профессиональное партнерство» ЛПУ и образовательных учреждений включает в себя непрерывный обмен информацией об обучающихся будущих специалистах, предоставлении площадки для отработки практических навыков, ознакомления со структурой ЛПУ, со всеми будущими разделами работы, проведением инструктажа и последующего тестирования.

По результатам работы секции было принято решение, что **профессиональное сообщество медицинских сестер России призывает Министерство здравоохранения и главного внештатного специалиста по сестринскому делу признать, что:**

- сестринское дело является важнейшей составляющей процесса оказания медико-социальной помощи;
- специалисты сестринского звена способны эффективно решать комплексные задачи по профилактике, лечению, реабилитации и оказанию паллиативной помощи пациентам, содействуя поддержанию высоких стандартов качества и безопасности;



◀ - потенциал сестринского дела может быть раскрыт и полностью реализован только в том случае, если специалисты отрасли получают всемерную поддержку со стороны государства в вопросах доступности и качества среднего образования, высшего образования, непрерывного повышения квалификации, ведения научно-исследовательской работы;

- результаты оказания сестринской помощи могут быть преумножены в итоге концептуального разделения сфер ответственности сестринского и врачебного персонала вследствие повышения статуса сестринской профессии.

Повышение престижа работы медицинской сестры - вопрос не одного дня, не одного приказа, не одного мероприятия, общественной организации, здесь важно все в совокупности. Причем **задача по повышению престижа профессии должна быть признана государственной**. Очень много еще надо сделать для развития нашей профессии. Для этого нужны знания и опыт, стремление к переменам и совершенству. Для этого, конечно же, надо объединяться, вести совместную работу.

То, что я увидела на Форуме, еще раз подтвердило мое убеждение в том, как важны сплоченность и совместные действия медицинских сестер. Мы должны быть более активными, участвовать в мероприятиях, которые нам предлагает Ассоциация. Мы увидели на Форуме, насколько сильны ассоциации Омска, Кемерово, Читы, Самары, где членство - по 14-15 тысяч специалистов (их делегации состояли из 30-40 человек!). А чем мы хуже? Давайте вместе ответим на этот вопрос! А добиться нужных результатов нам обязательно поможет наша профессиональная Ассоциация.

Татьяна Михайловна ЧЕМЕЗОВА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Клинико-диагностический центр г.Рубцовска»

«Ассоциации медицинских сестер России» - 20 лет

Я представляла нашу региональную Ассоциацию средних медицинских работников на Форуме в Санкт-Петербурге. В его работе приняла



участие огромная армия медицинских сестер - более 800 делегатов из всех регионов России.

Перед открытием Форума была организована выставка новых высокотехнологичных медицинских изделий, медоборудования и дезинфицирующих средств, каждый нашел что-то новое, полезное для себя и своего учреждения.

Были организованы мастер-классы и специальные семинары. Я участвовала в работе мастер-классов: *«Золотые стандарты безопасности в эндоскопической операционной: уход за эндоскопическим оборудованием и инструментами, предстерилизационная обработка, стерилизация»*, *«Обработка новых высокотехнологичных инструментов в эндоскопии»*, *«Стратегия выбора дезинфицирующих средств»*, *«Эндоскопы - подготовка к работе, обработка и дезинфекция»*; *«Безопасность медицинской сестры на рабочем месте - спасая жизнь, защити себя»*.

В своем выступлении президент РАМС В.А. САРКИСОВА вдохновила участников Форума на плодотворную работу и участие, активную позицию, готовность делиться своим опытом и внедрять наработки своих коллег.

В работе Форума приняли участие: Геннадий Алексеевич ЩЕРБАКОВ, председатель ЦК профсоюза работников здравоохранения, с докладом «Внедрение государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования «Сестринское дело»»; Галина Михайловна ПЕРФИЛЬЕВА, руководитель программы «Кадровые ресурсы для здравоохранения», Департамента систем здравоохранения и общественного здоровья Европейского регионального офиса ВОЗ, Дания, рассказала о Европейской стратегии укрепления кадровых ресурсов в здравоохранении. Выступления зарубежных представителей Исландии, Дании, США освещали вопросы расширенной практики медицинских сестер в мире, госпитальной безопасности, укрепления сестринского и акушерского дела в Европе, лидерства в сестринском деле.

Была подготовлена программа секционных заседаний по всем специальностям сестринского дела. Я приняла участие в работе секции *«Управление и организация в сестринском деле»*.

Лидеры сестринского дела делились своим опытом и достижениями в вопросах сохранения кадрового потенциала, ухода за пациентом, обращения с медицинскими отходами, организации сестринской деятельности в условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи, современного подхода к оценке качества сестринской помощи, преобразования структуры штатного расписания среднего и младшего медицинского персонала. Работа в секции дала уникальную возможность познакомиться с передовым опытом развития сестринской практики в разных регионах России и странах мира, узнать о том, какие вопросы являются приоритетными на глобальном



уровне. При подведении итогов работы секции была обсуждена и принята резолюция.

Находясь в гуще огромной армии не равнодушных к своему делу медицинских сестер, испытываешь гордость за свою профессию, появляются вдохновение и стимул для работы. Такие форумы, конференции, семинары нужны, так как достичь конечной точки знаний невозможно, а **непрерывный путь к ним - это и есть профессиональный путь медицинской сестры.** Я призываю всех медицинских работников среднего звена Алтайского края объединиться в одну команду - ассоциацию средних медицинских работников - и единым голосом заявлять о своих проблемах и предложениях нашей власти.

Я искренне благодарю за предоставленную мне возможность участвовать в работе Форума главного врача нашего учреждения КГБУЗ «Клинико-диагностический центр г.Рубцовска» Сергея Петровича БОРЩЕВА и президента Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Алтайского края Ларису Алексеевну ПЛИГИНУ.

Екатерина Васильевна ХОХЛОВА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Романовская ЦРБ»

Моя профессия сегодня и завтра

На Форуме обсуждалось множество вопросов по актуальным проблемам развития сестринского дела, как в России, так и в мире. Ситуация усугубляется постоянным оттоком квалифицированных медицинских сестер из государственных лечебных учреждений в коммерческие, а также уходом из профессии в связи с низкой оплатой труда.

Роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи до последнего времени недооценивалась. Например, в большинстве отраслевых программ оказания помощи при различных заболеваниях подробно прописывались только лечебно-диагностические разделы. Вопросы же реабилитации, ухода, оказания медсестринской помощи оставались «за скобками» как второстепенные. Вместе с тем внедрение новых медицинских технологий и методов лечения, введение бюджетно-страховой медицины, необходимость перехода к научно обоснованной сестринской практике требуют все большего числа высокообразованных специалистов, ориентирующихся в современной стратегии сестринского дела. **Назрела необходимость изменения юридического и профессионального статуса медицинской сестры.** Сформировавшаяся в нашей стране система взаимодействия врача и медицинской сестры не соответствует потребностям современного высокотехнологичного здравоохранения, требующего углубления и качества сестринской подготовки, расширения уровня ее профессиональной компетенции и самостоятельности.

До недавнего времени сестринское образование не давало возможности для карьерного роста, реализации творческого потенциала: те, кто хотел получить высшее медицинское образование, уходили из профессии. Ситуация стала меняться с 1991 года, когда впервые в нашей стране были созданы факультеты высшего сестринского образования (ВСО). В настоящее время функционируют 42 факультета ВСО. Тем не менее, пока это лишь капля в море среди огромной армии сестринского персонала в здравоохранении РФ. Сегодня сестринское дело - это и древнее искусство, и современная наука, связанные воедино во имя того, чтобы дать человеку возможность жить полноценно, чтобы обеспечить хорошее качество жизни. Это сложная и многогранная проблема, требующая постепенного и поэтапного разрешения. **Очень много еще надо сделать для развития нашей профессии: для этого нужны знания, опыт, стремление к переменам и совершенству.** То, что я увидела на Форуме, еще раз убеждает, как важны сплоченность и совместные действия медицинских сестер.

Важная роль в развитии сестринского дела отводится профессиональным сестринским объединениям, ассоциациям и союзам.

Я думаю, что каждый делегат, который был на этом Форуме, увез не только большой «багаж» всего увиденного и услышанного, но и искорку желания и стремления донести, изменить в своем коллективе, тем более, что сейчас так много возможностей проявить себя! Из всего этого и складывается имидж профессии. И все это мы должны сделать все вместе. И первым помощником нам в этом будет наша Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Алтайского края.

Надежда Дмитриевна УСТИНОВА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Городская детская больница, г.Бийск»

Сестринское дело в педиатрии

Всероссийский форум произвел на меня неизгладимое впечатление, общение с коллегами из других регионов России, обмен опытом обогащают запас собственных знаний и умений. Такие мероприятия всегда укрепляют стремление к развитию, совершенствованию и движению вперед.

Я работала в секции «Сестринское дело в педиатрии». Из выступлений коллег разных регионов были определены и обсуждались существующие проблемы: острый кадровый кризис; непомерно высокая нагрузка на медицинских сестер; отсутствие практических стандартов; низкий статус профессии медицинских сестер.

Более подробно хочется остановиться на выступлении старшей медицинской сестры Т.О. ГУТОВОЙ, МБУЗКО «Детская городская клиническая больница №5» г.Кемерово, «Пси-▶



◀ психологическая подготовка родителей и детей к госпитализации в хирургический стационар».

Госпитализация, особенно у детей раннего возраста, провоцирует стресс, который негативно влияет на процесс лечения и выздоровления, от настроения родителей и умения держать себя в сложных ситуациях во многом зависит состояние малыша после проведения операции.

В результате работы школы психологической подготовки родителей и ребенка к оперативным вмешательствам в несколько раз возросла удовлетворенность родителей отношением медицинского персонала; снизился риск возникновения эмоционального выгорания медицинского персонала. Результаты работы показали целесообразность ведения школ. Накапливая опыт конкретных методов и принципов работы для снижения тревоги и стресса родителей и детей во время госпитализации, поможет разработать действенную систему организации пребывания ребенка в больницах.

На секции активно обсуждался и был принят единогласно проект резолюции Всероссийского форума медицинских сестер.

Народная мудрость гласит: «Один в поле не воин». И в этом в очередной раз я убедилась, побывав на этом Форуме. Только в единстве наша сила - и чем больше будет членов Ассоциации, в том числе и в нашей больнице, тем больших успехов мы сможем достичь, и я постараюсь приложить все силы в этом направлении. ☺

Уважаемые коллеги!

Алтайская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» сердечно поздравляет вас с наступающим Новым 2013 годом и Рождеством Христовым!

Пусть новый год станет отличной возможностью продолжить успешные начинания и прекрасным стартом для начала новых дел! Пусть грядущий год оправдает ваши самые добрые надежды и стремления, принесет радость, новые впечатления и оптимизм!

*Пусть он будет разным:
удачным и целеустремленным,
ярким и веселым, романтичным и мечтательным!
Искренне желаем вам счастья и крепкого здоровья на долгие годы!!!*

С уважением, президент
АРОО «ПАСМР»
Л.А. Плигина

Рабочее время медицинских сестер

(Продолжение. Начало - в №10(118))

Работа сверх нормальной продолжительности рабочего времени представляет собой либо сверхурочную работу (если возникает по инициативе работодателя), либо работу на условиях ненормированного рабочего дня.

Работа по совместительству не является работой за пределами нормальной продолжительности рабочего времени. При совместительстве предполагается, что работник заключает трудовые договоры о выполнении другой работы в свободное от основной работы время. Такой договор может быть заключен либо у того же работодателя (внутреннее совместительство), либо у другого работодателя (внешнее совместительство).

Как установить длительность рабочего времени в различные календарные периоды (день, месяц, квартал, год)?

Сколько часов должен отработать работник за рабочую смену, в течение месяца или года, если нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю? Чтобы установить нормы рабочего времени на определенные календарные периоды (месяц, квартал, год), следует руководствоваться **приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.08.2009 №588н**, согласно которому норма времени исчисляется по расчетному графику пятидневной рабочей недели с 2 выходными днями в субботу и воскресенье.

Для расчета сначала следует определить продолжительность ежедневной работы. Для этого установленную продолжительность рабочей недели делят на 5. При 40-часовой рабочей неделе продолжительность ежедневной работы составит 8 часов.

Далее определяют норму рабочего времени конкретного месяца: для этого сначала исчисленную продолжительность дневной смены умножают на количество рабочих дней по календарю пятидневной рабочей недели конкретного месяца. После этого делают поправку на сокращение рабочего дня, которое производится накануне нерабочих праздничных дней, если таковые имеются в интересующий нас календарный период. ☺

Продолжение следует

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН



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





Психологическое состояние и семейные отношения женщин с диагнозом «бесплодие»



Анна Эдуардовна ГАРГАНЕЕВА,
психолог, кандидат
психологических наук,
психолог Сибирского
института репродукции
и генетики человека

Потребность иметь детей - одна из наиболее сильных биологических потребностей человека. Женщина, у которой не наступает желанная беременность, находится в состоянии хронического психоэмоционального стресса.

Интенсивность стресса и его длительность во многом определяют состояние ее нервной системы, которая, в свою очередь, оказывает влияние на все системы организма, в том числе репродуктивную, эндокринную и иммунную, играющие ключевую роль в наступлении и развитии беременности.

Изменения в психике женщины, у которой не получается стать матерью, нарастают постепенно, по мере увеличения длительности бесплодия. **Развивается состояние фрустрации** - неудовлетворенности, эмоционального напряжения, тревоги. Появляется неуверенность в себе, раздражительность, снижается эффективность любой деятельности, у некоторых женщин возникает озлобленность к окружающим.

Одним женщинам удается адаптироваться к невозможности легкого и естественного пути обретения материнства, у других вся жизнь сужается до проблемы бесплодия (или наоборот, проблема «разрастается», подменяя собой всю остальную жизнь, вытесняя из нее все радости и интересы). Они перестают интересоваться чем-либо, кроме вопросов лечения бесплодия, общаться с подругами, утрачивают интерес к прежним увлечениям, достижениям в профессиональной сфере.

Женщины, сумевшие адаптироваться к ситуации бесплодия, продолжая делать все возможное для рождения ребенка, приходят к пониманию того, что отсутствие детей - только одна, пусть и грустная, грань их жизни, и все остальные грани могут быть яркими, насыщенными приятными событиями и положительными эмоциями. **Легче адаптируются к ситуации бесплодия женщины с оптимистичным взглядом на жизнь, широким кругом интересов, высоким уровнем социальной активности, способные творчески подходить к решению проблем.**

У женщин тревожных, неуверенных в себе, склонных к резким коле-

баниям настроения и депрессивным состояниям, трудности с зачатием вызывают состояние тяжелого эмоционального стресса, существенно снижающего вероятность наступления беременности при любых методах лечения. Такое состояние требует помощи психотерапевта или психолога.

Определенную роль в возникновении и сохранении бесплодия играют неосознаваемые психические явления. Беременность может не наступать у тех женщин, которые по разным причинам психологически не готовы к материнству. Наиболее наглядно это проявляется в тех случаях, когда врачи не обнаруживают четко определенных причин бесплодия.

Психологи, исследовавшие биографии женщин, испытывающих трудности с зачатием, выявили, что у них часто имели место такие жизненные обстоятельства, как **тяжелые стрессовые ситуации у их матерей, когда они сами находились в утробе, нарушения отношений с матерью в раннем детстве в виде игнорирующего, грубого или отвергающего отношения.** Доказано, что женщины с репродуктивными нарушениями в детстве **часто были нежеланными по полу детьми:** во время беременности родители, особенно мать, хотели мальчика. Также у них часто выявлялись **длительные и травматичные разлуки с матерью в раннем детстве.** Матери женщин, имеющих трудности с зачатием, **часто подчеркивали тяжесть материнства,** давали дочерям постоянно чувствовать, что они являются обузой и помехой.

В супружеских парах, испытывающих трудности с зачатием, часто встречаются **нарушения взаимоотношений,** причем не обязательно в виде конфликтов и взаимного отчуждения. Это может быть инверсия ролей, когда активная, инициативная, успешная в карьерном и финансовом отношении женщина выполняет в семье роль мужа-добытчика, несет ответствен-

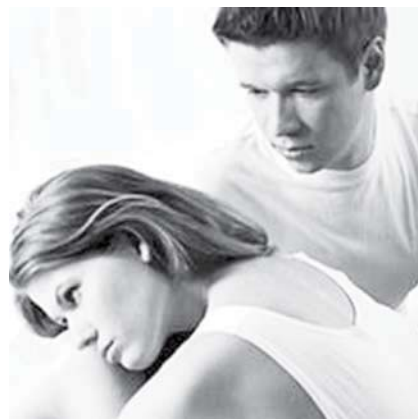


Школа ответственного родительства

ность за важные решения, а мягкий, ласковый, заботливый и хозяйственный муж фактически находится в женской роли.

Другой распространенный вариант нарушенных супружеских отношений - **ситуация, когда отношения супругов по своей психологической сущности являются детско-родительскими**. Часто это пары с большой разницей в возрасте. Когда мужчина женится на женщине значительно моложе себя, у него часто формируется покровительственное, опекающее отношение к ней. Если женщина при этом по характеру несамостоятельна, склонна к подчинению, пассивности, избеганию ответственности, для нее оказывается естественным и комфортным принятие роли дочери. Основной особенностью этой роли является неосознанный отказ от ответственности, а **рождение ребенка предполагает ответственность, которую женщина не может передать никому**. Отношения в такой паре могут быть очень гармоничными, так как комфортны для обоих. У мужчины удовлетворяется потребность чувствовать себя сильным и опытным, у женщины - потребность быть слабой и опекаемой. Только беременность «почему-то» не наступает... Бывает и наоборот: семья состоит из жены в роли мамы и мужа в роли сына-подростка (причем разница в возрасте в этом случае может быть минимальной или отсутствовать).

Еще один вопрос, на который обязательно обращают внимание психологи при консультировании женщин с диагнозом «бесплодие», это **мотивы к зачатию: почему женщина хочет родить ребенка**. О благоприятном эмоциональном состоянии говорят ответы, в которых упоминается о желании заботиться, отдавать себя маленькому человечку, дарить ему свою любовь, а также затруднения дать определенный ответ, когда женщина говорит: «Просто хочу и все». Неблагоприятна ситуация, когда рождение ребенка представляется женщине способом решения ее личных проблем. Например: «Если я не рожу ребенка, муж рано или поздно уйдет из семьи». То есть ребенок ей не очень нужен, но одной остаться



не хочется. Или такой мотив: «Только родив ребенка, я смогу почувствовать себя полноценной женщиной». **Женщина решает СВОЮ проблему - своего самоощущения, самооценки, своей значимости**. В таких ответах проявляется психологическое неблагополучие самой женщины, а ребенок выступает в качестве средства его преодоления. Женщине кажется, что, родив ребенка, она будет чувствовать себя более комфортно, а ее жизнь наполнится чем-то очень приятным.

Некоторые женщины с диагнозом «бесплодие» на самом деле боятся материнства и бессознательно хотели бы его избежать. Психологам известно, что мысли и намерения, противоречащие сознательным установкам, то есть тому, что человек считает «правильным», не допускаются в сознание. Это явление называется вытеснением. Желание родить хотя бы одного ребенка считается обязательным для каждой молодой женщины. Это желание ожидается от женщины мужем, его родственниками, родителями и вообще всеми окружающими. Материнство является социальным одобряемым, поощряется государством и воспевается в искусстве как обязательная составляющая женского счастья. И если конкретная живая женщина не обнаруживает в себе желания родить ребенка, ей очень трудно признаться в этом не только окружающим, но и самой себе, потому что это ставит под сомнение собственную не только женственность, но и нормальность.

Материнство может противоречить не только бессознательным, но и некоторым сознатель-

ным жизненным приоритетам и устремлениям женщины. Например, стремлению заниматься бизнесом или делать карьеру. Проводилось исследование, в котором у всех пациенток, получающих лечение от бесплодия методом ЭКО, выясняли профессию и характер трудовой деятельности, а потом подсчитали процент успешных циклов ЭКО в каждой профессиональной группе. Оказалось, реже всего беременность наступала у пациенток, занимающихся частным предпринимательством!

Во всем мире в медицинских учреждениях, специализирующихся на лечении бесплодия, рядом с врачами работают психологи. Практика такой работы (по зарубежным данным) показывает, что в психологической помощи нуждается значительная часть женщин, у которых не наступает желанная беременность. В России практические психологи появились относительно недавно и обращение к психологу (и врачу-психотерапевту) до сих пор воспринимается многими россиянами как экзотика, поэтому доля пациенток, обращающихся за психологической помощью в процессе лечения бесплодия, очень мала. Случается, что за психологической помощью уже во время беременности обращается женщина, забеременевшая после нескольких неудачных попыток преодолеть бесплодие и испытывающая панический страх потерять беременность, который отражается на ее течении и развитии ребенка. Обычно она рассказывает о тех переживаниях, которые испытала в процессе лечения, а на вопрос, почему она не обратилась за помощью на этапе лечения, растерянно пожимает плечами.

Обращение за психологической помощью в процессе лечения бесплодия помогает выявить и устранить возможные психологические препятствия к наступлению беременности, улучшить эмоциональное самочувствие в процессе лечения, сформировать индивидуальную стратегию борьбы с эмоциональным стрессом, увеличивает шансы на успех лечения и, в случае наступления беременности, обеспечивает более благоприятный эмоциональный фон для ее развития. ☺



ОТ РЕДАКЦИИ

Ежегодно в России выявляется около 55 тысяч новых больных раком молочной железы. При этом 40% из них - женщины трудоспособного возраста, состоящие в браке и имеющие детей. Мало того, 22 тысячи пациентов каждый год умирают от этого заболевания... Рак молочной железы занимает у нас первое место по смертности женского населения в структуре всех онкологических заболеваний.

Несмотря на растущую заболеваемость раком молочной железы во всем мире, во многих странах смертность по этой причине снижается. В США, например, за последние 8 лет смертность снизилась на 23%, в Великобритании - на 20%, а в России за этот же период она увеличилась на 13 процентов!

Именно эти обстоятельства побуждают говорить о необходимости принятия срочных мер на государственном уровне. Эксперты предлагают принятие отдельной государственной программы (либо раздела) и, соответственно, целевое выделение средств на решение этой проблемы и даже называют цифру - 9млрд. рублей, которую предлагают обозначить уже в бюджетах 2013-2014 годов и в перспективном - на 2015 год. По мнению экспертов, успех лечения заболевания заключается в его ранней диагностике и правильном лечении, причем не только оперативном. Необходимо предусмотреть средства и на последующую - послеоперационную лекарственную терапию.

Как вариант, предлагается поэтапное введение программы на территории страны, отдавая предпочтение тем территориям, где уже создана служба ранней диагностики заболевания.

Факторы риска рака молочной железы



Татьяна Владимировна СИНКИНА,

кандидат медицинских наук, врач-онколог, высшая квалификационная категория, заведующая отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований;

Если положить на одну чашу весов те факторы, которые вы не можете контролировать, а на другую - те, которые мы можем легко изменить, то вы увидите, что вам реально сделать довольно многое, чтобы снизить риск развития рака.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний у женщин. За последние 20 лет рост заболеваемости составил **40 процентов**. При этом прослеживается угрожающая тенденция к «омоложению» рака. Сейчас на каждые 100 тысяч женщин в возрасте до 30 лет приходится до 30 больных раком молочной железы.

Молочная железа - сложный и деликатный орган, в котором постоянно происходят циклические изменения в зависимости от гормонального фона женщины. Так, она меняется в различные фазы менструального цикла, может быть болезненной. При беременности молочные железы увеличиваются, в них разрастается железистая ткань и идет подготовка к кормлению будущего ребенка. После родов железистая ткань выделяет молоко. Все это происходит под влиянием гормонов - яичников, гипофиза. И нарушения любого из гормональных звеньев может привести к изменению структуры железы, вплоть до развития рака. Поэтому такое варварское мероприятие, как аборт, резко прерывает нормальное течение гормональных процессов и вызывает перестройку ткани железы, он же является и самой частой причиной рака.

В каждом конкретном случае однозначно сказать, почему возник рак молочной железы, - невозможно. Можно лишь с той или иной степенью достоверности говорить о некоторых факторах. Известно, что причиной появления раковых клеток являются мутации в нормальных клетках молочной железы. Под действием канцерогенов генетический материал в клетках изменяется, и клетки превращаются в раковые. Чем чаще клетка делится, тем больше шансов, что рано или поздно под действием канцерогенов произойдет ее перерождение в злокачественную. В случае рака молочной железы существует множество факторов, играющих определенную роль в канцерогенезе, который они усиливают. Так, **повышенный уровень эстрогенов или их относительное преобладание по сравнению с другими гормонами** нередко встречаются у женщин, страдающих раком молочной железы. **К другим факторам, имеющим значение в развитии рака груди, относятся:**

- нарушение менструального цикла,
- аборты,



- отсутствие лактации,
- нарушение деятельности щитовидной железы,
- нарушение работы надпочечников и другое.

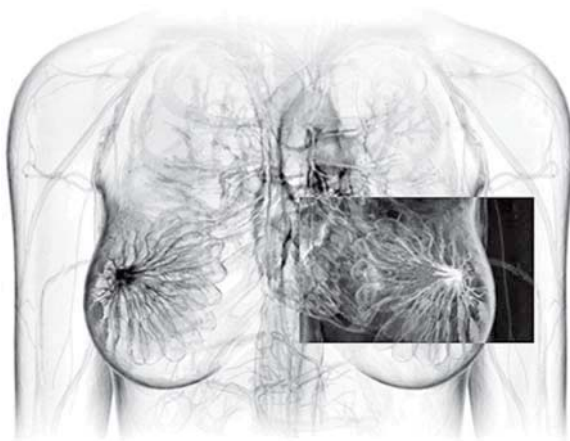
Итак, к факторам повышенного риска развития рака молочной железы относятся (мы расположили их по мере значимости):

- **генетический фактор**, а именно - носительство генов семейства BRCA (BRCA-1 и BRCA-2). Наличие рака молочной железы у кровных родственников первой степени родства по материнской линии увеличивает риск развития онкологических изменений в молочных железах в 4,5 раз;

- **состояние репродуктивной сферы женщины**. В это понятие для группы риска включают: раннее менархе (до 13 лет), поздний затыжной период климактерия (после 55 лет), поздние первые роды (после 30 лет) или вообще отсутствие родов, аборт, воспалительные процессы органов малого таза. В целом беременность, роды и кормление грудью снижают риск развития РМЖ, а отсутствие лактации, лактационный период менее одного месяца, наоборот, повышают риск его развития. При этом одна беременность не оказывает заметного протективного действия;

- **дисгормональные диспластические изменения молочной железы**. Фиброзно-кистозная болезнь или дисгормональная дисплазия, или более привычно - мастопатия. Это достаточно распространенный диффузный процесс, характеризующийся ненормальным соотношением эпителиального и соединительно-тканного элементов в ткани молочной железы (определение ВОЗ). По статистике, им страдает от 52 до 63% женщин, но это совершенно не означает, что, имея подобный диагноз, пациентка всегда попадает в группу повышенного риска.

В плане заболеваемости раком молочной железы



имеет значение степень пролиферативной активности эпителия при мастопатии. Так, при атипической пролиферации риск возрастает более чем в 3 раза, а при сочетании с семейным анамнезом - и того выше;

- **эндокринные (гормональные) нарушения**. К ним относятся: относительная гиперэстрогемия (повышение в организме гормонов эстрогенов), гиперпролактинемия (повышение в организме гормона пролактина), нарушения функции щитовидной железы, сахарный диабет;

- **предшествующие заболевания молочных желез** (в анамнезе есть маститы, травмы, хирургические вмешательства на молочных железах);

- **обменные** - изменения обмена веществ и накопление избыточного жира, увеличение массы тела;

- **психоневрогенный фактор** (например, хронический стресс);

- **экзогенные факторы**: различные канцерогенные вещества хи-

мической и физической природы, ионизирующая радиация.

Ослаблять организм могут также длительные хронические заболевания, травмы, стрессы, сильные потрясения и вредные экологические факторы, включая канцерогены и ионизирующую радиацию. Все эти факторы могут повреждать систему защиты организма и способствовать развитию рака молочной железы.

Итак, если положить на одну чашу весов те факторы, которые вы не можете контролировать, а на другую те, которые мы можем легко изменить, то вы увидите, что вам реально сделать довольно многое, чтобы снизить риск развития рака.

Среди тех факторов, которые мы можем изменять:

- диета,
- избыточный вес,
- уровень физической активности,
- курение,
- злоупотребление алкоголем,
- экология и состояние окружающей среды,
- прием гормональных препаратов при климаксе в течение 5 и более лет.

Конечно, взять и сразу изменить влияние этих факторов - дело довольно трудное. Но это становится намного легче, когда женщина сама понимает важность этих факторов риска и практические способы, как это сделать! ☺



Ни дня без диеты

◀ кефир с семенами льна (растолочь 1ст.л. семян и залить 150мл кефира).

Закрепляем результат!

Завершающая неделя приходится на период растущей Луны. Она направлена на закрепление положительной динамики в похудении. Это время нужно посвятить тому, чтобы окончательно выработать и полюбить новые пищевые привычки: употребляйте чай со специями, свежие овощи и фрукты, продукты с низким гликемическим индексом, постный белок, пряные специи и травы. Все эти продукты учтены в меню третьей недели диеты.

Перед завтраком: молоко с куркумой.

Завтрак. Травяной или цветочный чай с ломтиком лимона, 0,5ч.л. меда и 0,5ч.л. молотой корицы. Чай можно заменить теплым имбирным напитком для похудения (1ч.л. измельченного корня имбиря залить 150мл кипятка, добавить 1ч.л. меда и дольку лимона). стакан нежирного натурального йогурта или кефира с 2ст.л. перемолотой овсяной крупы или отрубей, 2 ломтика любого твердого или мягкого сыра либо 50г творога с джемом. Через 30-40 минут съесть сырой овощ (можно натереть) на выбор: морковка, корень сельдерея, репа.

Обед. Овощной суп и 100г мяса. Кусочек отварной говядины можно положить в суп или съесть отдельно 100г куриной грудки, тушенной в воде с 1ч.л. растительного масла и 1ч.л. молотого кориандра. В качестве салата - средняя вареная свекла с 0,5ч.л. черного молотого перца, заправленная 1ст.л. растительного масла или 50г нежирного творога с 0,5ч.л. молотой корицы.

На полдник. Имбирный чай с ломтиком лимона и 1ч.л. меда.

Ужин. Салат из корня сельдерея (потереть сельдерей с яблоком, по желанию добавить кусочки ананаса или 1ч.л. лимонного сока). Печеное яблоко с 2-3 грецкими орехами и по 1ч.л. меда и молотой корицы.

Перед сном. Чай с гвоздикой и бадьяном или кефир с семенами льна. ☺



Прорезывание зубов у детей



Ирина Владимировна ДЕМКИНА, врач-стоматолог, высшая квалификационная категория, заведующая стоматологическим отделением, КГБУЗ «Детская поликлиника №9, г.Барнаул»

Процесс развития зубов начинается задолго до рождения малыша: на 6-8 неделе беременности. Сначала появляются 20 зачатков молочных зубов, а приблизительно к 20-й неделе беременности формируются зачатки уже постоянных зубов, которые располагаются глубже, прямо под молочными.

Прорезывание зубов у детей - это значительное событие становится настоящим испытанием для самого малыша и для его ближайшего окружения.

У каждого ребенка в детстве прорезываются 20 основных зубов, 10 из которых находятся на верхней челюсти и 10 - на нижней. Как правило, появление зубов у младенцев происходит **в следующей последовательности:**

- первыми появляются два нижних центральных резца (начало прорезывания - приблизительно в 6 месяцев);
- затем - верхние центральные резцы;
- через несколько месяцев - верхние боковые резцы;
- за ними уже - нижние;
- после этого примерно в год-полтора прорезываются верхние и нижние моляры (или, как их обычно называют, коренные зубы);
- вслед за ними появляются клыки;
- в возрасте 2-2,5 лет у малышек появляются вторые моляры.

Существует формула, по которой подсчитывают, сколько примерно зубов должно быть у малыша к определенному возрасту: **от количества месяцев нужно отнять четыре.** То есть к году обычно прорезываются 8 зубов (12-4=8). Но стоит отметить, что не существует точной последовательности и конкретных сроков прорезывания зубов. **У каждого ребенка этот процесс протекает индивидуально:** первыми зубки могут прорезаться на верхней челюсти или вместо резцов прорежутся клыки. Все это вполне укладывается в пределы нормы.

На прорезывание зубов влияют многие факторы. Основное значение в этом процессе играет **генотип** (генетическая информация, которая передается ма-



лышу от обоих родителей). Также влияют **продолжительность грудного вскармливания, состояние здоровья мамы во время беременности**, а именно: наличие токсикоза, из-за которого задерживаются сроки прорезывания зубов. Существенную роль в формировании зубочелюстной системы играют **заболевания, перенесенные на первом году жизни**. Так, например, задержка и нарушение очередности прорезывания зубов происходит при рахите и заболеваниях щитовидной железы, частых инфекционных и вирусных заболеваниях. Раннее появление зубов (в 3-4 месяца) происходит у детей, склонных к **акселерации**.

Симптомы прорезывания зубов у детей

Припухшие, болезненные десны с бледными очертаниями зубов говорят о том, что скоро появятся зубки. **Изменяется поведение ребенка** - он становится капризным, суетливым, беспокойно спит по ночам, сон может быть прерывистым. У него наблюдается **обильное слюнотечение**, сопровождающееся покашливанием. Дети не вынимают рук изо рта. **Снижение аппетита**, а в некоторых случаях, возможно, даже временное приостановление прибавки в весе. **Кратковременное появление сыпи** на щеках, подбородке или грудке - это раздражение обусловлено длительным контактом слюны с кожей. В некоторых случаях возможны незначительное повышение температуры тела, разжиженный стул.

При подъеме температуры, и уж тем более при наличии катаральных проявлений (насморк, кашель), необходимо вызвать к малышу врача для исключения вирусной или инфекционной причины лихорадки.

Как помочь ребенку?

Самое главное средство для малыша от любого недуга - **мамины любовь и забота**. Поэтому прежде всего в такой трудный период жизни для ребенка необходимо как можно чаще проявлять ласку, внимание и заботу о нем.

Многим малышам на какое-то время приносит успокоение **массаж десен**, который нужно делать очень осторожно, хорошо вымытыми пальцами или с помощью охлажденного махрового полотенца.

Вполне эффективны и приносят облегчение традиционные **прорезыватели**: резиновые или наполненные водой. Подойдут даже безопасные и чистые детские игрушки.

Если испробованы все средства, а облегчение так и не приходит, попробуйте нанести на воспаленные десны малыша **обезболивающий гель**, продающийся в аптеке. В его состав входит анестетик (лидокаин), быстро снимающий боль и создающий ощущение легкого онемения обработанного участка. В особо болезненных случаях применяют детские обезболивающие препараты, содержащие парацетамол. Исклю-



чения для малышек составляют препараты, содержащие аналгин и аспирин.

Хороший эффект могут дать **гомеопатические средства**, снижающие температуру и уменьшающие признаки воспаления.

Из народных средств рекомендуются **компрессы из отвара цветков обычной аптечной ромашки**, которые накладывают на воспаленные участки десен ребенка.

Когда идти к врачу?

Первый визит малыша к стоматологу должен состояться в полгода. В это время специалистами оценивается правильность строения челюстно-лицевого аппарата и состояние уздечки языка малыша, верхней и нижней уздечек губ. Это нужно обязательно проверять, так как дефекты уздечки могут влиять на процесс сосания, расположения зубов при прорезывании и в будущем даже на речь ребенка. **Регулярно посещать стоматолога деткам рекомендуется уже после года**.

Профилактика

При появлении молочных зубов необходимо тщательно ухаживать за ними. Родителям малышек протирать детские зубки (подробно стоматолог расскажет на приеме), а более взрослым ребятишкам научиться самостоятельно их чистить. В противном случае уберечься от кариеса довольно сложно, поскольку молочные зубки состоят из очень мягкой эмали.

Детям, которые еще не научились тщательно полоскать и сплевывать воду при полоскании полости рта, рекомендуется применять зубную пасту от 0 до 4 лет, приобретая ее только в аптеках.

В какой-то момент вашему ребенку захочется почистить зубы самостоятельно. Можно иногда дать ему возможность самому почистить зубы, однако не следует забывать о том, что вы сами отвечаете за чистоту зубов вашего ребенка. До 6-8 лет у ребенка еще не будет достаточно навыков для самостоятельной чистки зубов. Но даже когда ребенок достигнет данного возраста, вам будет необходимо контролировать каждый процесс чистки ребенком его зубов.

Красивых и счастливых вам детских улыбок! ☺



Социальное партнерство

Губернаторский прием лидеров общественных женских организаций прошел 23 ноября 2012 года в большом зале Администрации края. Обращаясь к участникам Форума, Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин сказал:

- Уважаемые женщины-матери! Искренне рад приветствовать в этом зале всех вас, продолжательниц рода, созидательниц общественного богатства, хранительниц традиций и при этом - лидеров общественных организаций, активисток женского движения Алтай!

Глубоко символично, что свой 25-летний юбилей самые многочисленные общественные организации - советы женщин - отмечают в Год российской истории и 75-летия Алтайского края. Во все времена роль женщин, которые вместе с мужчинами писали историю страны и историю своего края, неоспоримо велика.

Так было и в годы Столыпинской реформы, когда среди крестьян-переселенцев половину составляли женщины, которые, не боясь трудностей, вместе с мужчинами осваивали Алтай. И памятник крестьянину-переселенцу, установленный в юбилейном году, символизирует не только его корневую миссию - достойной «житницы России», но и то, что рядом с крестьянином-отцом шагает его маленькая дочь как символ продолжения жизни, рода и поклонения матери-земле и женщине-матери.

Мы преклоняемся перед подвигом женщин военного лихолетья, подаривших нам жизнь и Великую Победу! И в послевоенные годы они наравне с мужчинами участвовали в масштабной работе по развитию региона, освоению целинных и залежных земель, по воспитанию детей уже новых поколений. **Многие наши землячки, по праву, были удостоены высоких наград и почетных званий, их имена навсегда вписаны в историческую летопись Алтая. И в новое время женщины Алтая продолжают славные трудовые традиции.** В коллективах аграрного сектора они составляют одну треть, их большинство в пищевой, перерабатывающей



отраслях промышленности. В учреждениях образования, здравоохранения, культуры женщин около 80 процентов. Женщины успешно руководят предприятиями реального сектора экономики, уже теснят мужчин в малом и среднем бизнесе, возглавляют ведущие отрасли и организации социальной сферы, целая «россыпь» женских имен и в культуре. Талантливые, целеустремленные и энергичные женщины заботятся о процветании родного Алтая.

Это благодаря их самоотверженному труду мы подошли к 75-летию края с заметными достижениями, встретили свой юбилей подъемом промышленности и сельского хозяйства. Наш край стал одним из ведущих регионов в России, центром развития нано- и биотехнологий. Мы вошли в число крупнейших производителей продовольствия в стране. **В крае реализуются многие уникальные по масштабности проекты,** а Программа преобразования основных отраслей Алтайского края входит в «Стратегию развития России-2020». Нас сегодня знают, нас ценят, нас уважают в стране и в мире. И мы дорожим таким отношением к себе.

Вас, женщин-матерей, несомненно, волнуют наши достижения в социальной сфере, ее ключевых отраслях - образовании, здравоохранении, которые напрямую влияют на качество жизни людей. Не первый год успешно выполняются в крае более 20 социально значимых программ.

Во исполнение Указа Президента РФ нами разработана Стратегия действий в интересах детей в Алтайском крае на 2012-2017 годы. Принята новая долгосрочная целевая программа «Дети Алтая» на 2011-2015 годы. Действует закон о предоставлении краевого «материнского» капитала. Четко выполняются указания Президента РФ в части направления на развитие детской медицины в крае не менее 25 процентов средств, выделяемых на модернизацию здравоохранения (в крае - более 30%). В рамках реализации этой программы идет в полном объеме **оснащение службы материнства и детства,** на которое будет затрачено за 2011-2012 годы почти 2,5млрд. рублей. **На качественно новый уровень выходит медицинская помощь новорожденным.** Работают для детей центры здоровья. В современном краевом Центре планирования семьи и репродукции, наряду с другими методиками лечения, используется комплекс мер медицинской помощи семьям, по той или иной причине не имеющим детей. В этом году эта помощь осуществлена за счет краевого бюджета 300 семейным парам, где родились 162 долгожданных ребенка.

В интересах семей с детьми, особенно многодетных, идет успешная реализация целевой программы «Развитие дошкольного образования в Алтайском крае» на 2011-2015 годы. Сегодня наш край по этой позиции значительно опережает показатели по России.

Наш край - признанный лидер в Сибирском федеральном округе и по многим другим направлениям развития образования. Его заслуженно называют «краем новых школ»: за последние шесть лет построены и реконструированы 92 школы, соответствующие самым высоким современным стандартам. Мы входим в пятерку регионов России и по объемам ресурсов, привлеченных в рамках программы обеспечения жильем молодых семей (в прошлом году - порядка 1млрд. рублей).

Вся работа, которую мы выстраиваем по поддержке института семьи



25-летию Алтайского краевого Совета женщин

с детьми, по демографическому развитию региона, уже дает ощутимые результаты. **За последние пять лет у нас улучшается здоровье населения, растет рождаемость, снижается смертность, увеличивается продолжительность жизни.** По оценкам специалистов, в этом году на Алтае должно родиться не менее 33 тысяч детей - это самый высокий показатель рождаемости за последние 22 года.

При этом особо хочу подчеркнуть, что в вопросах реализации семейно-демографической политики в крае формируется система эффективного взаимодействия органов власти, социально ответственного бизнеса и общественных организаций. И ключевую роль здесь, бесспорно, **выполняют женские общественные организации.** Именно они зачастую определяют верный вектор дальнейшего развития социальной политики в области семьи и демографии. А наибольшую активность в этом, без преувеличения, проявляют вот уже четверть века советы женщин.

В силу того, что их деятельность на Алтае всегда носила созидательный характер, она, как правило, получала поддержку у властей всех уровней. **Ради укрепления института семьи, охраны материнства и детства между ними в крае выстраивались и отношения социального партнерства.** Благодаря этим отношениям многие социально значимые акции, инициируемые женсоветами, приобретали общественно-государственный характер: «Эстафета родительского подвига», акции «Здоровая семья - это здорово!», «Соберем детей в школу», «Место жительства - место воспитания», «Под отцовским крылом» - уже не только вошли в историю женского движения края, но стали его «визитными карточками» в России.

А опыт совместной работы краевого Совета женщин с Администрацией края по формированию ответственного родительства и отцовства по достоинству оценен на Всероссийском форуме отцов и на межрегиональной конференции Союза женщин России (СЖР), проводимой на Алтае в 2009 году. Принятое в этом же году Соглашение о взаимодействии между Администрацией края и СЖР (первое в его истории) вывело наши

отношения социального партнерства на новый уровень, определило сторонам повышенные требования и взаимные обязательства.

Администрация края высоко оценивает основные направления в современной деятельности советов женщин (в союзе с другими женскими, ветеранскими, молодежными организациями). Это и адресная работа с семьями группы «социального риска», и формирование ответственного родительства, и продвижение женщин на уровень принятия решений, и достижение гендерного равенства. Последнее направление особенно актуально в предстоящем 2013 году. В нем исполняется 20 лет Конституции РФ, статья 19 которой провозгласила равенство прав и возможностей женщины и мужчины.

Важно отметить, что **школа таких общественных организаций, как советы женщин, является не только самой доступной, но и весьма эффективной для подготовки лидеров во всех областях жизнедеятельности общества.** Такими лидерами, выросшими в рядах женского движения края, являются сегодня заместители глав администраций районов, и они же - председатели советов женщин: Бийского - **Любовь Костина**, Ключевского - **Любовь Зюзина**, Новичихинского - **Галина Белицкая**; известные в крае руководители общественных организаций, активно работающие и в Общественной женской палате края, - **Раиса Федорова**, **Татьяна Величко**, **Ирина Козлова**, **Раиса Голованева**, **Галина Шнайдер**

и многие другие. И, конечно, нельзя не упомянуть бессменного лидера краевого Совета женщин - **Надежду Ремневу.**

Глубоко символично, что эта встреча проходит накануне светлого праздника - Дня матери в России. На Руси Мать всегда считалась хранительницей нравственного закона, она отвечала за моральные качества и судьбы своих детей. С участием матерей создается весомая доля материальных и духовных ценностей страны. А потому **нам, власти и широкой женской общественности, необходимо и дальше совместными усилиями повышать статус матери в семье и обществе.** Предстоит с еще большей точностью направлять все наши социально значимые проекты на сбережение детей и воспитание достойного подрастающего поколения. Здесь наши интересы едины!

Мы верим, что женский актив Алтая будет и дальше оставаться «движущей силой перемен, рупором общественного мнения, катализатором развития», а наше партнерство будет конструктивно и долгосрочно.

Искренне желаю советам женщин всех уровней и их лидерам дальнейшего творчества, роста численности рядов, успехов во всех делах и бескорыстного служения во благо родного Алтая. Примите самые искренние поздравления с 25-летием советов женщин на Алтае! Будьте все здоровы, любимы, счастливы. ☺

На фото: Участники проекта «Здоровая семья - это здорово!», отмеченные наградами Алтайского края



С Новым, 2013-м, годом!

Искренне поздравляем
всех друзей нашего журнала
с полным радостных
ожиданий Новым Годом!
Успехов, благополучия в семье,
крепкого здоровья, исполнения
желаний. Пусть на вашем пути
встречаются только добрые
и отзывчивые люди.
Пусть слезы на ваших глазах
будут только от счастья!
И, если в Новом году, на вашу
долю выпадут испытания,
пусть они будут Вам по силам,
закалят Вас, сделают сильнее, добрее.



Редакционный Совет, редакция, общественные представители
журнала «Здоровье алтайской семьи»