

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (124) АПРЕЛЬ 2013

Алтайскому
краевому
кардиологическому
диспансеру - 25 лет



Наши сердца открыты для вас...



Мы хотим быть здоровыми не напрягаясь... или Как жить набело!..

Не знаю, возникало ли у вас такое чувство, что ты сам, люди окружающие тебя живут как бы «на черновичек»... Вот еще немного времени и уже буду жить по другому, правильно, «набело». И физкультурой займусь, ну хотя бы зарядку легкую в системе буду делать, а то уже животик, да какой животик, приличное пузцо выросло! Да и на прогулки время найду, сто лет в лесу не были... И питаться буду тоже правильно, ну что за жизнь! Бегаешь целый день, перекусить некогда - вечером наперся все подряд и на диван или к компьютеру!!!

И заметьте, найти объяснение почему невозможно сделать то или иное ради собственного здоровья – всегда находится легко.

Но! Посмотрите, появилась и другая категория людей. Не зависимо от профессии - они довольно компетентно говорят о принципах здорового питания, и не просто говорят, а следуют им и, невольно пропагандируют их среди своего окружения: дома, на работе, в кругу друзей.

Они находят время, причем жестко, в системе, что бы пойти в бассейн, на беговую дорожку - и не обязательно утром или вечером, вписывая такие занятия физкультурой в график в середине дня.

Они предпочитают выходные проводить не в бессмысленном шатании по торгово-развлекательным центрам, а в прогулке по парку с детьми - получая заряд положительных эмоций, снимая недельный стресс.

И все эти усилия по изменению своего образа жизни, говорят они – только на первых порах усилия. Потом это потребность, удовольствие, просто стиль жизни, если хотите!

Безусловно, важна мотивация на здоровый образ жизни.

И одним из таких мотивирующих факторов, на наш взгляд, может стать окружающая человека среда. И не важно где живет человек в городе или сельской местности. Должны быть условия для укрепления и сохранения здоровья. Бассейны, спортивно-оздоровительные комплексы, а их число, а следовательно и доступность – растет, это замечательно. Но, с одной стороны – затратно. С другой – сложно обеспечить необходимую массовость, особенно на данном этапе.

Помимо специальной инфраструктуры - важно, что бы естественная среда обитания, окружающая человека рядом с домом, работой: парки, скверы, городские и школьные дворы и т.д. - стали так же местом осознанного оздоровления жителей.

Здоровье и экология – именно эта тема стала предметом обсуждения на круглом столе, прошедшем по инициативе Комиссии по охране здоровья и экологии Общественной палаты Алтайского края и нашего журнала.

И представленные во время обсуждения молодыми архитекторами довольно детально проработанный, как «парк здоровья», заброшенный в настоящее время парк «Юбилейный» или - предложение по обустройству пространства, примыкающего к речному вокзалу, как зону активного семейного отдыха - явный признак актуальности этой темы. (Мы планируем опубликовать материалы круглого стола продолжить дискуссию на эту тему).

Воплощение таких масштабных предложений, безусловно, требует серьезных средств, но еще больше идеолога, энтузиаста, заинтересованного именно в таком проекте.

Но, все это - и стадионы, и бассейны, и парки здоровья могут оказаться совершенно не востребованными, если мы не изменим своего отношения к своему здоровью.

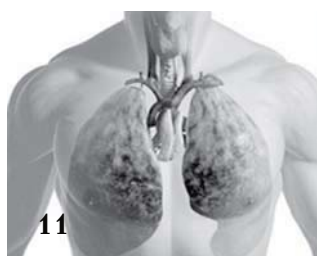
И поэтому - напрягитесь, поработайте над собой ради своего здоровья! Поверьте, если это не важно и не нужно вам, то почему это должно беспокоить других?..

День за днем вы проживаете свою единственную и неповторимую жизнь! Проживаете ее набело....



4

*Если мы не будем
ранодушны*



11

*Профилактика
рака легкого*



19

*Воспалительные
заболевания
органов малого
таза. Почему
и что делать?*



38

*Пути помощи
детям с детским
церебральным
параличом*

А.П. Косоухов.
Алтайскому краевому кардиологическому диспансеру - 25 лет! 2-3

О.Н. Николаева. Если мы не будем равнодушны 4-7

И.В. Барышев.
Плоскостопие. Причины и последствия заболевания 8-9

Объединяя семьи и города 10

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Д.В. Мязин. Профилактика рака легкого 11-13

Жизнь без табака и алкоголя 14

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»
Медицинские услуги - по новым правилам 15

И.А. Шалунова.
Лечение сахарного диабета первого типа у детей 16-17

Волшебная палочка 18

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.П. Зенкина, Т.И. Горбачева. Воспалительные
заболевания органов малого таза. Почему и что делать? 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.

Проводится конкурс «Лучший наставник 2013 года» 21-22

О.И. Банькина. Грипп у беременных 22-23

Л.Н. Муратова. Остеопороз - тихая эпидемия 24

Под белым-белым одеялом 25-27

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Т.И. Дорошенко. Как помочь ребенку заговорить? 28-30

Я поведу тебя в музей 31

Азбука ухода за волосами 32-33

Запчасти для человека 34

Приезжайте к нам за здоровьем! 35

Т.В. Манина. Полюбите «неслуха» всем сердцем! 36-37

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

М.А. Костыркин, А.В. Смирнова.

Пути помощи детям с детским церебральным параличом 38-40

Животные против растений 41

«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Диабетическая нефропатия 42-43

Магия жемчуга 44



Алтайскому краевому кардиологическому диспансеру - 25 лет!



Андрей Петрович КОСУХОВ,
главный врач Алтайского
краевого кардиологического
диспансера

С открытием
в 1988 году
Алтайского
краевого
кардиологического
диспансера (АККД)
началось
формирование
единой системы
оказания
кардиологической
помощи жителям
края.

Уже в 1991 году впервые в Алтайском крае была проведена операция на сердце с применением методики искусственного кровообращения.

В 1993 году была выполнена первая операция аортокоронарного шунтирования.

В 1994 году открыто отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения. Сегодня чрескожные вмешательства на коронарных артериях проводятся в круглосуточном режиме. **Накоплен богатый опыт по оказанию экстренной эндоваскулярной помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС).** Данным вмешательствам подвергается 58% больных острым инфарктом миокарда (в среднем по РФ - 32%).

С 2007 года внедрена методика эндоваскулярного закрытия дефекта межпредсердной перегородки с помощью системы AMPLATZER. За 4 года прооперировано более 30 пациентов. В 2011 году освоена технология рентген-эндоваскулярной коррекции другого врожденного порока сердца - незаращения артериального протока.

С 2008 года АККД включен в перечень учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в разделе «Сердечно-сосудистая хирургия» за счет средств федерального и краевого бюджетов. Выполняются следующие виды вмешательств: аортокоронарное шунтирование, протезирование сердечного клапана, установка стента в коронарный сосуд, установка электрокардиостимулятора.

Отлаженная система финансирования и возможности ресурсной базы кардиодиспансера позволяют выполнять до 1700 высокотехнологичных кардиохирургических вмешательств в год (за прошедшие годы в данном разделе выполнено более 8500 операций).

Завершенная в 2007 году реконструкция реанимационно-хирургического блока позволила в

два раза увеличить объемы кардиохирургической помощи жителям Алтайского края. В новом корпусе размещены пять операционных и реанимационное отделение для послеоперационных больных на 12 коек, выполненных по технологии «чистых помещений». Реконструирована и оснащена современным оборудованием **клинико-диагностическая лаборатория**, что позволило расширить спектр и увеличить объемы лабораторных исследований в 2,2 раза.

Введение в строй нового корпуса дало возможность освободить дополнительные площади для открытия и оснащения коронарного блока на 12 реанимационных коек, отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции.

В 2012 году выполнено более 400 операций имплантации кардиостимуляторов (в 1,7 раза больше показателей прошлых лет).

В лаборатории чреспищеводных электрофизиологических исследований АККД (лаборатория ЧПЭФИ) проводится проверка всех типов электрокардиостимуляторов, имплантированных не только в АККД, но и в федеральных кардиохирургических центрах.

Операции на проводящих путях сердца не выполняются из-за отсутствия оборудования. Только в 2011 году 280 пациентов, нуждающихся в подобных операциях, были направлены в федеральные центры. Освоение таких операций в кардиодиспансере станет новым этапом в развитии кардиологической помощи в крае.

Сотрудничество с федеральными кардиохирургическими центрами осуществляется путем направления больных на оперативное лечение, заочных и очных консультаций в трудных диагностических случаях. В среднем в год число таких больных в крае составляет около полутора тысяч пациентов.

Доступность специализированной кардиологической, в том чис-



ле высокотехнологичной, помощи жителям края обеспечивает разработанная и внедренная в Алтайском крае **система врачебно-диспетчерской службы (ВДС)**. Ежедневно на электронный сайт АККД на прием врачей-кардиологов диспансерного отделения выставляется более 100 талонов. Их количество в 2012 году составило около 30 тысяч, что в 3 раза больше, чем в 2010 году. Это позволило значительно снизить очередность и увеличить количество посещений в поликлинике АККД. **Максимальное приближение кардиологической помощи к жителям города также обеспечивают открытые в восьми поликлиниках Барнаула кардиологические приемы.**

С момента открытия в АККД работает **дистанционно-консультативный центр**. В 2007-2011 годах прошло поэтапное переоснащение всех ЛПУ края системой дистанционного консультирования Теле-Альтон. **Внедрена технология оказания помощи больным с острым коронарным синдромом:** дистанционная запись ЭКГ, консультативная помощь по телефону и доставка в АККД больных с ОКС для оказания высокотехнологичной помощи. За пять лет в АККД из ЛПУ края доставлены 820 пациентов, из них 575 больным проведены экстренные рентген-эндоваскулярные вмешательства и плановые кардиохирургические операции.

В кардиодиспансере разработана система реабилитации и последующего наблюдения пациентов, перенесших ОИМ и реконструктивные операции на сердце и сосудах. В 2009 году в диспансерном отделении созданы кабинет восстановительного лечения и Регистр больных, получивших высокотехнологичную кардиохирургическую помощь. На учете состоит более 1800 человек.

Важным этапом в развитии и улучшении материально-технической базы АККД и кардиологической службы в целом стала



программа модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы. Получено, введено в строй и активно эксплуатируется новое современное оборудование на сумму более 100млн. рублей. Это - **ангиокомплекс, ультразвуковые аппараты, рентгенологическое оборудование, стресс-тест-системы, мониторы ЭКГ и АД, аппараты для искусственной вентиляции легких, операционные столы, наркозно-дыхательная аппаратура и другие.**

Программа модернизации значительно улучшила и бытовой уровень учреждения, на ремонт корпусов которого выделено 87млн. рублей из федерального бюджета и бюджета Администрации Алтайского края.

Ежегодно в стационаре лечивается до 9000 больных, 52% из которых - сельские жители. Более 155 тысяч пациентов получают амбулаторно-консультативную помощь в диспансерном отделении.

Сегодня в стенах АККД трудятся 650 человек. Практически все сотрудники имеют сертификаты специалистов и квалификационные категории. На базе АККД работают специалисты трех терапевтических кафедр Алтайского государственного медицинского университета. Ведутся международные научно-исследовательские про-

граммы. За время существования АККД врачами совместно с сотрудниками АГМУ защищено 18 кандидатских и 4 докторских диссертаций. Опубликовано более 320 научных работ и 20 методических рекомендаций. Материалы научно-исследовательских работ, выполненных на базе АККД, неоднократно докладывались на краевых, всероссийских и международных конгрессах и конференциях.

Сложившаяся структура позволяет АККД не только функционировать как единый лечебно-диагностический центр для жителей Барнаула и края, контролировать качество оказания кардиологической помощи в крае, но и обеспечивать доступность высокотехнологичных видов неотложной кардиологической помощи жителям Барнаула и близлежащих районов края.

Сегодня с уверенностью можно сказать, что Алтайский краевой кардиологический диспансер является одним из крупных лечебных учреждений кардиологического профиля в России. В круглосуточном режиме в его стенах мы готовы оказать неотложную и плановую кардиологическую помощь жителям Алтайского края, улучшить и сохранить жизнь нашим пациентам. ☺



Если мы не будем равнодушны

Наш собеседник – начальник отдела специального образования, опеки и попечительства Главного управления образования и молодежной политики Алтайского края Лариса Валерьевна БАГИНА.

- Недавно в «Алтайской правде» прошла публикация о детском доме №7. Оказывается, что этот детский дом, в котором живут 48 детей, - самый крупный...

- Это в городе Барнауле. В среднем наполняемость краевых детских домов составляет до 40 воспитанников. В Алтайском крае самое большое количество детей воспитывается в самом новом, Топчихинском, детском доме. Это 95 ребят в возрасте с трех до семи лет. При его проектировании и строительстве были учтены основные требования к учреждениям такого типа. В детском доме есть два бассейна (для малышей и для взрослых ребят), банный комплекс с прачечной, отдельно стоящее здание спортивного зала, и соответствующим образом оборудована спортивная площадка на территории учреждения. В этом детском доме ощущения большого числа детей нет. И это все потому, что здание просторное, есть помещения для занятий дополнительным образованием, спортом и физической культурой. На базе этого детского дома проводится ежегодная краевая спартакиада воспитанников детских домов. В 2012 году детский дом с.Топчихи признан лучшим в России по организации физкультурно-массовой работы среди учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Действительно, в таких условиях просто невозможно работать иначе.

- А всего в крае сколько организовано детских домов?

- Сейчас - 29.

- Насколько я знаю, их число у нас сокращается...

- Да, это так. В 2007 году было 44 детских дома, и этот процесс сокращения будет продолжаться, потому что наблюдается позитивная динамика устройства детей в семью. Происходит, выражаясь научным языком, процесс деинституализации, то есть вывод детей из интернатных учреждений.

- А что чаще происходит: усыновление или опекунство?

- Чаще, конечно, опека.

- В чем причина этого, по вашему мнению: потому что опека сопровождается более весомым материальным подкреплением или просто так складываются обстоятельства - если есть живые родственники, то предпочтение отдается опекунству?

- Усыновление обусловлено иной мотивацией, можно сказать, иным психологическим состоянием усыновителя. В первую очередь, потому, что при усыновлении ребенок юридически приравнивается к кровным детям. В основном, на усыновление решаются семьи, в которых по той или иной причине нет детей, или когда дети близких родственников лишаются родительского попечения. Бывают случаи, когда после воспитания подопечных детей граждане принимают решение об их усыновлении. Кстати, **усыновление, как приоритетная форма семейного устройства, особым образом поддерживается в Алтайском крае.** Усыновителю выплачивается единовременное пособие в размере 20 тысяч рублей на



каждого усыновленного ребенка. Кроме этого, в случае, если усыновляемый ребенок находился под опекой гражданина в течение трех лет, продолжается выплата ежемесячного пособия в размере, приравненном к опекунскому пособию до совершеннолетия ребенка.

- С недавнего времени стали проводить педагогическую и психологическую подготовку в семьях, которые собираются взять на воспитание ребенка. Чем это вызвано?

- В Алтайском крае такая подготовка проводится с 2009 года. Это был закономерный процесс, так как мы увидели необходимость такой поддержки замещающих семей. Если в детском доме с ребенком занимается команда профессионалов, включая психологов, педагогов, методистов, врачей-педиатров, других специалистов, то при передаче несовершеннолетнего на воспитание в семью гражданин фактически оставался без психолого-педагогической помощи. Поэтому в крае была выстроена система психолого-медико-педагогического сопровождения, которая направлена, во-первых, на подготовку граждан к приему детей, а во-вторых, на сопровождение



Модернизация здравоохранения

ние замещающих семей в процессе воспитания в них детей, лишенных родительского попечения.

Тогда же в крае на базе ликвидированных детских домов были созданы три центра, и в то время только они и проводили такую подготовку. **С 2010 года была начата работа по передаче полномочий органов опеки детским домам по подготовке потенциальных опекунов. Основная цель этой работы - обеспечить гражданам географическую доступность такой помощи.** Поэтому, когда вышло правительственное постановление о введении с 1 сентября 2012 года обязательной подготовки семей, желающих взять на воспитание ребенка, в крае уже был сформирован положительный опыт проведения такой работы.

Напомню, что **законодательством предусмотрено исключение обязательности прохождения подготовки для следующих категорий граждан:** для усыновителей (удочерителей), являющихся отчимами (мачехами) усыновляемых детей, которые фактически уже воспитывают детей и совместно с ними проживают; для усыновителей (удочерителей), опекунов (попечителей), приемных родителей - близких родственников детей, оставшихся без попечения родителей; для лиц, которые уже являлись усыновителями (удочерителями) и в отношении которых усыновление не было отменено, а также лиц, которые являлись опекунами (попечителями) и не были отстранены от исполнения возложенных на них обязанностей.

- В чем разница между детскими домами и приютами?

Приют - это место временного содержания ребенка. Возможны различные ситуации. Например, когда возникает проблема в семье и родственники вынуждены на определенное время поместить ребенка в интернатное учреждение. Либо когда выявлен ребенок, оставшийся без попечения родителей, и необходимо время для оформления соответствующих документов. Также пребывание в приюте может быть вызвано рассмотрением вопроса о лишении родителей ребенка родительских прав или, наоборот, данного времени достаточно родителям для того, чтобы понять, что ребенок - главная ценность в их жизни, и сделать все, чтобы он вернулся в свою семью.



Но если рассматривать худший вариант, то после получения ребенком статуса оставшегося без попечения родителей его помещают в детский дом. Это учреждение - уже для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

- Насколько актуален, с вашей точки зрения, «закон Димы Яковлева»? Он у всех на слуху, и отношение к нему неоднозначное. Кто-то считает, что это очень правильное решение, а кто-то видит в нем элементы дискриминации по отношению к детям, лишение их возможности жить в нормальных условиях, которые могут обеспечить зарубежные приемные родители...

- Считаю, что закон сыграл положительную роль в вопросах развития семейного устройства детей. Он привлек внимание в целом к проблеме социального сиротства, создав в обществе большой резонанс. На сегодня уже приняты правительственные постановления, упрощающие процедуру подготовки документов для передачи ребенка в семью. Мы ждем федеральных законов, которые существенным образом изменят ситуацию по устройству детей в семью. Поэтому рассматриваем не отдельно этот закон, а вместе с ним тот пакет законопроектов и постановлений правительства Российской Федерации, который сейчас проходит согласование.

- То есть он послужил толчком к тому, чтобы эту проблему в обществе начали решать?

- Главное значение этого закона - в привлечении внимания к проблеме устройства детей в замещающие семьи.

Если в детском доме с ребенком занимается команда профессионалов, включая психологов, педагогов, методистов, врачей-педиатров, других специалистов, то при передаче несовершеннолетнего на воспитание в семью гражданин фактически оставался без психолого-педагогической помощи. Поэтому в крае была выстроена система психолого-медико-педагогического сопровождения.



Приют - это место временного содержания ребенка. Когда родственники вынуждены на определенное время поместить ребенка в интернатное учреждение. Когда выявлен ребенок, оставшийся без попечения родителей, и необходимо время для оформления соответствующих документов. Когда рассматривается вопрос о лишении родителей ребенка родительских прав или, наоборот, родителям нужно время, чтобы понять, что ребенок - главная ценность в их жизни.

- Депутат Государственной Думы, первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Николай Герасименко сказал, что закон явился своего рода катализатором, выявившим болевые точки, которые теперь мы пытаемся устранить.

- В том числе и этот фактор. В настоящее время Алтайский край направил свои предложения, касающиеся внесения изменений в подготовленные федеральные законопроекты: по процедуре усыновления, по профилактике социального сиротства. Думаю, что то же самое сделали все субъекты Российской Федерации и наши предложения будут учтены при утверждении федерального закона.

- В какой степени жители края проявляют интерес и к усыновлению, и к опекунству? И как часто наблюдается альтруистический момент?

- Об этом лучше говорят факты. Например, в течение четырех последних лет в крае число детей, устроенных на воспитание в семьи, превышает число выявленных. В настоящее время мы меньше помещаем детей в интернатные учреждения, а больше устраиваем в семьи, в том числе и из детских домов. Этот показатель у нас - один из лучших в Сибирском федеральном округе.

Отмечу, что сельские жители берут в свои семьи на воспитание детей чаще, чем горожане. Возможно, это происходит потому, что горожане живут преимущественно в квартирах. До 27 февраля 2013 года, пока не было изменено законодательство, предъявлялись определенные требования к жилищно-бытовым условиям

кандидата. На мой взгляд, сельским жителям было проще в этом смысле: у многих - усадьба, просторный дом, подсобное хозяйство...

- Как часто случаются возвраты?

- К сожалению, они есть. И связаны они со многими причи-

нами. В основном - со смертью опекуна, его заболеванием, препятствующим дальнейшему воспитанию ребенка, другими объективными обстоятельствами. Редко, но есть случаи ненадлежащего исполнения обязанностей опекунами. Выявление таких случаев происходит в процессе организованного специалистами по опеке и попечительству контроля за условиями пребывания ребенка в замещающей семье. В целом, на все случаи помещения ребенка в детский дом в связи с отменой опеки приходится менее одного процента от общего числа детей, воспитывающихся в замещающих семьях. Основной критерий оценки благополучия ребенка в семье - соблюдение его прав.

В 2012 году мы утвердили порядок кризисного сопровождения замещающей семьи. Его основная цель - обеспечить своевременную помощь замещающим родителям, подопечным детям, упорядочить действия специалистов органов опеки и попечительства, служб сопровождения при выявлении неблагополучия в семье и оказании необходимой психолого-педагогической помощи.

- Возвращаясь к «закону Димы Яковлева»: изменилось ли отношение граждан к самим актам усыновления и опеки после принятия закона?

- Положительный отклик у граждан вызвало упрощение процедуры оформления опеки. Напомню, что в соответствии с принятым в феврале текущего года правительственным постановлением увеличен срок действия медицинского заключения о состоянии здоровья граждан, желающих принять ребенка на воспитание в свои семьи: с трех до шести месяцев. Также из перечня обязательных документов, представляемых гражданами, исключена справка о соответствии жилого помещения санитарным и техническим правилам и нормам. Кроме этого, закреплено право кандидатов в замещающие родители получать подробную информацию о ребенке и сведения о наличии у него родственников, обращаться в медицинскую организацию для проведения независимого медицинского освидетельствования ребенка, передаваемого под опеку, а также обязанность познакомиться с ребенком и установить с ним контакт, ознакомиться с документами, хранящимися у



Модернизация здравоохранения

органа опеки и попечительства в личном деле ребенка.

Изменения коснулись и усыновителей. Установлено, что постановка на учет в качестве кандидатов в усыновители, имеющих заключение о возможности быть опекуном, осуществляется органом опеки и попечительства на основании заявления таких граждан и представленного ими заключения о возможности быть опекуном (представление документов, необходимых для усыновления ребенка, в этом случае не требуется).

- А реально ли вообще обойтись без детских домов, ведь они будут закрыты за ненадобностью?

- Эта тема гораздо шире, чем семейное устройство детей-сирот. Сейчас профилактика социального сиротства ставится во главу угла. **Что такое профилактика социального сиротства?** Это целый комплекс мер, реализуемых на межведомственной основе. Главная задача - это сохранение кровной семьи для ребенка. Следующее направление - формирование с раннего возраста ответственного родительства. Повторю: это решение комплекса задач, проблем, реализация комплекса мер. Это не только важнейшее направление, но и самое сложное во всей работе.

Конечно, число детских домов будет продолжать сокращаться. Все принимаемые в последние годы меры создают предпосылки для этого. Например, один из барьеров, препятствующих передаче ребенка в семью, - это состояние его здоровья. С этого года вводится углубленная диспансеризация детей, проживающих не только в интернатных учреждениях, но и в опекунских семьях. У граждан, воспитывающих подопечных детей, будет возможность детально обследовать состояние здоровья ребенка и при необходимости получить необходимую, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Что касается детских домов Алтайского края, то назову лишь несколько цифр. В течение последних трех лет на 25% сократилось число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в детских домах края, более чем на 25% - воспитанников этих образовательных учреждений. Соответственно, сократилось и число детских домов на тер-



ритории края. Часть из них реорганизована в центры психолого-медико-социального сопровождения, оказывающие услуги замещающим семьям, в зданиях других детских домов открыты либо готовятся к открытию дошкольные образовательные учреждения.

- Традиционный вопрос всем участникам наших встреч: ваши советы и рекомендации нашим читателям как специалиста в той области, о которой мы с вами говорим.

- Если говорить о приеме детей в семью, то наш совет гражданам, изъявившим желание стать опекуном или попечителем: спросите себя, готовы ли вы к воспитанию приемного ребенка, какова цель приема ребенка в вашу семью? Это очень важные для принятия решения вопросы. **Обязательно пройдите обучение в Академии замещающей семьи - возможно, именно тогда вы примете окончательное и правильное решение.**

Мы также советуем всем гражданам посетить наш сайт «Счастливое детство - в семье». У вас будет возможность через фотографии, видеозаписи не только познакомиться с детьми, которые ждут замещающих родителей, но и изучить нормативную базу, регулиующую вопросы устройства детей в семью. Возможно, после такого заочного знакомства у вас и появится желание подарить ребенку новую семью.

Еще одна рекомендация: не будьте равнодушны к проблемам детей, которые живут рядом с вами. Защита прав несовершеннолетних - наша общая забота и ответственность. ☺

Ольга Николаева

ОТ РЕДАКЦИИ.

Для нашего журнала тема организации жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей, - не нова. Мы постоянно возвращаемся к этой проблеме. В 2010 году в журнале был опубликован цикл материалов, который мы посвятили проблеме сиротства, особенно сиротства при живых родителях. Мы ставили своей целью содействовать жителям края в принятии решения об опеке над нуждающимися в таком внимании детьми, дать консультации юристов, психологов, педагогов. Наша рубрика так и называлась: «Школа приемных родителей».

Проникнувшись особой важностью и деликатностью темы, востребованностью доступной информации, мы выпустили одноименный тематический выпуск журнала «Здоровье алтайской семьи» - «Школа приемных родителей».



Плоскостопие.

Причины и последствия заболевания

Илья Валерьевич БАРЫШЕВ,
главный внештатный
детский ортопед
г.Барнаула, КГБУЗ
«Детская городская
поликлиника №2»

Зачастую, когда речь заходит о плоскостопии, люди заявляют: «У меня с детства плоскостопие. Никогда его не лечил, и все хорошо». Но многие даже не подозревают, что боли в спине, суставах нижних конечностей могут быть связаны именно с плоскостопием. Так что же представляет из себя данное заболевание?

Плоскостопие - наиболее часто встречающаяся деформация стопы, характеризующаяся уплощением сводов стоп с потерей ее амортизационных функций. В нормальном состоянии стопа человека имеет два свода: **продольный**, который расположен вдоль стопы по внутреннему ее краю, и **поперечный**, находящийся под основанием пальцев. Оба свода стопы поддерживаются крепкими связками и мышцами, работая как единое целое и выполняя столь необходимые человеку функции, как амортизация и удержание равновесия.

Каковы же причины уплощения сводов стоп? Они бывают самыми разнообразными - от врожденного плоскостопия до плоскостопия в результате различных травм и заболеваний. Однако **чаще всего причиной развития плоскостопия является образ жизни, сопровождающийся недостатком или избытком нагрузки на ноги. Продолжительное стояние на ногах при определенных видах профессий** (повар, парикмахер, продавец и т.д.), **сидячий образ жизни в современном мире, лишний вес, чрезмерные физические нагрузки у спортсменов** - все это приводит к появлению плоскостопия. Еще одной из причин развития заболевания является **неправильно подобранная обувь**: узкая, на плоской подошве или, напротив, на высоком каблуке. Стоить отметить, что при беременности увеличение веса, гормональная перестройка организма

также могут спровоцировать ослабление мышечно-связочного аппарата стоп. **Наличие у родителей плоскостопия увеличивает риск развития данного заболевания у ребенка.**

При уплощении продольного свода стоп возникает продольное плоскостопие, при уплощении поперечного - соответственно поперечное. Когда ослабевают оба свода стоп, тогда возникает комбинированное плоскостопие.

Поначалу плоскостопие может совершенно не беспокоить больного, лишь изредка давая о себе знать усталостью в икроножных мышцах после длительных прогулок. Но, постепенно прогрессируя, **заболевание начинает проявляться следующими симптомами:**

- ◆ *усталость и боли* в ногах, чувство тяжести к концу рабочего дня;
- ◆ *отечность* в области лодыжек;
- ◆ *обувь быстро стачивается* и изнашивается с внутренней стороны;
- ◆ при покупке новой обуви приходится *брать на размер* или даже на два больше, чем раньше;
- ◆ *ходьба на каблуках* доставляет сильный дискомфорт;
- ◆ *судороги в икроножных мышцах* вечером или даже по ночам.

Вышеперечисленные симптомы характерны для всех типов плоскостопия.

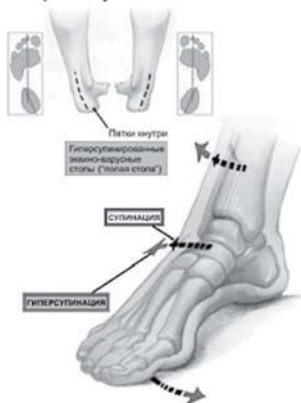
Продольное плоскостопие приводит к тому, что стопа постепенно теряет свою форму, «расплывается», за счет увеличения длины и ширины стопы.

Выделяют три степени плоскостопия. При первой степени деформация стоп обычно отсутствует. Усталость в ногах появляется только при длительной ходьбе или после чрезмерных физических нагрузок.

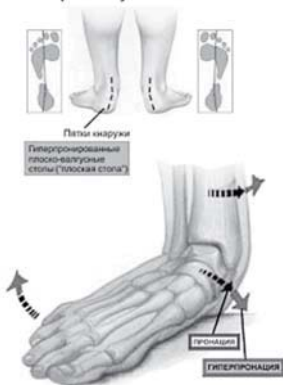
При второй степени плоскостопия свод стопы исчезает. Боли распространяются на лодыжки и голени, появляются даже после небольшой прогулки. К вечеру могут появляться отеки стоп. Походка теряет свою плавность, стопы «шлепают» по полу.

Плоскостопие третьей степени выражается длительными болями, причем они охватывают не только стопы, голени, но и поясницу. Деформация стопы резко выражена. Ходьба, даже

О-образная установка стоп



X-образная установка стоп



спокойная и непродолжительная, затруднена.

Поперечное плоскостопие проявляется образованием так называемых «шишек», или «косточек», в области основания первого пальца стоп, появлением мозолей, или «натоптышей», под основанием остальных пальцев. При прогрессировании заболевания происходит отклонение первого пальца кнаружи (Hallux valgus), остальные пальцы стоп приобретают молоткообразную форму.

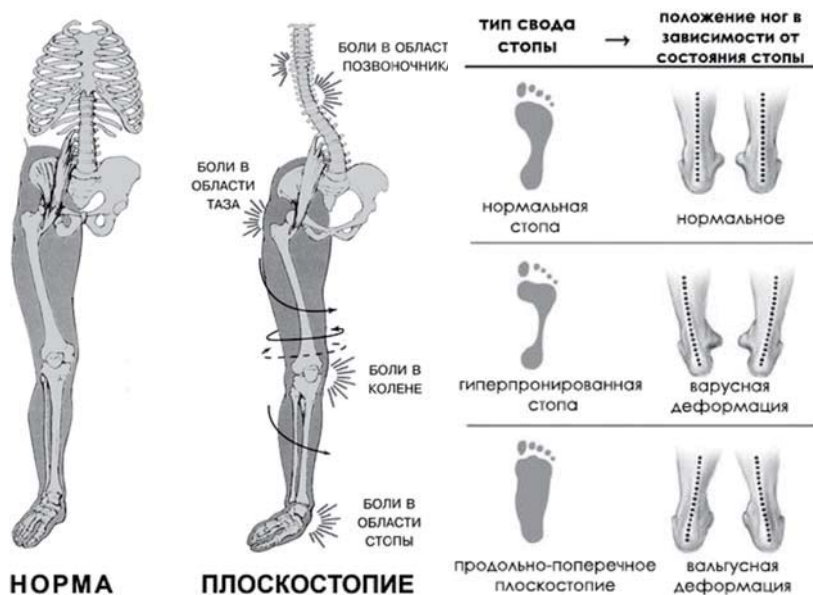
Прогрессирование плоскостопия приводит ко множеству осложнений:

- ◆ болезни коленных суставов (деформирующий артроз, разболтанность коленных суставов);
- ◆ артроз тазобедренных суставов (коксартроз);
- ◆ болезни позвоночника (сколиоз, остеохондроз, грыжи межпозвоночных дисков);
- ◆ варикозное расширение вен;
- ◆ пяточная шпора.

Отдельно стоит сказать про **плоскостопие у детей**. У всех детей до 5-7-летнего возраста стопа выглядит плоской вследствие анатомических особенностей. В связи с этим существует мнение, что плоскостопия у маленьких детей не бывает. Действительно, статического плоскостопия, как у взрослых, у малышей не бывает. Но **у детей после начала ходьбы может возникнуть заболевание, называемое «плоскостопальными стопами»**. Патология проявляется уплощением стопы в сочетании с отклонением пятки кнаружи. Встречается преимущественно у детей, имеющих сниженный тонус в мышцах нижних конечностей. Заболевание нужно начинать лечить сразу же после первичного его выявления. Нелеченые плоскостопальные стопы в дальнейшем приводят к плоскостопию.

Для выявления плоскостопия следует обратиться к врачу-ортопеду. Заболевание диагностируется при визуальном осмотре. В случае необходимости ортопед назначает рентгенологическое исследование стоп.

Лечение плоскостопия - комплексное. Каждый пациент требует индивидуального подхода, так как в каждом случае болезнь протекает по-своему. Здесь сразу стоит оговориться, что **полностью вылечить плоскосто-**



пие возможно только у детей. У взрослых людей лечение будет направлено в первую очередь на устранение симптомов заболевания и профилактику дальнейшего прогрессирования.

Первой и, пожалуй, самой главной рекомендацией является **ношение специальных ортопедических стелек**. Благодаря стелькам происходит разгрузка болезненных участков, искусственное формирование сводов стоп. Подбор стелек осуществляется ортопедом индивидуально в зависимости от вида и степени плоскостопия. При тяжелых деформациях стоп показано назначение ортопедической обуви.

Большую роль в лечении плоскостопия играет **специально подобранная лечебная физкультура**, которая способствует укреплению мышечно-связочного аппарата стоп. Подбор комплекса лечебной физкультуры осуществляется непосредственно ортопедом. **Эффективна ходьба босиком по неровной поверхности. Массаж и физиотерапия** также хорошо купируют болевые ощущения и улучшают обменные процессы в нижних конечностях. В тяжелых случаях проводится оперативное лечение.

Плоскостопие - очень коварное заболевание, которое приводит к множеству проблем. Более серьезное отношение к столь незначительной, казалось бы, проблеме позволит сохранить здоровье всего организма на долгие годы. ☺

Профилактика плоскостопия

Чтобы исключить развитие недуга, необходимо регулярно проводить профилактику плоскостопия. Она включает в себя **осмотр у ортопеда**. Хотя бы раз в год нужно обязательно посещать этого специалиста.

Кроме того, профилактика плоскостопия включает в себя **подбор правильной обуви**. Самая лучшая обувь - из мягкой кожи, с широким носком, гибкой подошвой, каблучком в пределах 3-4 см. Шпильки носить категорически запрещается. Также противопоказана обувь на плоской подошве. Ребенку желательно приобретать ортопедическую профилактическую обувь в специализированных магазинах, так как в последнее время на нашем рынке появилось очень много низкокачественной продукции.

В целях профилактики также **следует делать специальные упражнения и массаж**, подобранные врачом индивидуально. По возможности нужно ограничить длительное стояние. Отличной профилактикой заболевания является борьба с лишним весом.



Профилактика рака легкого

Основными причинами возникновения рака легких, согласно современным представлениям, являются: табакокурение (до 80-90%), профессиональная деятельность (до 15-20% и более), загрязнение атмосферного воздуха (1-5%; промзоны, город - 10-30%), а также воздуха жилых и общественных зданий (в том числе радон: 5-12%), генетическая предрасположенность (1%).

Исходя из этого представления, **группами повышенного риска возникновения рака легкого**, на которые должно быть сосредоточено внимание при планировании профилактических мероприятий, **являются:**

- ◆ курильщики табака, в том числе и «пассивные» курильщики;
- ◆ лица, работающие на канцерогенно опасных предприятиях (где работники подвергаются, или могут подвергаться, воздействию производственных канцерогенных факторов, или существует потенциальная опасность загрязнения канцерогенами окружающей среды);
- ◆ лица с хроническими заболеваниями легких (пневмокониозы, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая пневмония и т.д.);
- ◆ лица, проживающие в местах с интенсивным загрязнением атмосферного воздуха, а также в жилищах с загрязненной воздушной средой;
- ◆ лица с генетической предрасположенностью к возникновению рака легкого.

Безусловно, лица, входящие в эти группы, одновременно могут быть отнесены к нескольким, в отдельных случаях - даже ко всем, группам риска.

Табакокурение

Выборочные обследования россиян в возрасте старше 15 лет показали, что курит почти 2/3 мужчин и каждая десятая женщина, причем более 80% мужчин и 50% женщин начинают курить до 18 лет. Более 3млн. подростков - курильщики.

Борьба с табакокурением в мире признана наиболее эффективным направлением профилактики рака.

Профессиональный рак

По информации, содержащейся в специализированной базе данных Европейского Союза (CAREX - CARcinogen EXposure - экспозиция к канцерогенам), в начале 90-х годов в

15 странах ЕС действию профессиональных канцерогенных факторов подвергалось **23%** от всего количества работающего населения.

Степень риска развития профессионального рака в значительной степени определяется совершенством технологических процессов и культурой производства, а также степенью защищенности работающих от воздействия канцерогенных агентов.

Для нашей страны это имеет особое значение, так как в России продолжается использование морально устаревших технологий, а износ основных средств производства, в том числе машин и оборудования, на многих предприятиях составляет 90 процентов. При этом обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты органов дыхания не превышает 50-70 процентов. Поэтому степень риска возникновения профессионального рака, в том числе рака легкого, в нашей стране существенно выше, чем в странах Западной Европы и США.

Известны многочисленные химические вещества и производственные процессы, вызывающие рак легких. Некоторые их примеры: *асбесты* (добыча, производство изоляционных и фильтрующих материалов, текстиля); *бензпирен и другие ПАУ* (отработанные, выхлопные газы автомобилей); *беррилий и его соединения* (металлургическая и аэрокосмическая промышленность); *бисхлорметилметиловый и хлорметилметиловый* (технический) *эфир* (производство химических соединений); *кадмий и его соединения* (производство красок, в сплавах, в производстве аккумуляторов, спецэлектродов); *каменноугольные и нефтяные смолы* (производство строительных материалов, электродов, топлива); *кремния диоксид кристаллический* (горнодобывающая промышленность, производство стекла, керамики, абразивов, бетонных изделий); *мышьяк и*



Дмитрий Владимирович МЯЗИН,
врач онколог-пульмонолог,
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Степень риска развития профессионального рака в значительной степени определяется совершенством технологических процессов и культурой производства, а также степенью защищенности работающих от воздействия канцерогенных агентов.



Победим свой страх!

◀ *его неорганические соединения* (производство стекла, металлов, пестицидов, красок); *никель и его соединения* (производство различных типов стали и сплавов, в гальванотехнике, в химическом машиностроении); *талк, содержащий асбестоподобные волокна* (производство бумаги, красок); *хрома шестивалентного соединения* (выплавка легированных сталей, электролитическое хромирование).

Зарубежные исследователи считают, что профессионально обусловленными являются до 20% случаев рака легких.

Атмосферный воздух

Загрязнение атмосферного воздуха в нашей стране вызывает серьезное беспокойство. Только в **2002-2005гг. под воздействием вредных веществ, в том числе канцерогенных**, содержание которых в атмосферном воздухе превышало гигиенические нормативы в 5 и более раз, проживало до **50млн. человек**. При этом, по данным Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, количество населения, подверженного воздействию высоких уровней загрязнения, ежегодно увеличивается.

Количество населения РФ, проживающего на территориях с высоким (> 5 ПДКсс) уровнем загрязнения атмосферного воздуха некоторыми веществами, способствующими возникновению рака легкого, достаточно высоко. Таковыми веществами являются: бензспирен, взвешенные вещества, азота диоксид, серы диоксид, формальдегид.

Особенно сильному воздействию загрязнения атмосферного воздуха подвергается население, проживающее в непосредственной близости к автомагистралям с интенсивным движением и промышленным предприятиям. Давно доказана роль предприятий металлургической, химической и других отраслей промышленности в увеличении онкологической заболеваемости, прежде всего рака легкого, среди населения, проживающего в непосредственной близости от этих предприятий. В этой связи нужно подчеркнуть, что, по данным Роспотребнадзора в 2005г., 76968 предприятий не имели организованной санитарно-за-

щитной зоны, в которой проживал 2671421 человек, то есть около 2% населения страны.

Сказанное позволяет сделать вывод о том, что загрязнение атмосферного воздуха в нашей стране может явиться реальным фактором в формировании заболеваемости раком легкого.

Воздушная среда жилища и непромышленных помещений

Известно много источников токсичных, в том числе канцерогенных, соединений, загрязняющих воздушную среду помещений. Это чрезвычайно актуальная и сложная проблема, которую прокомментировать лишь несколькими тезисами.

● В «Гигиенических аспектах качества воздуха внутри помеще-

● Среди канцерогенных веществ, обнаруженных в воздушной среде жилища и формирующих уровень онкологического риска, следует назвать: табачный дым, радон, бензспирен, бензол, асбест, формальдегид и т.д., а также ряд токсикантов, усиливающих их действие (оксиды азота, серы). Особо можно выделить, что многие из перечисленных соединений могут участвовать в индукции опухолей легких.

● Концентрация загрязняющих веществ внутри помещения зачастую выше, чем в наружном воздухе (разница может достигать 100-кратной величины). Именно жилище вносит основной вклад в суммарное воздействие многих химических загрязнителей воздуха (в том числе канцерогенных) на организм человека.

Значение различных источников при формировании формальдегидной нагрузки на человека

Источник	Среднее поступление в организм (мг/день)
Воздух вне помещения (10% времени)	0,2
внутри помещения (65% времени):	
в жилище обычном	0,5-2,0
в сборных домах из древесно-стружечных материалов	1,0-10,0
на рабочем месте (25% времени): без воздействия формальдегида	0,2-0,8

ний» (Копенгаген, 1981 год) говорится, что «качество воздуха, характерное для внутренней среды различных построек и сооружений, оказывается более важным для здоровья человека и его благополучия, чем качество воздуха вне помещений».

● В помещениях непромышленного типа человек проводит до 80-90% времени (в том числе в жилище - около 60% времени). В воздушную среду жилища поступают сотни соединений: например, в воздухе жилых и общественных зданий Москвы было обнаружено 560 летучих органических соединений (в том числе канцерогенных), относящихся к 32 группам химических веществ.

● Следует учитывать, что в жилище основное время проводят дети, беременные женщины, больные и престарелые - своеобразная группа риска. Таким образом, реально существует онкоопасная ситуация, при которой на лицо - два формирующих ее фактора:

◆ группа лиц, для которых контакт с канцерогенами представляет повышенную опасность;

◆ присутствие в воздушной среде жилища канцерогенных веществ, зачастую в высоких концентрациях.

Радон

Остановимся подробнее лишь на одном канцерогенном факторе жилища, способствующем возникновению рака легких, - на радоне



Победим свой страх!

и его короткоживущих дочерних продуктах распада.

В настоящее время роль радона, поступающего в помещения, в возникновении рака легкого общепризнана. Он является второй по важности причиной рака легких после курения. Наиболее опасным признается воздействие радона на детей и молодых людей до 20 лет. По оценке ВОЗ, до 15% случаев смерти от рака легких в мире связано с его действием.

Радон является самым важным для здоровья человека естественным источником радиации. Радий-226, из которого образуется радон, распространен повсеместно, но содержится в почвах разного состава в различных концентрациях. Поэтому количество радона, высвобождающегося из земной коры, значительно отличается в воздухе в разных местах земного шара, в отдельной стране, регионе. Во многих странах уже проведено (или ведется в настоящее время) картирование территории с целью определения зон с высокими концентрациями радона. Обследуются здания, чтобы выявить квартиры и дома, в которых содержание радона превышает допустимый уровень.

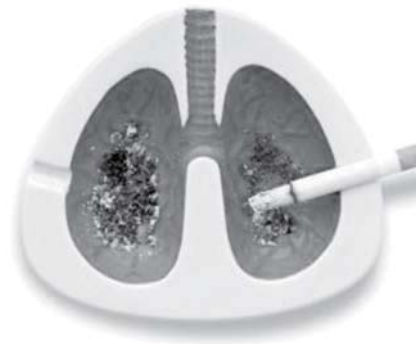
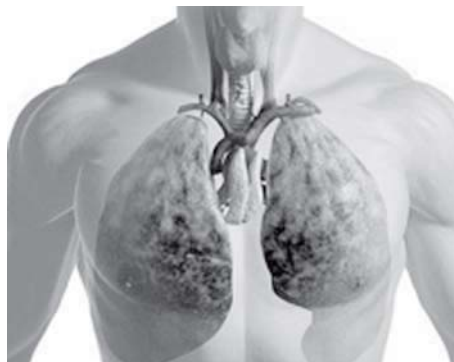
Во все возрастающем масштабе ведется подобная работа и в России, хотя, принимая во внимание размеры страны, все-таки следует признать ее недостаточной. Так, в 2005 году гигиеническим нормативам содержания радона не соответствовало 3,3% обследованных эксплуатируемых и строящихся жилых зданий.

Разработаны многочисленные способы снижения концентрации радона, наиболее эффективными среди которых является вентиляция почвы и подвалов, жилых помещений, нижних этажей и т.д. **Чтобы избежать радоновой опасности, люди, во-первых, должны знать о ее существовании, а во-вторых, быть информированы о мерах профилактики.** И то, и другое знают специалисты, но за редким исключением совершенно не информировано население.

Основные меры профилактики рака легкого

Табакокурение:

◆ строгое законодательное запрещение рекламы табачных



изделий, повышение на них налогов, а также запрещение табакокурения в общественных местах;

◆ ратификация Рамочной конвенции по борьбе против табака (ВОЗ);

◆ создание системы квалифицированной медицинской помощи в отказе от курения;

◆ просветительная работа со всеми группами населения, начиная с дошкольного возраста.

Работа на канцерогенно опасных предприятиях:

◆ соблюдение нормативно-правовой базы, регламентирующей условия работы, в том числе ратификация соответствующих конвенций МОТ;

◆ санитарно-гигиеническая паспортизация канцерогенно опасных предприятий и создание соответствующих БД, а также регистров лиц, контактирующих с канцерогенами;

◆ мониторинг здоровья этого контингента лиц;

◆ повышение квалификации и онкологической настороженности медиков первичного звена и профпатологов.

Загрязненный атмосферный воздух:

◆ строгое соблюдение требований госсанэпиднадзора и природоохранных организаций по защите окружающей среды;

◆ просветительная работа среди населения.

Загрязненный воздух жилых и общественных зданий:

◆ соблюдение строительными организациями всех санитарно-гигиенических требований;

◆ просветительная работа среди населения.

Генетическая предрасположенность:

◆ в случае наличия в семье нескольких случаев рака, не связанных с курением, следует думать о генетической предрасположенности и провести медико-генетическое консультирование.

Для всех групп населения:

◆ постоянная просветительная противораковая работа.

И еще. Хочется подчеркнуть положительную роль питания. В настоящее время **установленным фактом профилактики рака легкого считается достаточное потребление овощей и фруктов** (400-800г - 5 или более порций в день). В России население потребляет овощей и фруктов значительно меньше, чем в странах Западной Европы и бывшего Советского Союза по потреблению овощей и фруктов Россия находилась на 42 месте. А ведь рационализация питания - один из важных и вполне выполнимых путей профилактики рака легкого.

Берегите себя! ☺





Лечение сахарного диабета первого типа у детей



Ирина Андреевна ШАЛУНОВА,
врач детский
эндокринолог, высшая
врачебная категория,
детское консультативно-
поликлиническое
отделение, КГБУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»

(Продолжение. Начало - в №3(123))

К преимуществам использования аналогов человеческого инсулина ультракороткого действия относятся следующие факторы:

○ 1. **они улучшают качество жизни пациентов** (под качеством жизни подразумевается физическое, психическое и социальное здоровье человека, основанное на его субъективном восприятии):

- *просты в применении* (вводятся непосредственно перед едой);
- *возможно применение после еды* (удобны при лабильном быстро изменяющемся аппетите);

- *уменьшение риска гипогликемий* (резкого падения уровня сахара крови);

- *возможно изменять режим питания* (то есть не «привязываться» к режиму питания).

○ 2. **они улучшают обмен углеводов:**

- *снижают уровень постпрандиальной гликемии* (уровень гликемии после еды) и перепадов гликемии;

- *нормализуют уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c, выраженного в процентах).*

Рекомендуется назначение аналогов человеческого инсулина ультракороткого действия (по рекомендации лечащего врача и желательно в усло-

виях стационара - больницы) **в следующих случаях:**

- детям первых лет жизни с непостоянным, меняющимся аппетитом;

- подросткам при расширении режима жизни и питания;

- пациентам с высоким уровнем постпрандиальной гликемии;

- пациентам со склонностью к гипогликемиям в поздние вечерние и ночные часы;

- при лабильном течении заболевания (резкие колебания гликемии от гипогликемии до гипергликемии в течение дня, частое развитие кетоза, кетоацидоза);

- при неэффективности других видов инсулина.

Назначение аналогов человеческого инсулина беспиикового действия (по рекомендации лечащего врача и желательно в условиях стационара - больницы) **рекомендуется в следующих случаях:**

- при значительном повышении уровня гликемии натощак;

- при феномене «утренней зари» (когда в ранние утренние часы отмечается значительное повышение уровня гликемии);

- пациентам со склонностью к гипогликемиям;

- при неэффективности других видов инсулина;

- при желании пациента и его родителей иметь одну вместо двух инъекций инсулина продленного действия.

Существуют различные виды инсулинов (человеческие генно-инженерные инсулины), **которые рекомендованы к применению у детей и подростков.**

Лечение детей и подростков с сахарным диабетом должно сводиться к достижению определенного уровня гликемии. Для этой цели **в рамках федеральной целевой программы «Сахарный диабет» введены определенные критерии, по которым и устанавливается степень компенсации сахарного диабета.**



Показатели гликемического контроля у детей и подростков с сахарным диабетом первого типа

(ISPAD Consensus Guidelines, 2000)

Уровень контроля	Идеальный (недиабетический)	Оптимальный	Субоптимальный	Высокий риск (требуется вмешательство)
<i>Клиническая оценка</i>				
Повышенный уровень гликемии	Не бывает	Нет симптомов	Жажда, частое мочеиспускание, энурез, плохая прибавка веса, плохая посещаемость школы	Нечеткое зрение, болезненные судороги, отставание в росте, поздний пубертат, инфекции кожи и гениталий, признаки сосудистых осложнений
Низкий уровень гликемии	Не бывает	Несколько легких гипогликемий, тяжелых нет	Эпизоды тяжелой гипогликемии (потеря сознания, возможны судороги)	
<i>Биохимическая оценка*</i>				
Гликемия перед едой или натощак, ммоль / л (мг%)	3,6-6,1 (65-110)	4,0-7,0** (72-126)	>8,0 (>144)	>9,0 (>162)
Гликемия после еды, ммоль / л (мг%)	4,4-7,0 (80-126)	5,0-11,0 (90-120)	11,1-14,0 (200-252)	>14,0 (>252)
Гликемия ночью***, ммоль / л (мг%)	3,6-6,0 (65-110)	>3,6 (>65)	<3,6 или >9,0 (<65 или >162)	<3,0 или >11,0 (<54 или >200)
HbA1c (%)	<6,0 (<110)	<7,6 (<137)	7,6-9,0 (137-162)	>9,0 (>162)

Примечания. * - Эти цели, основанные на популяционных исследованиях, должны корректироваться в соответствии с индивидуальными обстоятельствами. Различные цели могут быть применимы к различным индивидуумам, таким, как маленькие дети, больные с тяжелыми гипогликемиями в анамнезе, с нарушением распознавания гипогликемий.

** - Если гликемия натощак утром <4 ммоль / л, рассмотрите вероятность ночной гипогликемии.

*** - Эти цифры основываются на клинических исследованиях, но не существует строго доказанных рекомендаций.

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





Воспалительные заболевания органов малого таза. Почему и что делать?

К воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ) относят воспалительные заболевания матки (эндометрит) и придатков матки (аднексит или сальпингоофорит). Распространенность этой патологии достаточно высока и составляет около 25% среди больных, госпитализированных в гинекологический стационар.

Развитие воспалительных заболеваний матки и ее придатков (яичники, трубы), прежде всего, обусловлено инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и/или внутриматочными вмешательствами (аборты, введение / удаление и длительное ношение внутриматочной спирали), на фоне снижения иммунной защиты организма.

Основные признаки острых воспалительных заболеваний органов малого таза:

- боли внизу живота различной интенсивности,
- гнойные выделения из половых путей, в том числе с неприятным запахом,
- повышение температуры тела.

Нередко развитие острых воспалительных заболеваний органов малого таза начинается с усиления болей во время менструации и менструального кровотечения.

Диагноз острых воспалительных заболеваний матки и придатков, как правило, устанавливают уже при гинекологическом осмотре. Но чтобы полностью оценить ситуацию и определить объем и качество необходимой медикаментозной помощи, необходимо провести **бактериологическое исследование влагалищного секрета**, направленное на выявление возбудителя заболевания, сделать анализы крови, показывающие выраженность общей воспалительной реакции в организме.

УЗИ играет вспомогательную роль и позволяет скорее исключить другую

патологию органов малого таза, чем подтвердить с высокой вероятностью воспалительный процесс в органах малого таза. Тем не менее, **УЗИ высокоинформативно при осложненных формах воспалительных заболеваний придатков, сопровождающихся формированием абсцессов** (гнойных трубно-яичниковых образований), которые встречаются у каждой пятой пациентки, госпитализированной в гинекологический стационар с диагнозом «острое воспалительное заболевание органов малого таза».

В лечении острых воспалительных заболеваний матки и придатков ведущее место занимает правильно подобранная антибактериальная терапия. При выявлении инфекций, передаваемых половым путем, необходимым условием является обследование и лечение полового партнера. Хирургическое лечение острого аднексита показано только при его осложненных формах, то есть при формировании гнойных воспалительных образований.

На этапе стабилизации воспалительного процесса для профилактики хронизации процесса и образования спаек необходимо применять эффективные методы терапии. Так, правильно подобранная физиотерапия способствует улучшению кровообращения в восстанавливающихся тканях, а медикаментозная и немедикаментозная иммунокоррекция (по показаниям), фитотерапия повышают общие способности организма к заживлению, способ-



Наталья Павловна ЗЕНКИНА,

доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук;



Татьяна Ивановна ГОРБАЧЕВА,

ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория

- Алтайский государственный медицинский университет



Школа ответственного родительства

▶ ствуют восстановлению нормальной микрофлоры после массивного курса антибактериальной терапии.

Но даже если лечение проведено в полном объеме, **нередко исходом острого воспалительного процесса в матке и придатках является формирование хронических воспалительных заболеваний**, которые могут приводить к нарушению репродуктивной функции в виде бесплодия и/или невынашивания беременности.

В то же время воспалительные заболевания малого таза - это те заболевания, которые всегда проще предупредить, чем лечить и в дальнейшем долгие годы бороться с их последствиями.

Можно выделить два основных пути первичной профилактики воспалительных заболеваний органов малого таза.

Первый - безопасное и ответственное сексуальное поведение, которое включает предотвращение нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем. Повышенный риск воспалительных заболеваний имеется в случае *раннего начала половой жизни*, когда естественные защитные механизмы половых путей женщины еще окончательно не сформированы, а также *частая смена половых партнеров*. Барьерные методы контрацепции (прежде всего - презерватив), обладая не очень высокой контрацептивной активностью, имеют очень важное преимущество - защищают от инфекций, передаваемых половым путем.

По имеющимся данным, более половины женщин, страдающих бесплодием в результате перенесенных ВЗОМТ, вообще не использовали никаких методов контрацепции в течение жизни, тогда как женщины с сохраненной репродуктивной функцией в 60% случаев пользовались барьерной контрацепцией наряду с другими методами. Мы, авторы статьи, далеки от пропаганды так называемого свободного сексуального поведения, особенно среди подростков. Однако ситуация такова: 47% российских девушек в возрасте 16-17 лет уже имеют сексуальный опыт - и изменить эту социальную тенденцию медицинские работники не в силах. При этом девушки-подростки, а нередко и взрослые



женщины, пользуясь свободой сексуального поведения, оказываются неспособны брать на себя ответственность за свое гинекологическое и репродуктивное здоровье.

Второй путь профилактики ВЗОМТ не является специфичным, а касается доступных каждому человеку способов сохранения своего здоровья: **поддержка нормального функционирования иммунной и других систем организма**. Потому что, кроме инфекций, передаваемых половым путем, воспалительные заболевания матки и придатков могут быть вызваны неспецифическими, в том числе условно-патогенными, микроорганизмами, активация которых вызвана вторичным иммунодефицитом, развитию которого способствуют хронический стресс, нерациональное питание, грубые нарушения режима труда и отдыха. Значение этих факторов образа жизни, как для профилактики заболеваний, так и для здоровья женщины в целом, трудно переоценить.

Любите себя, берегите с молодых лет и будьте здоровы! ☺

Воспалительные заболевания малого таза - это те заболевания, которые всегда проще предупредить, чем лечить и в дальнейшем долгие годы бороться с их последствиями.



Уважаемые коллеги!

Предлагаем ознакомиться с Положением о краевом конкурсе «Лучший наставник 2013 года» и принять активное участие в его реализации.

Уверена, что наставничество как общественное явление, направленное на индивидуальное обучение молодых специалистов сестринского дела в сложный для них период адаптации в новом коллективе, существует во всех учреждениях здравоохранения.

Наставник всегда обладает особыми личностными качествами - это профессионал с педагогическими навыками, умением решать проблемы, позитивным мировосприятием, личным влиянием и авторитетом. И таких специалистов необходимо знать и ценить.

Предлагаемый конкурс позволит нам выявить специалистов-наставников и использовать их практический опыт в дальнейшем совершенствовании сестринской профессии.

Выражаю надежду на совместный успех этого важного и полезного мероприятия. Удачи! Помните: «Вместе мы - сила!».

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

Проводится конкурс «Лучший наставник 2013 года»

«Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» организует проведение Конкурса наставников молодых специалистов в сестринских коллективах учреждений здравоохранения городов и районов Алтайского края, являющихся членами Ассоциации в номинации «Лучший наставник 2013 года».

Участие в конкурсе является своеобразной школой мастерства, обмена передовым опытом в сестринской профессии.

Целью Конкурса является выявление профессионально подготовленных специалистов, обладающих глубокими знаниями, высокой квалификацией и имеющих эффективные показатели в практической наставнической деятельности из числа специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием всех специальностей в учреждениях здравоохранения.

Право на участие в Конкурсе имеют работники учреждений здравоохранения городов и районов Алтайского края со средним медицинским и высшим сестринским образованием со стажем

практической работы не менее 7 лет, срок наставничества в организации - не менее двух лет; являющиеся членами Ассоциации.

Выдвижение на Конкурс осуществляется коллективами учреждений здравоохранения исходя из профессиональных, творческих, нравственных качеств претендентов на звание «Лучший наставник 2013 года».

Конкурс проводится в три этапа:

● **первый этап проводится в учреждениях здравоохранения по месту работы претендентов.** Выдвижение конкурсантов осуществляется по решению Совета по сестринскому делу и согласованию с руководителем учреждения здравоохранения. Протокол решения Совета по сестринскому делу и Заявка на участие в конкурсе направляются в АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» до 20 мая 2013 года. Количество конкурсантов не ограничивается;

● **второй этап: участники Конкурса до 20 августа 2013 года представляют в Конкурсную комиссию АРОО «ПАСМР» следующие документы:**

- анкета участника;
- фотография (формат 9x13, матовая, цветная);
- портфолио (на бумажном и электронном носителе), отражающее практический опыт конкурсанта в области наставнической деятельности;

а) положение о наставничестве в учреждении здравоохранения;

б) характеристика участника конкурса, отражающая профессиональные, лидерские, творческие качества и наставническую деятельность, ее результативность, сведения о наградах и т.д.;



Грипп



Ольга Ивановна БАНЬКИНА, старшая акушерка, акушерское отделение патологии беременности, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО «ПАСМР» с 2004 года

Лечение гриппа у беременных имеет свои особенности. Грипп, в отличие от обычных простудных заболеваний, может причинить плоду вред. Нелеченое заболевание может стать причиной развития целого ряда достаточно серьезных осложнений, провоцирующих угрозу выкидыша либо преждевременных родов. Именно поэтому вирусные либо простудные заболевания необходимо лечить вовремя, то есть сразу же после появления первых симптомов.

в) планы и другие материалы работы с подшефными;

г) информация об участии конкурсанта в конференциях, семинарах, профессиональных конкурсах общегородского, межрайонного, городского, краевого, российского уровня (номинация, год);

д) сведения о научно-практических и просветительских публикациях конкурсанта в различных изданиях (название издания, тема публикации, год издания);

е) видео-, фотоматериалы, презентация деятельности наставника.

Условия оформления портфолио

Работа открывается титульным листом (который не нумеруется), где указываются полное название учреждения, в котором оформляется данная работа, тема работы, ФИО автора, место работы и год написания.

Нумерация страниц производится со второй страницы; номер страницы проставляется в правом верхнем углу.

На второй странице помещается оглавление с точным названием каждой главы и указанием начальных страниц. Общий объем работы зависит от ее назначения.

Текст письменной работы следует печатать, соблюдая следующие размеры полей: левое - 3см, правое - 1,5см, нижнее - 2см, верхнее - 2см.

Текст печатается через 1,5 интервала. Рекомендуется использовать шрифты: Times New Roman или Arial Суг. Размер шрифта - 14пт.

Каждая структурная часть (введение, основная часть, заключение и т.д.) **начинается с новой страницы.** Расстояние между главой и следующим за ним текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.

Заголовки структурных частей работы, например, «ОГЛАВЛЕ-

НИЕ», «ВВЕДЕНИЕ», «ГЛАВА», «ВЫВОДЫ», «СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ», «ПРИЛОЖЕНИЯ» **печатаются прописными буквами симметрично тексту.**

После заголовка, располагаемого посередине строки, не ставится точка. Не допускается подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовка.

Страницы портфолио нумеруются арабскими цифрами в нарастающем порядке, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту. Номера страниц ставятся в правом верхнем углу.

Титульный лист работы включается в общую нумерацию, но номер страницы на ней не проставляется;

- третий этап - практическая часть Конкурса - проводится на базе АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» 11 сентября 2013 года. Конкурсант-финалист должен провести презентацию наставнической деятельности.

Итоги Конкурса будут подведены 15 сентября 2013 года. На заключительном заседании конкурсной комиссии коллегиально обсуждается каждая представленная работа. Проводится открытое голосование, и принимается решение о победителе Конкурса. Победителем Конкурса признается участник, имеющий лучшие показатели (по сумме баллов).

Победители награждаются:

- первое место - 15000 рублей,

- два поощрительных места - по 5000 рублей.

Награждение победителей состоится на Краевой конференции «Адаптация молодых специалистов в учреждениях здравоохранения» 25 сентября 2013 года.

Победители номинаций Конкурса могут привлекаться для участия в соответствующих всероссийских конкурсах. ☺

Скачать полный вариант Положения о проведении краевого Конкурса «Лучший наставник 2013 года», а также ознакомиться с формами заявки и анкеты на участие вы можете на сайте Ассоциации в разделе «Новости».



у беременных

Грипп - это заболевание, которое переносится только воздушно-капельным путем от больного человека, сопровождается высокой температурой, слабостью, насморком, кашлем, головной болью.

Защитная система женского организма в силу своих физиологических причин находится в состоянии вынужденного угнетения - иммуносупрессии. Это служит гарантией того, что механизм охраны внутренней среды от всего чужеродного не срывает против зародившейся жизни. Однако та же самая иммуносупрессия делает женщину крайне восприимчивой к сезонным инфекциям. **Поэтому при заболевании необходимо действовать грамотно, чтобы не навредить плоду!**

Вирус в организме начинает быстро размножаться и разноситься током крови по всему телу. **Грипп начинается остро:** повышается температура до 38-40°C, появляются озноб, головная боль, слабость, разбитость, боли в мышцах, глазах. Может быть тошнота, рвота. Нос заложен (но насморка может не быть), характерны першение в горле, сухой кашель. Лихорадка длится 3-5 дней, затем температура резко падает, что сопровождается обильным потоотделением. Происходит разрушение слизистой оболочки дыхательных путей, которая после этого не выполняет свои защитные функции. Именно поэтому в число осложнений гриппа входят пневмония, бронхит, отит, синусит. Со стороны сердечно-сосудистой системы может развиваться воспалительное заболевание мышц сердца, которое может привести к сердечной недостаточности. Собственно, именно своими осложнениями

грипп и опасен во время беременности. Как его осложнения, наблюдаются большая частота невынашивания, рождение детей с врожденной инфекцией, часты и послеродовые воспалительные заболевания.

Противогриппозные средства (аспирин, определенные противокашлевые и сосудосуживающие средства, некоторые противовирусные препараты) **противопоказаны.** Поэтому лечить грипп во время беременности можно с помощью обильного питья, богатого витамином С, которое будет вымывать токсины вирусов из организма. Это могут быть морсы, горячий чай с малиной, лимоном или медом, напиток из шиповника. От кашля необходимо применять грудные сборы и противокашлевые средства, разрешенные во время беременности. Облегчить состояние помогут паровые ингаляции с настоями календулы, эвкалипта, мяты, зверобоя, багульника, ромашки. Из жаропонижающих разрешен парацетамол.

Наибольшую опасность грипп представляет на ранних

сроках беременности, до 12 недель. На этих сроках происходит закладка органов и тканей будущего малыша, поэтому особенно важно благоприятное течение беременности в это время. Чаще всего, если во время беременности перенесено серьезное заболевание и в развитии ребенка что-то пошло не так, то беременность самопроизвольно прерывается.

Ощущая различные «неприятные» симптомы: слабость, озноб или, наоборот, жар, - обязательно измерьте температуру. Если она превышает 37,8°C, необходимо срочно принять меры. Обратитесь к врачу, а лучше вызовите врача на дом. Повышенная температура во время беременности может говорить о каком-то воспалительном процессе, протекающем в вашем организме: это может быть проявление какой-нибудь инфекции, простуды, гриппа или следствие неправильной работы одного из органов.

Хочется отметить, что **температура при беременности за 38°C, которая долгое время не сбивается, считается очень опасной для развития ребенка.** Она может вызвать серьезные отклонения во внутриутробном развитии малыша.

Часто во время беременности иммунитет ослаблен, поэтому **женщине нужно заранее уделить внимание своему здоровью.** Повысить иммунитет помогут закаливание, здоровый образ жизни, физическая активность, правильное питание. Не помешает также осторожность при посещении мест с большим скоплением людей: перед выходом необходимо смазывать носовые проходы либо оксолиновой мазью, либо мазью с вифероном. ☺



Остеопороз - тихая эпидемия



Лидия Николаевна МУРАТОВА,
медицинская сестра,
высшая
квалификационная
категория, хирургическое
отделение, КГБУЗ
«Городская поликлиника
№11, г.Барнаул»

Остеопороз - это заболевание, связанное с повреждением (истончением) костной ткани, ведущее к переломам и деформации костей.

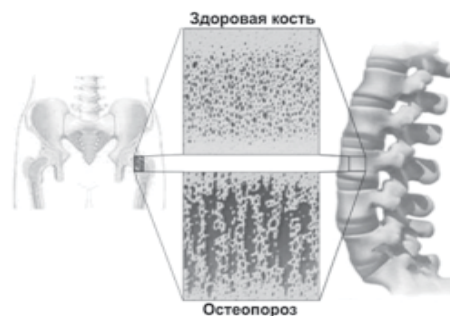
Остеопороз развивается при недостатке кальция у молодых людей, но особенно часто заболевание встречается у пожилых женщин. После 60 лет им страдает каждая четвертая. Но последние исследования показали, что у мужчин остеопороз развивается ничуть не реже, чем у женщин.

В норме в организме постоянно идет обновление костной ткани - удаление старой кости и образование новой. **Скорость обновления с возрастом замедляется:** если у детей она составляет 50% в год, то у взрослых всего 5 процентов. После 30 лет разрушение костей происходит быстрее, чем их замена новой костной тканью. У женщин в климактерическом периоде **снижение уровня эстрогена** (женского гормона) **ускоряет потерю костной ткани и тормозит усвоение кальция, образование новой кости.** Если запасы кальция в костях недостаточны, когда процесс старения уже начался, то возрастает вероятность развития остеопороза. Кроме кальция, для профилактики остеопороза необходимы магний и витамин D.

Факторы риска развития остеопороза

К ним относятся:

- ◆ семейный анамнез (наличие переломов шейки бедра у родственников);
- ◆ курение сигарет;
- ◆ хрупкое телосложение (индекс массы тела меньше 23);
- ◆ избыточное употребление алкоголя;
- ◆ светлая кожа;
- ◆ избыточное потребление кофеина;
- ◆ ранняя менопауза, в том числе хирургическая менопауза;
- ◆ малоподвижный образ жизни;
- ◆ лекарственные препараты (кортикостероиды, левотироксин, противосудорожные средства, гепарин).



Диагностика остеопороза

Для остеопороза характерно бессимптомное течение в первые 10-15 лет. **Возможны жалобы на боли в костях** (особенно в поясничном и грудном отделах позвоночника, могут напоминать радикулит), **медленное уменьшение роста, изменение осанки, ограничение двигательной активности, потерю массы тела.**

Денситометрия - исследование плотности костной ткани (рентгенологическое или ультразвуковое), а также количественная компьютерная томография позволяют оценить состояние костной ткани.

Профилактика

Для профилактики и лечения остеопороза при низкой плотности костной ткани врач может быть назначены эстрогены, бифосфонаты, миакальцин и другие современные препараты для повышения плотности костной ткани.

Опасно сочетание остеопороза с плоскостопием. Амортизирующие свойства стопы при плоскостопии снижены, и перегрузки, испытываемые суставами и позвоночником при деформации стопы, при остеопорозе могут вызвать больше неблагоприятных последствий (вплоть до компрессионных переломов позвоночника). В этом случае помочь могут правильно подобранные ортопедические стельки.

Для предупреждения переломов при остеопорозе соблюдайте минимальную технику безопасности: уберите скользящие коврики дома, провода электрических приборов с проходов. Откажитесь от высоких каблуков, носите удобную обувь. Пользуйтесь палкой или приспособлением для ходьбы, если ваша походка потеряла устойчивость. Оборудуйте ванную специальными поручнями. Сделайте свою жизнь более удобной и безопасной. ☺

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

На правах рекламы



Как помочь ребенку заговорить?



Татьяна Ивановна ДОРОШЕНКО,
логопед,
КГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики»

Долгое время принято было считать, что детская речь возникает из прямого подражания речевым звукам взрослого. Малыши запоминают слова взрослых, повторяют их и таким образом усваивают речь. Действительно, подражание имеет место при овладении речью. Однако оно не является главным.

Ребенок может легко воспроизводить то или иное слово по просьбе взрослого, но в то же время никогда не использовать его самостоятельно. Значит, **умение подражать, воспринимать и воспроизводить чужие слова еще не ведет к появлению собственных слов ребенка.**

Потребность и необходимость говорить предполагает два главных условия. **Первое - это потребность в общении со взрослым и второе - потребность в предмете, который нужно назвать.** Но ни то, ни другое в отдельности к слову еще не ведет. И только ситуация предметного сотрудничества ребенка со взрослым создаст необходимость назвать предмет и значит, произнести свое слово. Получается: **главное - не просто говорить, но и играть с ребенком и разговаривать не просто так, а по поводу совместной игры.**

Рассмотрим, как могут родители помочь ребенку заговорить.

Разговор с самим собой. Когда малыш находится недалеко от вас, **начните говорить вслух о том, что видите, слышите, думаете, чувствуете.** Говорить нужно **медленно** (но не растягивая слова) и **отчетливо, короткими, простыми предложениями** - доступными восприятию малыша. Например: «Где чашка?», «Я вижу чашку», «Чашка на столе», «В чашке молоко», «Таня пьет молоко» и т.п.

Параллельный разговор. Этот прием отличается от предыдущего тем, что **вы описываете все действия ребенка, что он видит, слышит, чувствует, трогает.** Используя «параллельный разговор», вы как бы подсказываете ребенку слова, выражающие его опыт, слова, которые впоследствии он начнет использовать самостоятельно.

Провокация, или искусственное непонимание ребенка. Этот прием помогает ребенку освоить ситуативную речь и состоит в том, что

взрослый не спешит проявить свою понятливость и временно становится «глухим», «глупым». Например, если малыш показывает на полку с игрушками, просительно смотрит на вас, а вы хорошо понимаете, что нужно ему в данный момент, попробуйте дать ему не ту игрушку. Конечно же, первой реакцией ребенка будет возмущение вашей непонятливостью, но это будет и первым мотивом, стимулирующим малыша назвать нужный ему предмет. При возникновении затруднения подскажите малышу: «Я не понимаю, что ты хочешь: киску, куклу или машинку». В подобных ситуациях ребенок охотно активизирует свои речевые возможности, чувствуя себя намного сообразительнее взрослого. Этот прием эффективен не только для называния предметов, но и для словесного обозначения действий, производимых с ними.

Распространение. **Продолжайте и дополняйте все сказанное малышом, но не принуждайте его к повторению** - вполне достаточно того, что он вас слышит. Например:

- «Суп», - говорит ребенок.

- «Овощной суп очень вкусный», «Суп кушают ложкой», - отвечает взрослый.

Отвечая ребенку распространенными предложениями с использованием более сложных языковых форм и богатой лексики, вы постепенно подводите его к тому, чтобы он заканчивал свою мысль, и, соответственно, готовите почву для овладения контекстной речью.

Приговоры. Использование **игровых песенок, потешек, приговоров** в совместной деятельности с малышом доставляет им огромную радость. Сопровождение действий ребенка словами способствует непроизвольному обучению его умению вслушиваться в звуки речи, улавливать ее ритм, отдельные звуко сочетания и постепенно проникать в их смысл. Научившись различать вариативность забавных зву-



Школа реабилитации ДЦП

ковых сочетаний, дети, подражая взрослым, начинают играть словами, звуками, словосочетаниями, улавливая специфику звучания родной речи, ее выразительность, образность. Большинство произведений устного народного творчества как раз и создавалось с целью развития двигательной активности малыша, которая теснейшим образом связана с формированием речевой активности. Чем больше мелких и сложных движений пальцами выполняет ребенок, тем больше участков его мозга включается в работу: ведь он напрямую связан с руками, вернее, крест-накрест: с правой рукой - левое полушарие, а с левой - правое.

Немаловажное значение фольклорных произведений состоит в том, что **они удовлетворяют потребность малыша в эмоциональном и тактильном (прикосновения, поглаживания) контакте со взрослыми.** Большинство детей по своей природе - кинестетики, они любят, когда их гладят, прижимают к себе, держат за руки. Устное народное творчество как раз и способствует насыщению потребности в ласке, в физическом контакте.

Выбор. Предоставляйте ребенку возможность выбора. Формирование ответственности начинается с того момента, когда малышу позволено играть активную роль в том, что касается лично его. Осуществление возможности выбора порождает у ребенка ощущение собственной значимости и самооценности. Уже к двум годам малыш вполне может самостоятельно делать выбор, если это право ему предоставлено взрослыми: «Тебе налить полстакана молока или целый стакан?», «Тебе яблоко дать целиком или половинку?», «Ты хочешь играть с куклой или медвежонком?».

Игры с природным материалом. Огромное влияние на рост речевой и познавательной активности ребенка оказывают **разнообразие и доступность объектов, которые он время от времени может исследовать:** смотреть на них, пробовать на вкус, манипулировать, экспериментировать, делать о них и с ними маленькие открытия. В своем инстинктивном стремлении к саморазвитию ребенок уже на первом году жизни неудержимо рвется к песку, воде, глине, дереву и бу-



маге. В «возне» с ними заключен большой смысл: ребенок занят делом, он знакомится с материалом, изучает его свойства, функции и т.п. Самые любимые и лучшие игрушки - это те, что ребенок сотворил сам: крепости из палочек, рвы, вырытые при помощи старой ложки или совка, бумажные кораблики, куклы из тряпочек, бумаги или соломы.

Продуктивные виды деятельности. На ранней стадии речевого развития ребенок овладевает самыми разнообразными языками, заменяющими слова: жестикуляцией, мимикой, звукоподражанием, элементарным изображением. Слово является для ребенка только одним из способов выражения мыслей, но далеко не самым легким. Для многих своих мыслей и представлений он не находит подходящих слов и поэтому выражает их по-своему - другими, более доступными, способами через продуктивные виды деятельности. **Рисование, лепка, аппликация, конструирование развивают не только лингвистические способности ребенка, но и сенсорные, имеющие особое значение в формировании мыслительной деятельности.**

Мысль человека становится более определенной, понятной, если она записывается. Дошкольник писать еще не умеет, а потому он **фиксирует свои мысли и представления с помощью их зарисовки.** Целые листы бумаги покрываются изображениями людей, подобий животных, зданий, различных предметов, часто ему одному понятными каракулями. Так он на бу-

Продолжайте и дополняйте все сказанное малышом, но не принуждайте его к повторению - вполне достаточно того, что он вас слышит.

Отвечая ребенку распространенными предложениями с использованием более сложных языковых форм и богатой лексики, вы постепенно подводит его к тому, чтобы он заканчивал свою мысль, и, соответственно, готовите почву для овладения контекстной речью.



Школа реабилитации ДЦП

► маге закрепляет все представления, чувства, мысли, их комбинации и хитросплетения, в течение определенного периода времени возникшие в его уме или душе. Взрослый, записывая свои мысли, имеет возможность неоднократно возвращаться к работе с ними, прочитывать, «шлифовать», дополнять и формулировать до истинно понятийного смысла. Ребенок не способен на такую сознательную работу: он нарисовал - и бросил, его мысль, воображение уже унеслись в другом направлении. Облечь мысль в слово таким образом, чтобы оно стало понятно окружающим, - вот одна из важнейших задач речевого, коммуникативного и умственного развития, где каждый конкретный рисунок малыша имеет непреходящее и уникальное значение. **Старайтесь любой рисунок ребенка превратить в интересный рассказ, а рассказ - в рисунок, к которому нужно неоднократно возвращаться, «прочитывать» и дополнять.** Когда таких рассказов и рисунков наберется достаточное количество, можно сшить их в книжечку и «читать» своим друзьям, родственникам. Ребенок, понимающий, что он говорит, соединяющий с произносимым словом отчетливое представление, надежно овладевает родным языком.

Замещение. «Представь, что...» - эти слова наполнены для ребенка особой притягательной силой. В возрасте двух лет малыш с удовольствием представляет, что кубик - это пирожок, а коробка из-под обуви - печь. К трем годам он способен представить себя самолетом, кошечкой, цветком и т.п. Как магическое заклинание для ребенка звучат слова: «Представь, что мы - самолеты. Сейчас мы облетим всю комнату». Такая **этнодигровая форма развивает у ребенка рефлексивные и эмпатийные способности, без которых общение не будет полноценным и развивающим.** В этом возрасте детям очень нравятся и пантомимические игры, активизирую-



щие любознательность и наблюдательность малыша. Вовлечь ребенка в такую игру можно с помощью вопроса-предложения: «Угадай, что я сейчас делаю». Начинать предпочтительно с элементарных действий: причесываться, чистить зубы, есть яблоко, наливать молоко, читать книгу... После того как ребенок угадал, предложите ему самому загадать для вас действие, а затем «оживить» заданную вами ситуацию: накрыть на стол; гулять по теплему песку; удирать, как лиса, уносящая петуха; пройтись, как папа-медведь и сын-медвежонок, и прочее.

Игры-пантомимы и игры-имитации являются первой ступенькой театрализованной и сюжетно-ролевой игры.

Роловая игра. Этот вид детской деятельности в младшем возрасте только формируется, а всю полноту ведущего за собой развития он приобретает несколько позднее. Но это совсем не означает, что необходимость в организации элементарных сюжетно-ролевых действий в этот период отсутствует. Проявив некоторую изобретательность, взрослые вполне могут организовать ролевые игры. Например, *игра в телефон* - когда ребенок, используя игрушечный аппарат, может звонить маме, папе, бабушке, сказочным персонажам. Подобная игра стимулирует рече-

вое развитие ребенка, формирует уверенность в себе, повышает коммуникативную компетентность. **Поощряйте склонность детей к подражанию** - это развивает внимательность к деталям, осознание прямого и переносного смысла слов.

Музыкальные игры. Значение музыкальных игр в речевом развитии ребенка трудно переоценить. Малыши с удовольствием подпевают, обожают шумовые музыкальные инструменты, ритуальные игры типа «Каравай», «По кочкам», «Баба сеяла горох» и другие. **Поощряйте желание ребенка двигаться под музыку, подпевать.** Ничего страшного нет в том, что ребенок сначала проговаривает только окончания или последние слова песенных строк. Впоследствии он начнет пропевать небольшие песенки целиком и, возможно, исказить некоторые слова. Это не должно вас пугать - **пойте песню вместе с «главным исполнителем», но, в отличие от него, пойте ее правильно.** Почаще предоставляйте малышу возможность двигаться под разнообразную музыку, самостоятельно извлекать звуки из различных предметов, аккомпанируя себе. Ребенок танцует и поет о том, что видит вокруг, слышит, придумывает собственные песни и мелодии - так рождается творец! ☺



Полюбите «неслуха» всем сердцем!



**Татьяна Владимировна
МАНИНА,**
клинический психолог

*Ребенок больше
всего нуждается
в вашей любви
как раз тогда,
когда он
меньше всего ее
заслуживает.*
Эмма Бомбекер

**Полюбите «неслуха»
всем сердцем,
Заключите в нежные объятия.
Распахнет для вас он
в сердце дверцу
И тогда начнет вас понимать он!**

Мой телефон настойчиво звонил. Поднимаю трубку - слезы: *«Возьмите нас, пожалуйста, к себе, на коррекцию, нас из садика гонят»*. *«Почему?»*, - спрашиваю. *«У моего ребенка диагноз - СДВГ*»*.

Давайте разберемся

Паренек шести лет влетел в мой кабинет, как ураган в открытое окно. Начал проводить детальное исследование всего, что попадалось ему на пути. Мама тут же стала шикать и воспитывать. Казалось, мальчик ее и не слышал, и не видел, и забыл, с кем пришел. Мои попытки остановить маму и дать парню освоиться - были тщетны. Моя задача усложнилась вдвое - надо было успокаивать обоих.

Я тихонько включаю музыку, постепенно прибавляю звук. Мальчик откликнулся, подскочил ко мне. Беру его за руки:

- Привет, нравится музыка?
- Да, а игры есть? - спрашивает.
- Вот-вот, ему только игры подавай, будет сидеть целый день! - говорит мама.
- Нет, это рабочий компьютер, а вот это ты точно слышал, - включаю детскую песенку, не давая опомниться со-

беседнику. - Да ты и сам, уверена, умеешь петь или стихи читать, - пытаюсь надавить на демонстративность и кредитовать одновременно. Попала! Мальчик запел, глушу звук, активно слушаю, пишу на диктофон. Даю послушать ему себя, хвалю. Паренек не может скрыть своей радости от моей похвалы. Инициатива моя, тебе - ура!

- Давай хоть познакомимся, певец! - протягиваю ему руку, называю себя. - У меня есть к тебе предложение поиграть, согласен?

- Давай, - соглашается.

- Предлагаю поиграть в настоящую школу!

- Нет! Давайте прятаться! - сопротивляется мальчуган.

- Получается, у нас два предложения, надо заключать договор. Предлагаю на уроке учиться, на перемене, как только прозвонит вот этот звонок, играем в прятки. Договор заключаем, рукижимаем. Идет?

- Хорошо, - смирился ребенок.

Звоню колокольчиком, приглашаю сесть, начинаем «настоящий урок». Проверяю память, внимание, мелкую моторику рук, сочиняем сказку, составляем из частей целое и т.д. Через двадцать минут ребенок пресытился, внимание рассеялось, двигательное беспокойство нарастало. Мальчик изо всех сил старался, при этом махал руками, сучил ногами, вставал, а потом и вовсе сел на корточки. Мама в «зрительном зале» сгорала от стыда, пытаюсь несколько раз вмешаться в процесс занятия, негодуя, упрекая, оценивая. А ведь *следует спокойнее относиться к любым движениям гиперактивного ребенка. Не стоит принуждать его сидеть спокойно, с помощью двигательной активности он оптимизирует работу мозга.*

Я, понимая, что пора спасти ребенка, дала звонок на перемену. Парень, выдохнув, запрыгнул верхом на мяч и, кажется, почувствовал себя счастливым. Мое напоминание про прятки осталось незамеченным, перемена проходила в виде нарезания кругов верхом на мяче.

Однако через пять минут, по звонку, мальчик с удовольствием включился в рисование. Рисовал семью. Начал с кота, посадил его в центр листа, детально раскрашивал, налегая на карандаш. Мама - на кухне, себя изобразил рядом с



котом, папу не нарисовал - так как «он на работу уехал». Кухню и комнату разграничил плотной стеной. Мама вся в красном, кот - коричневый, сам - зеленый. Рисунок тревожный, напряженный. Мальчику не достает мягкости, ласки, понимания. Семья не объединена духовно, лишь функционально. Присутствия папы дома не ощущается, мама раздраженная. Ребенок детонирует негативную энергию взрослых. Хорошо хоть кот есть, видно, ему еще как достается! А компьютерные игры, яркие, динамичные, влекут и влекут - и обратную связь дают. А дома все скучно: каждый день такой же, как и другой, скучный и монотонный. И есть все, а ничего не хочется. И взрослые в один голос говорят: «Будешь так себя вести, только дворником сможешь быть или в тюрьму посадят». И дети вслед за воспитательницей вторят, что, дескать, есть в их садике такой плохой мальчик, который балуется и его все не любят. И ругает воспитательница маму за плохое родительское воспитание, а мама - папу, а потом все вместе - сына. А потом пойдет мальчик в школу, а там - то же самое. *И живет ребенок в постоянном напряжении и стрессе, потому что почти всегда все делает не так, как надо взрослым.*

Как надо взрослым?

«Взрослые слишком часто живут рядом с миром детей, не пытаясь понять его. А ребенок между тем пристально наблюдает за миром своих родителей; он старается постичь и оценить его; фразы, неосторожно произнесенные в присутствии малыша, подхватываются им, по-своему истолковываются и создают определенную картину мира, которая надолго сохранится в его воображении». **Андре Моруа**

- Тебе бывает грустно?

- Да.

- Когда?

- Когда делать нечего.

- А когда радостно?

- Когда все радуются.

- А когда так бывает?

- На Новый год.

- За что тебя хвалят?

- За то, что хорошо себя веду.

- А как это - хорошо?

- Когда тихо сижу и не бегаю.

- А ругают за что?

- Что плохо себя веду.

- А как это плохо?

- Когда бегаю...

Взрослые зачастую стремятся подавить двигательную активность



ребенка. Однако, запрещая движение, они провоцируют импульсивность. А не лучше ли направлять его в полезное русло?

А как надо ребенку?

Гиперактивному ребенку всегда хочется новенького действия, он не выносит рутину, ему часто бывает скучно. Это связано с дефицитом определенных химических веществ (дофамина и норадреналина) в отдельных областях головного мозга. **Большие сложности с самоорганизацией**, и, пресытившись, он мечется от одного к другому, совершенно растерявшись, нарастает двигательная активность, импульсивность. Вот почему **ему нужна дополнительная организующая и стимулирующая помощь со стороны взрослого. А уж тактильное внимание как необходимо!** Такой ребенок часто неуспешен, и наша, взрослых, задача - помочь ему стать успешным, открыв и укрепив его талант. Ни давление, ни манипуляции - нам не помощники в общении с гиперактивным ребенком.

Надо научиться с ним сотрудничать: больше общаться на разные жизненные темы, играть в социальные игры, учить видеть позитивные стороны жизни, даже в случае неудач, спокойно реагировать на импульсивное поведение, не провоцируя и не вступая в конфронтации. **Научите своего ребенка справляться с волнением** сами или с помощью специалиста. Старайтесь составлять простые

и ясные для понимания ребенка правила общения и последовательно их применяйте. **Не допускайте ненаправленной активности**, ребенок должен быть занят, отдыхом для него может быть смена вида деятельности.

Одна знакомая учительница начальных классов, например, построила во время перемен бывшего своего ученика (подростка с диагнозом СДВГ) в вожатые первоклассникам, называет его своим помощником. И он, очень хорошо разбираясь в компьютере, помогает ей в составлении стимульного материала для малышни, распечатывает необходимые документы. Малыши так его и зовут «наш мальчик», крутятся возле него. И они довольны, и «помощник», и в школе тихо. Парень при деле - и импульсивных поступков нет. Побольше бы было таких неравнодушных педагогов!

Гиперактивные дети очень чувствительны, их не проведешь, они чувствуют фальшь в отношениях и очень отзывчивы на доброту и любовь. Так может быть, эти дети даны нам для того, чтобы мы расчистили грязь в своих душах и научились любить их не за таланты, послушание и внешнюю привлекательность, а просто так, просто потому, что они есть? Может быть, они хотят научить нас уважать личность в себе и окружающих и понять, как «вылечить» общество и какой должна быть настоящая семья? Согласитесь, пора! ☺

*** СДВГ - синдром дефицита внимания и гиперактивности.**



Пути помощи детям с детским церебральным параличом



Максим Александрович КОСТЫРКИН,
врач ЛФК, отделение
медико-социальной
реабилитации;



Анастасия Викторовна СМЕРНОВА,
учитель-дефектолог,
заведующая отделением
раннего вмешательства

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

Развитие детей с диагнозом «детский церебральный паралич» является одной из сложных и вместе с тем не в полной мере разрешенных проблем. С каждым годом увеличивается число детей с врожденными или приобретенными в первые дни и месяцы жизни формами нарушений опорно-двигательного аппарата. Специфика этой проблемы в основном связана с ограничением возможностей реализации широкого спектра двигательной активности у детей с диагнозом ДЦП.

Нормальному развитию ребенка присуща очень большая потребность в движениях. Поэтому, когда он начинает ползать, ходить, лазать, прыгать, каждое движение приносит ему удовольствие. Дети, лишённые возможности двигаться, становятся, наоборот, вялыми, апатичными, раздражительными.

Реабилитация детей с ДЦП - это комплексная и многоплановая работа, состоящая из различных аспектов: медицинского, физического, психолого-педагогического, профессионального, социально-экономического, личностного. Конечным результатом реабилитации является социальная адаптация, то есть активное участие в основных направлениях деятельности и жизни общества. **Все реабилитационные мероприятия при ДЦП направлены на коррекцию двигательного дефекта, формирование повседневной независимости при уходе за собой, улучшение двигательной активности и адаптацию при передвижении, улучшение возможностей общения, социальное и эмоциональное развитие, образование и обучение, адаптацию при нарушении глотания, жевания, коррекцию мотивационных нарушений.**

Врач, тщательно проанализировав все особенности двигательной среды ребенка с ДЦП, составляет программу, дающую возможность стимулировать двигательные функции. У таких детей отмечается недостаток или переизбыток силы восприятия, что в какой-то степени можно устранить благодаря программе упражнений. Дефекты восприятия в основ-

ном восполняются упражнениями для развития зрительных и тактильных ощущений. Программа коррекционной работы направлена на снижение примитивных патологических рефлексов, повышение двигательной силы, развитие способности удерживать равновесие тела, выполнение ритмических движений.

Регулярность, систематичность и непрерывность применения лечебной гимнастики; строгая индивидуализация упражнений в соответствии со стадией заболевания, его тяжестью, возрастом ребенка, его психическим развитием; постепенное, строго дозированное увеличение физической нагрузки - общие и обязательные принципы для всех методик лечебной физкультуры.

Какие упражнения рекомендованы для работы с детьми, страдающими ДЦП:

- ◆ для растягивания мышц: снятие напряжения в мышцах, расширение диапазона движения;

- ◆ для развития чувствительности мышц; для выработки силы, дающей возможность регулировать определенный участок мышц;

- ◆ для улучшения функционального состояния нервной ткани посредством тренировки чувствительности нервов;

- ◆ взаимного влияния для укрепления ведущих и антагонистических групп мышц;

- ◆ на выносливость, для поддержания эффективности функционирования органов;

- ◆ на подъем по наклонной плоскости для улучшения равновесия и двигательной силы;



Школа реабилитации ДЦП

◆ на сопротивление - постепенное увеличивающаяся тренировка на сопротивление для развития мышечной силы;

◆ тренировка на расслабление для устранения спазмов, напряженности и судорог;

◆ тренировка ходьбой (для обучения нормальной ходьбе);

◆ тренировка органов чувств: упражнения для их стимулирования через повышение чувствительности мышц.

Двигательные функции при каждой форме церебрального паралича (спастическая диплегия, атоническая и астатическая форма) **отличаются своеобразием.** Если при спастической диплегии сравнительно легче осваиваются упражнения, требующие непрерывного движения, то при астатической форме более подходящими являются кратковременные упражнения, позволяющие чаще отдыхать между упражнениями. Если отдых и затрудняет развитие техники упражнений, он одновременно дает возможность предотвратить непроизвольные мышечные спазмы. Больные же с атонической формой паралича особенно страдают при упражнениях на поддержание равновесия.

Основная трудность выполнения упражнений для больных ДЦП заключается в том, что каждый из них имеет свою двигательную силу, что важно учитывать при выборе вида упражнений. Важны также порядок и степень трудности упражнений. Программа упражнений с постепенным возрастанием степени сложности позволяет выбрать движения, соответствующие силе ребенка.

Массаж остается одним из широко применяемых методов реабилитации детей с ДЦП, который оказывает системное влияние как на ЦНС, так и на периферическую систему. Кроме рефлекторного воздействия массаж воздействует на нервные проводники, что широко используется в лечебной практике, когда требуется понизить проводимость чувствительных и двигательных нервов. Соответственно подобранные массажные приемы значительно уменьшают болевые ощущения.

В ранней стадии церебрального паралича, если нет нарастающего гипертензионного или судорожного синдрома, **массаж следует начинать со 2-3-й недели жизни.** После расслабления с помощью «позы эмбриона», точечного массажа, упражнений на мяче стимулируется развитие реакций опоры, установочного рефлекса с головы на шею, по которому ребенок поднимает голову, пассивно воспроизводятся перекрестные движения конечностей, необходимые для этого акта. Особое внимание уделяется разгибанию кистей рук, отведению больших пальцев, а также воспитанию фиксации взгляда на предметах, развитию слежения за движущимися предметами. **Обязательным является ортопедический режим,** предусматривающий специальные укладки головы, верхних и нижних конечностей, корригирующий их порочные установки.

В последние годы появляются данные об эффективности различных методов ортезирования. Модульные ортопедические системы, представляющие собой жесткие аппараты, корсеты и их комбинации, оптимизированные по форме и размерам, позволяют без снятия слепка в максимально короткие сроки собирать анатомические индивидуальные средства поддержки и коррекции. В некоторых случаях применяются коррекция эмоционально-волевой сферы, кондуктивная педагогика (побуждение к действию), иппотерапия, механотерапия. *Комплекс «сенсорная комната»* разработан с целью комбинированного воздействия на афферентные системы, для стимуляции мотивации к действию. *Тренажер Гросса* позволяет обучать больного произвольным движениям

и статике, а также расслаблять мышцы при наличии гипертонуса и гиперкинеза; стимулировать функции ослабленных мышц и обеспечивать нормальную подвижность в суставах; содействовать развитию установочных рефлексов, обеспечивающих приседание, сидение, стояние; стимулировать рефлексы.

В целом все указанные методы направлены на стимуляцию двигательной активности, сенсомоторных связей, тактильной чувствительности, тренировку вестибулярных функций и равновесия, коррекцию функциональных и поструральных нарушений, восстановление пассивного и активного объема движения, реципрокных взаимных отношений мышц-антагонистов. У ребенка с ДЦП физиологически все мышцы заложены как у здорового ребенка, но в связи с поражениями ЦНС головной мозг недостаточно точно координирует движения конечностей, сокращение и растяжение мышц, и, как следствие, провоцирует выполнение неполного объема движений.

Чтобы у ребенка с ДЦП сформировались навыки крупной моторики в вертикальном положении, необходимо помочь ему как можно правильнее освоить навыки горизонтального положения. Поддерживать малыша в правильных положениях помогут специальные опоры для профилактики и коррекции патологических поз.

Иппотерапия (лечебная верховая езда) - **один из наиболее эффективных методов реабилитации детей с ДЦП.** Мощная мускулатура лошади массирует пораженные мышцы нижних конечностей, уменьшая спазм сведенных при ДЦП ног, согревает их и даже создает иллюзию самостоятельной ходьбы, так как темп шага лошади почти идентичен человеческому.

Сидя на движущейся лошади, пациент для сохранения равновесия инстинктивно включает в работу все мышцы тела, чего невозможно добиться даже при самой активной иной нагрузке. Ритмичные, плавные движения лошади успокаивают, снимают напряжение и возбуждение, вызванные болезнью. Упражнения на лошади побуждают пациента концент-

►



◀ рировать внимание и волю, чтобы суметь правильно выполнить задание инструктора и заслужить его одобрение, научиться самостоятельно управлять лошадью. Вместе с успехами в верховой езде к пациенту приходит вера в свои силы, активизируется интерес к жизни, стремление преодолеть ограничения, продиктованные недугом, постепенно исчезает убеждение в своей неполноценности. Во время движения лошади по манежу укрепляется мускулатура, прежде всего, - мышцы спины ребенка. Преодолевается нарушение функции равновесия и вестибулярные расстройства. Общение с животным на открытом воздухе также улучшает эмоциональный фон ребенка.

Психическое развитие ребенка с ДЦП, развитие познавательной деятельности и речи важно начинать с мотивации собственной активности.

Мотивация собственной двигательной активности предполагает «побуждение к действию», желание выполнить движение. «Движение ради движения» не имеет смысла - важен результат. Например, протянуть руку, чтобы взять предмет, или пройти определенное расстояние, чтобы попасть в нужное место. Все действия целенаправленны.

В детском возрасте ведущим видом деятельности является **игра**. Через нее ребенок познает мир. В младенческом возрасте - это манипуляции с предметами с целью обследования (стучит, гремит, бросает). Манипулятивная деятельность перерастает в предметно-игровую, в процессе которой ребенок осваивает изначально простые игровые действия с предметами (катает машинку), а затем более сложные (кормит куклу). После чего формируется сюжетная игра, состоящая из цепочки игровых действий, и сюжетно-ролевая игра. Мотивировать собственную двигательную активность ребенка необходимо средствами игры, через развитие познавательной деятельности и в соответствии с поэтапным формированием навыков.

Сравним некоторые аспекты развития здорового ребенка и ребенка с ДЦП.

Здоровый ребенок, активно развиваясь, исследует собственное

тело: руки, ноги, пальцы; обследует окружающее пространство, двигается во всех направлениях. Независимо ни от кого ребенок проходит все ступени психического и физического развития, начиная от удерживания головы в горизонтальном положении и заканчивая самостоятельным передвижением в вертикальном положении. Каждый полученный новый навык подготавливает ребенка к преодолению следующего, который будет сложнее по задаче, но востребован по жизни.

Ребенок с ДЦП также растет и развивается, взаимодействуя с окружающим миром. Осваивая новые движения, он также как и любой другой ребенок, подготавливает свое тело к следующим, более сложным движениям. Невозможно научить ребенка сидеть, если он еще не держит голову. Невозможно научить ребенка стоять, если он не может удерживать свой корпус. То есть **важно обеспечить малышу с ДЦП развитие по этапам, соответствующим развитию здорового малыша**, и пусть на это уйдет больше времени и сил, зато ребенок сможет развиваться как физически, так и психически, приобретать необходимые навыки. Изначально формируются навыки крупной моторики - горизонтальное положение: положения лежа на спине и лежа на животе. Эти сформировавшиеся навыки крупной моторики в горизонтальном положении позволяют малышу перейти на следующий, более высокий уровень физического развития: вертикальное положение.

Важно точно определить на каком этапе формирования навыков находится ребенок, чтобы не пропустить следующий этап. Для этого необходимо провести углубленную диагностику всех сфер развития ребенка.

Мотивация собственной речевой активности детей заключается в желании самостоятельно произнести вокализации, звуки, слова, как правило, это желание подражать значимым взрослым. При этом дети должны видеть артикуляцию при произнесении звуков, чувствовать вибрацию, струю выдыхаемого воздуха при фонации, слышать речь. **У ребенка с ДЦП вследствие зрительных и двигательных особенностей зат-**

руднено восприятие артикуляторных движений взрослого. Таким образом, у детей снижается мотивация собственной речевой активности. Желание взрослого пойти на контакт не подкрепляется ответной реакцией ребенка, что приводит к снижению коммуникативного обмена между ними. В таких случаях необходимо облегчить возможность восприятия речи ребенком с ДЦП. Например, известно, что ребенок может произнести гласные звуки. Для мотивации произнесения звуков необходимо дать ребенку возможность тактильно и зрительно почувствовать артикуляцию (положить его пальцы между губ, при этом произносить звуки выражено и эмоционально окрашено, чтобы привлечь зрительное внимание).

Для мотивации произнесения звуков, которые произносятся с вибрацией, ребенку нужно чувствовать, прикасаясь к горлу говорящего, также зрительно концентрируясь на артикуляционном аппарате взрослого. При произнесении звуков с интенсивной воздушной струей руку ребенка подносят ко рту говорящего взрослого на расстояние не менее трех сантиметров, чтобы осуществлялся зрительный контроль со стороны ребенка.

На практике отмечается высокая мотивация собственной речевой активности детей с ДЦП в результате выполнения вышперечисленных упражнений. Если ребенок самостоятельно не может протянуть руку к лицу взрослого, помогают методом «рука в руке», при этом выполняя правильный стереотип движения. Если познание ребенка находится на уровне познания через рот, предлагают исследовать артикуляторные движения через рот.

При последовательном выполнении рекомендаций врачей и педагогов, ребенок развивается, становится более самостоятельным, учится контактировать как двигателью, так и эмоционально, что важно при дальнейшей социальной адаптации и взрослении малыша. Любой ребенок станет взрослым, а каким он вырастет, зависит от взаимодействующих с ним людей. ☺



Диабетическая нефропатия

Мы завершаем цикл материалов для больных сахарным диабетом и членов их семей. Сегодня наш собеседник - главный внештатный нефролог края, заведующая нефрологическим отделением краевой клинической больницы, кандидат медицинских наук Ольга Георгиевна ЖГУТ.



- Ольга Георгиевна, мы говорили с нашими пациентами о том, что коварство сахарного диабета состоит в том, что при этом заболевании поражаются различные органы и системы. Среди таких осложнений заболевания встречаются поражения почек. Что же такое диабетическая нефропатия?

- Диабетическую нефропатию относят к поздним осложнениям этого заболевания. Это специфическое поражение сосудов почек при сахарном диабете, которое сопровождается формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности.

Прогресс в лечении сахарного диабета, с одной стороны, привел к увеличению продолжительности жизни больных, а с другой - определил неуклонно возрастающий удельный вес диабетической не-

фропатии в структуре хронической почечной недостаточности.

Во всем мире диабетическую нефропатию рассматривают как главную причину формирования терминальной почечной недостаточности, которая, в свою очередь, является основной причиной смерти больных сахарным диабетом первого типа. У больных сахарным диабетом второго типа диабетическая нефропатия среди причин смерти стоит на втором месте (после сердечно-сосудистых заболеваний).

- То есть в зависимости от типа сахарного диабета риск развития таких осложнений различен?

- Не совсем так. Диабетическая нефропатия возникает приблизительно одинаково часто при диабете как первого, так и второго типа. Она развивается не у всех, а примерно у 40% больных, специально предрасположенных к поражению почек. И эта предрасположенность связана с генетическими, расовыми и некоторыми другими факторами. Мы их называем немодифицируемыми, то есть те, на которые мы с вами практически повлиять не можем. Так, доказано, что поражение почек при сахарном диабете чаще развивается у мужчин, в пожилом возрасте, у азиатов, африканцев, а также пациентов, родившихся с низким весом.

Но существует комплекс и модифицируемых факторов риска, то есть тех, которыми мы можем управлять. Это - артериальная гипертензия, гипергликемия, ожирение, курение, гиперлипидемия, високосолевая и высокобелковая диета. И устранение этих факторов позволяет нам максимально

предупреждать поражение почек при сахарном диабете.

- Мы уже не раз говорили, что жизнь больных с сахарным диабетом - это особый здоровый стиль жизни. И именно осознанное следование принципам здорового питания, исключение вредных факторов позволяет значительно улучшить качество жизни пациентам. В каком возрасте и при каком стаже заболевания развивается диабетическая нефропатия?

- Пик развития диабетической нефропатии приходится на сроки от 15 до 20 лет заболевания. Максимальная частота нефропатии - у лиц с дебютом сахарного диабета в возрасте 11-20 лет, за счет патологического воздействия гормональной перестройки организма этого периода. Сахарный диабет второго типа развивается обычно в возрасте старше 40 лет, когда специфическое поражение почек при диабете проецируется на исходно имеющиеся почечные заболевания, а также на возрастные изменения почек. При сахарном диабете второго типа мы чаще имеем дело с нефропатией сложного генеза.

- Каковы механизмы развития диабетической нефропатии?

- Развитие диабетической нефропатии связывают с воздействием двух основных патогенетических факторов: метаболического (гипергликемия, гиперлипидемия) и гемодинамического (системная артериальная и внутривенная гипертензия).

В России принята следующая классификация диабетической нефропатии (М.В. Шестакова, 2000г.):

- **первая** (доклиническая) - стадия микроальбуминурии. Развивается, как правило, через 5 лет от дебюта сахарного диабета;

- **вторая** - стадия протеинурии с сохраненной функцией почек. Развивается через 15-20 лет заболевания;



Жизнь с сахарным диабетом»

- **третья** - стадия **хронической почечной недостаточности**. Развивается через 20-25 лет от дебюта сахарного диабета.

- **Появление каких изменений в анализах, установление того или иного диагноза должно встревожить пациента?**

- Драматизм поражения почек при сахарном диабете - в том, что **только первая, практически бессимптомная, стадия может быть обратима при тщательной и рано начатой коррекции**. Появление белка в моче (протеинурия) свидетельствует о том, что более половины клубочков почек склерозировано и процесс принял необратимый характер. С момента обнаружения протеинурии функция почек прогрессивно снижается, что приводит к развитию терминальной почечной недостаточности уже через 5-7 лет.

Поэтому чрезвычайно важным является диагностика диабетической нефропатии в самой ранней, потенциально обратимой, стадии - в стадии микроальбуминурии. **Скрининг на микроальбуминурию должен проводиться 1 раз в год с момента диагностики сахарного диабета**. Ежегодно должна оцениваться и функция почек путем определения скорости клубочковой фильтрации.

- **Какую бы вы, Ольга Георгиевна, определили стратегию в лечении диабетической нефропатии? Каковы ваши рекомендации пациентам?**

- Прежде всего, это **влияние на модифицируемые факторы риска**: нормализация веса тела, отказ от курения, оптимальные физические нагрузки. Очень важным является снижение потребления поваренной соли - менее 6г в сутки.

Поскольку одним из главных факторов развития нефропатии при диабете является метаболический, **необходима оптимальная компенсация углеводного и липидного обменов**. При прогрессировании нефропатии, развитии почечной недостаточности переводят на инсулин пациентов, получавших ранее таблетированные сахароснижающие препараты. При прогрессировании почечной недостаточности дозу

инсулина часто приходится снижать, поскольку почки участвуют в деградации инсулина.

Необходимо добиться нормализации уровня холестерина и триглицеридов сыворотки крови. Для этого, кроме соблюдения диеты, назначают специальные препараты, влияющие на липидный обмен: статины и/или фибраты.

Другой важнейший механизм, участвующий в патогенезе диабетической нефропатии, - гемодинамический. **Необходимо применение препаратов - ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента** (либо блокаторов рецепторов ангиотензина), которые снижают не только системное артериальное давление, но и давление внутри клубочков почек. Эти препараты являются основой нефропротекции, они назначаются на самой ранней стадии нефропатии, даже при нормальном уровне артериального давления. Большое количество исследований показало, что эти лекарственные средства эффективно тормозят прогрессирование диабетической нефропатии на ранней стадии при диабете как первого, так и второго типов. Длительное лечение (более 8 лет) этими препаратами позволяет сохранить и функцию почек.

Немаловажным условием лечения диабетической нефропатии является и поддержание артериального давления на уровне не выше 130/85мм рт.ст. (особенно у пациентов с протеинурией). Для этой цели часто применяют комбинированную гипотензивную

терапию. И преимущество для включения в эти комбинации имеют препараты, не имеющие отрицательного воздействия на углеводный обмен и липидный спектр сыворотки крови.

При развитии почечной недостаточности больным **рекомендуют малобелковую диету** (если нет выраженной потери белка с мочой) - 0,8г белка на 1кг массы тела в сутки. Для предотвращения белково-энергетической недостаточности используют кетоновые аналоги аминокислот (кетостерил).

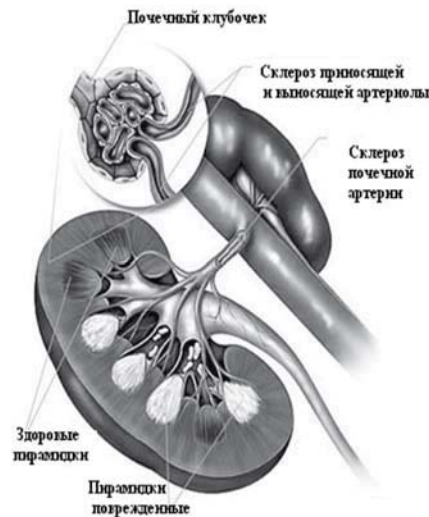
При наличии нефрогенной анемии для повышения уровня гемоглобина используют рекомбинантные эритропоэтины и препараты железа. При нарушениях фосфорно-кальциевого обмена применяют препараты кальция, кальцитриол и др.

- **А если состояние не удается компенсировать?**

- К сожалению, **диабетическая нефропатия - это необратимый процесс, приводящий к развитию хронической почечной недостаточности**. **Заместительную почечную терапию** (а это не только гемодиализ и перитонеальный диализ, но и трансплантация почки) **больным с сахарным диабетом начинают раньше, чем пациентам с другой патологией почек, - при снижении скорости клубочковой фильтрации до 15мл/мин.**

В краевой клинической больнице в этом году открыто отделение трансплантологии внутренних органов. В связи с этим мы надеемся на прорыв в лечении пациентов с диабетической нефропатией в ее терминальной стадии. Большие перспективы в лечении диабетической нефропатии связывают с сочетанной трансплантацией почки и поджелудочной железы. Но это высокотехнологичные и высокочувствительные методы лечения диабетической нефропатии.

Поэтому все усилия врача и пациента с сахарным диабетом должны быть направлены на предупреждение развития хронической почечной недостаточности. Для этого необходима своевременная диагностика диабетической нефропатии и как можно ранее начатое лечение. ☺





Алтайскому
краевому
кардиологическому
диспансеру - 25



**Ирина Викторовна
ДОЛГОВА,**
начальник Главного управления
Алтайского края по здравоохранению
и фармацевтической деятельности

Уважаемые медицинские работники краевого кардиологического диспансера!

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться самой актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира и России. Если учесть, что среди причин смертности более половины составляют сердечно-сосудистые заболевания, то становится очевидным приоритет кардиологической помощи населению.

Алтайский краевой кардиологический диспансер является ведущим учреждением здравоохранения Алтайского края, которое непрерывно активно развивается.

Благодаря вашей работе тысячи сердец не остановились, а продолжают биться. Вы делаете все возможное и невозможное, чтобы дать пациентам новую жизнь. Талантливые врачи, профессиональный средний персонал и отзывчивый младший – именно это главные достоинства кардиоцентра.

Вы всегда готовы учиться и осваивать что-то новое. Здоровые амбиции докторов, владеющих в совершенстве самыми новейшими технологиями, заставляют их идти в ногу со временем.

Кардиослужба находится на острие медицинской помощи жителям края, вот почему вложения в эту отрасль медицины будут иметь не только демографический, но и экономический эффект.

Тысячи пациентов обрели здесь "вторую" жизнь, а специалисты получили уникальный врачебный опыт и знания. Сохранение здоровья сердца – в руках самого человека, и вам достойно удастся помогать этому.

Пусть ваш дружный опытный коллектив пополняется новыми профессиональными кадрами. В борьбе за жизнь пациентов желаю только побед.

С юбилеем вас! Мира, добра и благополучия вам и вашим семьям!





Алтайскому
краевому
кардиологическому
диспансеру - 25

КГБУЗ "Алтайский краевой кардиологический диспансер"



1988-2013 годы. Итоги. Перспективы

МИССИЯ

Сохранение и улучшение здоровья жителей, сокращение прямых и косвенных потерь общества от сердечно-сосудистых заболеваний (смертности, инвалидности и временной утраты трудоспособности).

ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Оказание стационарной помощи (в том числе - неотложной кардиологической помощи) жителям г. Барнаула и районов края.
2. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи по разделу «сердечно-сосудистая хирургия».
3. Реабилитация пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда и реконструктивные операции на сердце и сосудах.
4. Оказание амбулаторно-поликлинической и консультативной помощи, в том числе - по системе дистанционного мониторинга.
5. Организационно-методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям края.
6. Участие в разработке стандартов кардиологической помощи.
7. Проведение экспертной оценки качества оказания кардиологической помощи на этапах.
8. Проведение преддипломной и последипломной подготовки медицинских кадров.
9. Разработка и реализация целевых программ кардиологической службы.
10. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.



**Андрей Петрович
КОСОУХОВ,**
главный врач АККД,
врач высшей квалификационной
категории по кардиологии

Уважаемые коллеги!

25-летие учреждения - это некоторый рубеж, когда подводятся итоги пройденного пути и нужно строить планы на будущее. Мы выстроили эффективно действующую кардиологическую службу края и систему оказания кардиологической помощи на Алтае, вырастили

плеяду грамотных высококвалифицированных специалистов-кардиологов, спасающих жизнь и здоровье жителям края.

При поддержке Администрации края и государства создали мощную материально-техническую базу кардиологии нашего региона.

Наши диагностические и лечебные технологии, внедренные в крае (система оказания помощи больным с ОКС, все виды высокотехнологичной кардиохирургической помощи) несомненно имеют социальную значимость и влияют на демографию в Алтайском крае.

На состоявшемся в октябре 2011 года в Москве очередном Российском национальном конгрессе кардиологов главный кардиолог РФ академик Е.И. Чазов в своем выступлении отметил, что Алтайский край является примером региона, где благодаря активному внедрению инновационных технологий в кардиологии отмечается снижение смертности от ССЗ в 2010 году на 4,6%, а в 2011 году - на 11,2%.

Кардиодиспансер и возглавляемая им кардиологическая служба будут и дальше развиваться. Мы будем продолжать расширять кардиологическую сеть в крае, улучшать доступность высокотехнологичной кардиохирургической помощи, готовить новую смену высококвалифицированных кардиологов и кардиохирургов. Вложенные в оборудование нашего учреждения инвестиции будут эффективно использованы на благо здоровья наших сограждан. Мы гордимся тем, что работаем в Краевом кардиодиспансере и с достоинством готовы нести звание врача-кардиолога.

С юбилеем, дорогие коллеги, друзья! Желаю вам крепкого здоровья, успехов во всех ваших профессиональных помыслах и проектах. Желаю вам быть всегда готовыми прийти на помощь людям, верно служить нашей медицине на благо России.

Наши сердца

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





Алексей Иванович ДУДА,
кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заместитель главного врача АККД по лечебной работе

В преддверии юбилея кардиодиспансера хочу поблагодарить всех, кто внес свой трудовой вклад в его становление и развитие. А пациентам желаю осознать свое здоровье как ценность и прикладывать все усилия к его сохранению.

Людмила Геннадьевна ВОРОНЦОВА,
заместитель главного врача АККД по экономике

«Верю, что только в таком коллективе, как в нашем учреждении - с многолетними традициями, основанными на уважении коллег друг к другу, общепринятой врачебной этике - можно достичь больших профессиональных успехов».



Елена Вениаминовна СТРУБОВЩИКОВА,
заместитель главного врача АККД по экспертизе временной нетрудоспособности

Немецкий философ Артур Шопенгауэр когда-то сказал: «Девять десятых нашего счастья зависят от того, насколько здоровый образ жизни мы ведем».



Елена Геннадьевна НИКУЛИНА,
заместитель главного врача АККД по ОМР

«Пусть каждый больной, кто зайдет к нам в кардиодиспансер, почувствует, что здесь ему помогут, окружают заботой, вниманием, проникнутся его проблемами».



Марина Владимировна АНДРЕЕВА,
председатель профсоюзного комитета АККД

«Хочется пожелать молодым коллегам сохранить уникальную ауру нашего учреждения, добрые отношения сотрудников друг к другу, сострадание и терпение к больным и всегда стремиться улучшить то, что было создано».



Ирина Артуровна ЕВДОКИМОВА,
главная медицинская сестра АККД

«Многие годы рядом с докторами трудится средний и младший медицинский персонал. Успехи кардиодиспансера – это результат нашего общего труда».



Структура АККД

Поликлиника с кабинетом восстановительного лечения - **500** посещений в день.

Стационар - **350** кардиологических коек, в том числе **30** реанимационных:

- кардиологическое отделение №1 (для лечения больных хронической ишемической болезнью сердца) - **60** коек;

- кардиологическое отделение №2 (для лечения больных артериальной гипертензией) - **55** коек;

- кардиологическое отделение №3 (для лечения больных с инфарктом миокарда) - **60**;

- кардиологическое отделение для лечения больных с острым инфарктом миокарда №1 - **60** коек;

- кардиологическое отделение для лечения больных с острым инфарктом миокарда №2 - **45** коек;

- кардиохирургическое отделение №1 - **40** коек;

- кардиохирургическое отделение №2 (для лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции) - **30**.

Дневной стационар - **6**.

Отделение анестезиологии-реанимации №1 - **12**.

Отделение анестезиологии-реанимации №2 - **18**.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Отделение функциональной диагностики.

Физиотерапевтическое отделение.

Клинико-диагностическая лаборатория.

АККД - научный и учебный центр

На его клинической базе размещены 3 кафедры Алтайского государственного медицинского университета.

госпитальной и
поликлинической терапии

терапии и семейной
медицины ФПК и ППС

госпитальной
хирургии

Сотрудниками кафедр АГМУ и АККД защищено **18** кандидатских и **4** докторских диссертаций.

Ежегодно более **500** студентов АГМУ и врачей проходят обучение и повышают свой профессиональный уровень в стенах АККД.

открыты для вас...





Алтайское краевое научно-практическое общество кардиологов

Алтайское краевое научно-практическое общество кардиологов (АКНОК) было организовано в 2003 году как региональное подразделение Всероссийского научного общества кардиологов. В 2010 году была проведена государственная регистрация АКНОК как Алтайской региональной общественной организации «Алтайское краевое научно-практическое общество кардиологов». Деятельность АКНОК регламентируется Уставом и осуществляется выбранным Правлением общества. С момента создания в течение 10 лет Председателем АКНОК является профессор, д.м.н. **Чумакова Галина Александровна**.

Зарегистрированы как члены общества 248 кардиологов, терапевтов, эндокринологов, кардиохирургов Алтайского края.

За 10 лет проведено более 30 заседаний АКНОК по самым актуальным проблемам клинической кардиологии, на которые для чтения лекций, проведения клинических разборов приглашаются ведущие специалисты – доктора медицинских наук, профессора Алтайского края, Кемерово, Новосибирска, Томска, Омска, Санкт-Петербурга, Москвы.

АКНОК за последние годы выпустило около 30 методических рекомендаций по итогам заседаний общества, которые были распространены среди кардиологов и врачей других специальностей. В рекомендациях представлены современные данные о диагностике и лечении основных сердечно-сосудистых заболеваний, которые, безусловно, служат повышению квалификации врачей.

АКНОК совместно с краевым медико-социальным журналом «Здоровье алтайской семьи», в рамках реализуемого журналом общественного демографического проекта «Здоровая семья - это здорово!», в течение 5 лет выступало в качестве координатора программы «Школы здоровья – школы профилактики. Научи учителя». Более 30 районов края были участниками просветительских акций проекта. Наряду с проведением презентаций, разъясняющих цели и задачи проекта, круглых столов, пресс-конференций, формировался актив координаторов, сподвижников проекта в городах и районах края. Особо ценным стало то, что в рамках раздела проекта «Научи учителя» по специально разработанной программе членами АКНОК, ее председателем профессором Г.А. Чумаковой было проведено обучение около 1000 врачей и медсестер края методологии проведения «Школ больных артериальной гипертензией», а так же подготовлено и издано методическое пособие. Основной задачей которого стало обучение социально активных специалистов – медиков технологии мотивирования больных к приверженности выполнению рекомендаций врачей по здоровому образу жизни, формированию здорового стиля жизни в семье, по организации «общественных школ здоровья» для различных социальных групп.

АКНОК поддержало инициативу АКФПСИ «Содействие» и журнала «Здоровье алтайской семьи» по проведению системной просветительской работы по осознанному ограничению курения и потребления алкоголя, как факторов риска развития хронических заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно, начиная с 2010 года, итоги работы подводятся в рамках месячника активных действий (ноябрь) по противодействию курению «Брось сигарету! Начни с себя».

«Дьявол не может продавать крест.

Курящий врач не может давать советы по отказу от курения!»

Научным проектом АКНОК стало изучение здоровья врачей Алтайского края. Результаты были доложены на заседании АКНОК, Общественной палаты Алтайского края, Общественной женской палаты. Соответствующие резолюции были опубликованы в краевой печати и доведены до Администрации края.



Председатель АКНОК профессор Г.А. Чумакова является членом правления Российского кардиологического общества (РКО), принимала участие в разработке рекомендаций ВНОК «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 4-й пересмотр, «Периоперационные риски больных ССЗ при внесердечных операциях», новый пересмотр рекомендаций по метаболическому синдрому.

Г.А. Чумакова является членом редколлегия ведущих научных журналов «Российский кардиологический журнал», «Кардиосоматика». Г.А. Чумакова ежегодно представляет регион на «Российском национальном конгрессе кардиологов», конференция Российского общества кардиосоматической профилактики и реабилитации, ведущих международных конгрессах.

В 2012 году председатель АКНОК профессор Г.А. Чумакова была избрана членом Общественной палаты Алтайского края и возглавила комиссию по охране здоровья и экологии. Это безусловное признание активной работы и жизненной позиции Алтайского краевого научно-практического общества кардиологов.



Старт проекта «Школа больных артериальной гипертензией», 2003 год



Организаторы и участники проекта, Советский район, 2003 год

Будущее - за популяционной профилактикой



Здоровье - каждой алтайской семье!

Уважаемые подписчики и читатели журнала «Здоровье алтайской семьи»!
Подписка на журнал "Здоровье алтайской семьи" станет хорошим подарком к любому семейному торжеству для каждой семьи. Каждый раз, получая очередной номер журнала, ваши родные, друзья будут с нежностью вспоминать о вашем добром и нужном подарке.



ИЗВЕЩЕНИЕ

Кассир

Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"

ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001

Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162

Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул

БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771

ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426

Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г. №4-12

Плательщик (Ф.И.О.):

Наименование фирмы, контактный телефон

Адрес получателя корреспонденции

Почтовый индекс, город (район, название поселка),

улица, дом, квартира (офис)

Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, №4-12	448-50	448-50

Плательщик (подпись) _____ Дата _____

Подписной индекс - 31039

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"

КВИТАНЦИЯ

Кассир

ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001

Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162

Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул

БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771

ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426

Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г. №4-12

Плательщик (Ф.И.О.):

Наименование фирмы, контактный телефон

Адрес получателя корреспонденции

Почтовый индекс, город (район, название поселка),

улица, дом, квартира (офис)

Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, №4-12	448-50	448-50

Плательщик (подпись) _____ Дата _____

Подписной индекс - 31039



Журнал "Здоровье алтайской семьи" - лучший подарок вашим близким!