

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**Игорь Тимофеевич ДЕЕВ,  
заведующий травматологическим отделением  
МУЗ “Городская больница №2”, г.Барнаул**



# **ОТ РЕДАКТОРА ЛЮБИТЕ СЕБЯ!..**



**Мы с нетерпением ждем лета, чтобы набраться сил и здоровья...**

**Даже если вы не в отпуске, найдите возможность чаще бывать в лесу, у реки...**

**Свежие овощи, ягоды, фрукты...**

**Кладовая витаминов...**

**Все замечательно и именно поэтому выберите время для профилактических посещений специалистов.**

**Даже здоровые зубы нуждаются в регулярном осмотре стоматолога, а если уж есть проблемы...**

**В поликлиниках, женских консультациях, диагностическом центре исчезли очереди - лето!**

**Вас не стесняет обилие теплых вещей, без которых не обойтись зимой. И это значит, что осмотр у врача будет менее обременительным и меньшим по времени...**

**Вспомните, что прохождение флюорографии рекомендуется ежегодно...**

**Осмотр гинеколога, уролога, окулиста как минимум, один раз в год, особенно после 40...**

**Главное: предупредить легче, чем вылечить...**

**Будьте внимательны к себе. Любите себя.**

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

Адрес редакции:  
г.Барнаул,  
ул.Пролетарская, 113, оф.200.  
Тел/факс (3852) 23-24-13

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

Главный редактор -  
И.В. Козлова

Ответственный редактор  
М.В. Юртайкина

Выпускающий редактор -  
А.Г. Пшеничный

Начальник отдела  
по связям с общественностью -  
Н.А. Полтанова

Отдел рекламы - т. 23-24-13  
Т.А. Веснина

Компьютерный дизайн и верстка  
А.Г. Пшеничный

Подписано в печать  
12.07.2004г. Печать офсетная.  
Тираж - 5000 экз.  
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации  
СМИ № ПИ-12-1644  
от 04.02.2003г.,  
выданное Сибирским окруж-  
ным межрегиональным терри-  
ториальным управлением Ми-  
нистерства РФ по делам печа-  
ти, телерадиовещания и средств  
массовых коммуникаций.  
Все товары и услуги подлежат  
обязательной сертификации.  
Материалы, помеченные  
знаком ■, размещаются на  
правах рекламы, точка зрения  
авторов может не совпадать с  
мнением редакции.

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

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -  
73618**

# Содержание

Из выступления Н.С. Ремневой на «Круглом столе»: «Современные социально-экономические проблемы женщин России и роль программ по профилактике социально значимых заболеваний в сохранении репродуктивного здоровья нации» .....	2-3
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья .....	4-5
Беременность при йоддефицитном состоянии .....	6-8
Высокие технологии здоровья.....	7-8
Мягкая и эффективная очистка организма .....	9
Как расшифровать диагноз .....	10-11
<b>ДЕЛО ЧИСТОЙ ВОДЫ</b> .....	12
Хочешь в отпуск? Борись с укачиванием .....	13
<b>БРОНХИТ-ШКОЛА.</b> Что такое ХОБЛ? .....	14-16
Свойства ягод .....	17
Банк для всей семьи. Крыша для молодоженов .....	18
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b> «Жить в ладу со своим ремеслом...» Как справиться с болезнью. Досрочная трудовая пенсия и стаж .....	19-22
<b>ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ.</b> Мобильная угроза .....	23-24
<b>ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ.</b> Копуши. Особенности детского массажа. ....	25-28
Береги зубы смолоду .....	29
Гениями рождаются, талантами становятся .....	30
<b>РАБОТА НАД ОШИБКАМИ.</b> Не надо врать про аиста. Детские капризы .....	31
Мезотерапия или Красота изнутри .....	32
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Суп - лучшая диета? .....	33-34
Ретинопатия недоношенных - фактор риска инвалидности с раннего детства .....	35
Мир и медицина .....	36
<b>ШКОЛА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:</b> Стресс и гипертоническая болезнь.....	37-40

## ДЕЛИМСЯ ОПЫТОМ

**Надежда Степановна Ремнева, начальник отдела социальных и семейно-демографических проблем администрации Алтайского края, председатель Общественной женской палаты края, председатель краевого Совета женщин**



### **Из выступления на «Круглом столе»: «СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕНЩИН РОССИИ И РОЛЬ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ», Москва, 28 июня 2004г.**

Согласитесь, невозможно переоценить значение семьи в жизни каждого человека и каждого государства. Семья - это не только общий быт и совместное потребление, но и общность духовности, культуры, традиции, это и источник любви, забота, защита и ответственность. Именно защита - ключевое слово, ибо характеризует защитные функции семьи для своих членов, особенно для детей, от всех внешних вредных факторов, почти всех социально обусловленных заболеваний и социальных пороков.

Но кто бы мог подумать, что в XXI веке трансформация семьи зайдет так далеко, что потребуются уточнить само понятие семьи? В проекте Концепции нового законодательства о семье она определяется как «малая социальная группа, члены которой связаны между собой родством или супружескими отношениями, общностью быта и взаимной ответственностью». Критериями принадлежности к семье обычно служат отношения родства, совместное проживание и совместное ведение хозяйства или общий бюджет.

За последнее десятилетие изменился весь строй нашей жизни. К брач-

ному возрасту подошли новые поколения людей, которые созревали в условиях коренной переоценки ценностей, смены господствующего мировоззрения. Впервые учитывались незарегистрированные, так называемые, гражданские браки. Их в РФ - 3 млн. (10%), примерно такая же статистика и в крае. Кроме того, 4,2 тыс. человек в возрасте до 16 лет, которым раньше запрещался даже просмотр определенного содержания фильмов, теперь указали, что они состоят в браке, а половина из них - в незарегистрированном.

**В обществе нет согласия по главному нравственному вопросу «Что такое хорошо, а что такое плохо?».** Разделительная полоса проходит не только по границам государственных законов, но и по границам совести, где государственная власть бессильна. Свободу совести все чаще воспринимают как «свободу от совести». Наибольший урон от этого несут семьи и, в первую очередь, дети!

Если Международный год семьи в 1994 году положил начало формированию в России специального законодательства о семье, а также структур управления государственной семейной политикой на федеральном и региональ-

ном уровнях, то в год его 10-летия назрела необходимость продолжить эту работу: законодательно закрепить государственную политику в отношении семьи. Проект Концепции федерального закона «Об основах государственной поддержки семьи в РФ» был предложен для обсуждения на Международном Конгрессе «Российская семья» в феврале т.г., чтобы впоследствии при принятии закона учесть мнения регионов России.

Ведь, как известно, вся тяжесть работы с семьей, все проблемы и недостатки семейной политики и самих семей проявляются на местах. Но и положительный опыт рождается тоже у нас, в регионах, - вырабатываются конкретные формы взаимодействия и сотрудничества семьи, государства и общества.

**Алтайский край, особенно в последние годы, всегда отмечался как один из наиболее продвинутых регионов в области разработки и реализации семейной политики.** По сути, мы определили для себя в качестве национальной идеи - здоровую семью. Здоровую во всех отношениях: где само ее появление - праздник, где ответственное материнство и отцовство находятся в равновесии, а все дети - желанны!



Еще с 1996 года в качестве приоритетных направлений социальной политики мы определили - семья, ее сохранение и развитие; детство, охрана прав детей на воспитание в семье, образование и развитие; ответственное родительство: материнство и отцовство.

Был принят целый ряд законов в интересах семьи, женщин-матерей, детей, по защите прав граждан на создание семьи и сохранение ее здоровья и др., действуют многие социально-значимые программы: «Семья. Женщины. Дети», «Дети Алтая», «Безопасное материнство», «Здоровый образ жизни», «Адресная помощь семье», всего более 20 социальных программ. Кроме того, действуют порядка 15 целевых медицинских комплексных программ, в т.ч. и направленных на борьбу с социально обусловленными заболеваниями: алкоголизм, наркомания, ВИЧ/СПИД и другие.

Учитывая несовершенство, а порой и отсутствие адекватного законодательства, нелегко нам приходится в работе с семьями «группы социального риска». Их на Алтае мы выделили более 11 тысяч, в них - 22 тысячи детей. При определении семей «группы риска» мы учитываем все факторы: бедность, насилие, полный спектр социально-обусловленных заболеваний. Адресная работа с этими семьями строится и по месту жительства. Но главное внимание, прежде всего, уделяется здоровым семьям. Самые достойные из них участвуют ежегодно в краевом фестивале семей «Начни с дома своего». В этом году он будет носить международный характер. Вторым годом выходит журнал «Здоровые алтайской семьи», девиз которого «Здоровая семья - это здорово!». Крепкие, здоровые, многопоколенные семьи - вот наше главное социальное богатство в крае.

**Только за последние три года создано более 40 центров по работе с семьей и детьми.** Администрацией края поставлена задача иметь их повсеместно, в каждом городе и районе. Почти во всех городах открыты филиалы краевого мужского кризисного центра, стационарные отделения центра социально-психологической реабилитации населения, женский кризисный центр. Все эти и другие социальные учреждения, в частности, клиники дружественные молодежи, уже делают заметные шаги по управлению рисками семей. Особую тревогу вызывают семьи риска по ВИЧ-инфекции, СПИДу. Их с каждым годом все больше, но растет не только само количество семей. Самое тревожное, что растет среди них число женщин фертильного возраста, увеличивается число беременных с ВИЧ, рождаются инфицированные дети.

**Работают и учреждения срочной социальной помощи (их уже за 30) и 146 отделений социальной помощи на дому. Сформирована сеть приютов для беспризорных и безнадзорных детей. Но главное направление в работе с детьми, оставшимися без попечения родителей, делается на их семейное устройство: в патронатные, приемные, опекунские семьи.** В целом же краевая социальная политика в отношении детей, прежде всего, направлена на охрану их жизни и здоровья, на качественное образование. Большая работа проводится в крае по круглогодичному оздоровлению детей. Так, всеми его видами в 2003 году было охвачено более 80% детей, в т.ч. 184 тысячи - из малоимущих семей (это 89% от всего числа нуждающихся). Мы успешно взяли курс на восстановление в крае всех детских лагерей и санаториев-профилакториев. И еще один важный момент: в результате реализации краевых социальных программ нам удается обеспечить 90%-ную занятость всех детей и подростков различными видами и формами полезного труда, спорта, творчества. А это - наиболее мощное средство профилактики социального нездоровья детей и подростков в крае.

Во всей этой сложной работе недостаточно усилий только со стороны властных структур, государственных учреждений. Очень важно здесь опереться на «новую силу» многих общественных формирований и вести совместно различные социальные акции в интересах семьи и детей. Это такие, как - смотр семей Алтая «Спасем семью - спасем Россию», акции «Соберем детей в школу», «Против бедности и насилия», «Я могу» и другие. Третий год идет в крае Эстафета материнского подвига. Она стала наиболее яркой и результативной формой работы по повышению статуса женщины-матери в семье и обществе. К примеру, благодаря договору между ГУВД края и советами женщин ведется совместная работа по профилактике семейного насилия, правонарушений несовершеннолетних и социального сиротства.

Есть уже первый опыт проведения силами общественности социальной экспертизы принимаемых в крае законов и решений. По инициативе НКО при главе администрации края создана Ответственная женская палата. Главной целью ее деятельности определено обеспечение равных прав и равных возможностей мужчин и женщин на Алтае. Суть нового подхода - это учет интересов обоих полов и развитие гармоничных отношений и в семье, и в обществе. Но, учитывая, насколько обострились проблемы, связанные с положением отца в



семье, и отцовства в обществе, мы в качестве одной из главных приоритетных задач вот уже 5 лет решаем задачу сохранения и укрепления здоровья подростков, юношей, мужчин-отцов, формирование ответственного отцовства.

Более того, мы выступили инициаторами по установлению Дня отца в России не как праздника, а как смотра положения отца и его роли в обществе и семье.

В качестве приоритетной задачи на государственном уровне нужно поставить всемерное повышение престижа семьи; переориентировать социальную политику с отдельных категорий граждан на семью в целом, с приоритетом на молодую семью, на поддержку многодетных семей; принять на федеральном уровне минимальные социальные стандарты качества жизни семей с детьми; всемерно повышать авторитет материнства и отцовства; обеспечить условия для создания и укрепления семьи, включающие развитие системы подготовки молодежи и подростков к взрослой семейной жизни; создавать условия для формирования здоровых, самодостаточных семей.

**Семья обеспечивает и государство, и экономику человеческими ресурсами, производителем и потребителем - дает все самое главное для конкретного государства и общества, все, что не восполнить ни каким импортом, никакими миграционными потоками! Семья - это внутренняя государственная граница, которую надо охранять также зорко, как и внешнюю!**

# ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ с нарушенным состоянием здоровья

Наш собеседник - Г.В. Кагурова, д.м.н.,  
главный педиатр комитета по здравоохранению  
администрации Алтайского края.



## Вакцинация детей с поражением центральной нервной системы

**Поражения нервной системы у детей имеют различный патогенез, клиническое течение, прогноз, поэтому для решения вопроса о вакцинации детей с неврологической патологией необходимо учитывать ряд моментов, а именно:**

- диагноз заболевания ребенка (этиологию, патогенез - прогрессирующее или не прогрессирующее течение), обращая особое внимание на наличие судорожного синдрома;
- состояние ребенка по основному заболеванию (острая форма остаточных проявлений, период восстановления, а при хронических процессах - наличие рецидива или ремиссии, декомпенсации, субкомпенсации или компенсации);
- курс проводимой терапии (следует учитывать действие вводимых препаратов: например, при применении средств, усиливающих судорожную готовность (церебролизин), проводить плановые прививки АКДС препаратом целесообразно сразу по окончании терапии; с другой стороны, противосудорожная и дегидратационная терапия, которую получает ребенок, может быть расценена как медикаментозная подготовка к вакцинации);
- наличие и особенности сопутствующей патологии (аллергической,

гастроэнтерологической, нефрологической и другой);

○ прививочный анамнез ребенка и его реакции на предшествующие вакцинации;

○ эпидситуация в семье, в детском учреждении, которое посещает ребенок, в регионе проживания (село, город, область и т.д.). При наличии острых заболеваний в окружении ребенка проводить вакцинацию нецелесообразно. При экстренной иммунизации (контакт с больным управляемой инфекцией) прививки проводят сразу же после купирования острого состояния или даже, несмотря на остроту процесса, при наличии жизненных показаний к вакцинации.

**Для решения вопроса о вакцинации детей с поражением нервной системы не требуется дополнительного лабораторного обследования (ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ и др.).**

Вакцинация проводится не ранее чем через 2-4 недели после перенесенного острого заболевания или обострения хронического.

Если ребенок с поражением нервной системы не был привит против туберкулеза и гепатита В в родильном доме, его необходимо привить против гепатита В сразу после стабилизации состояния и, при отсутствии

противопоказаний, на следующий день иммунизировать ВЦЖ (БЦЖ-м) вакциной до достижения двухмесячного возраста без проведения проб Манту. Далее продолжить вакцинацию против гепатита В (V2) и в 3 месяца начинать АКДС и полиовакцинацию. Если в два первые месяца жизни по состоянию здоровья БЦЖ-вакцина не была сделана, ее следует провести сразу после отмены противопоказаний или через один месяц после других прививок с предварительной постановкой реакции Манту. Остальные прививки можно продолжить через 1-2 мес. после введения БЦЖ вакцины.

Детям, привитым против туберкулеза своевременно, при наличии таких заболеваний, как перинатальная энцефалопатия, болезнь Дауна, фенилкетонурия и другие не прогрессирующие заболевания, связанные с генетическими нарушениями, а также ДЦП, олигофрении любого генеза, вакцинацию АКДС совместно с полиомиелитной вакциной начинают с 3 месяцев жизни и далее иммунизируют по графику всеми вакцинными препаратами. Применение средств, нормализующих сосудистый тонус, ноотропов, дегидратационных и противосудорожных препаратов не препятствует проведению иммуниза-

ции, так же, как и любые виды массажа, физиотерапии, нетрадиционные способы терапии.

Детей с фебрильными судорогами (приступы при температуре выше 38°C) прививают по общему графику, в т.ч. АКДС-вакциной, через 1 месяц после приступа на фоне жаропонижающих и противосудорожных препаратов.

При выявлении гипертензионно-гидроцефального синдрома АКДС и полиомиелитную вакцины можно применять при констатации клинической компенсации, лабораторных подтверждений (НСГ или Эхо-ЭГ) не требуется. Как правило, дети с гипертензионно-гидроцефальным синдромом получают длительные курсы дегидратационной терапии (диакарб, глицерол, фитотерапия, гомеопатические средства и т.п.), которая может расцениваться как медикаментозная подготовка к прививке. Это позволяет при проведении АКДС-иммунизации не назначать дополнительных лекарственных средств. В тех случаях, когда плановый курс терапии закончен, на период разгара вакцинального процесса можно назначить короткий курс дегидратации, а если у ребенка с внутрисерепной гипертензией предполагается склонность к судорожным состояниям, целесообразно до и после введения АКДС-вакцины назначить жаропонижающие и противосудорожные средства и рекомендовать тщательный контроль температуры тела после прививки.

При выявлении у ребенка прогрессирующей гидроцефалии так же, как и при других прогрессирующих заболеваниях нервной системы, коклюшная вакцина не вводится, иммунизация осуществляется в состоянии компенсации, с применением средств дегидратации, АДС или АДС-м-препаратом (в зависимости от возраста ребенка). Назначение дегидратации детям с шунтом должно быть согласовано с нейрохирургом.

При прогрессирующих поражениях нервной системы, после перенесенных нейроинфекций (энцефалита), при афебрильном судорожном синдроме прививки можно проводить через 1 месяц после стабилизации процесса, выздоровления, приступа, но коклюшная вакцина не

вводится, а в зависимости от возраста используется АДС или АДС-м-анатоксин. Детям с афебрильным судорожным синдромом, в том числе с эпилепсией, назначают противосудорожные средства: при введении анатоксинов (АДС, АДС-М) - за 5-7 дней до вакцинации и на 5-7-й день после нее; при введении живых вакцин (коклюш, паротитной) - с 1 по 14-й день после иммунизации. При введении только полиомиелитной вакцины медикаментозная подготовка не требуется. Если ребенок получает противосудорожную терапию постоянно, возможно в те же сроки увеличить дозу препарата на 1/3, не превышая максимальной суточной, или назначить второй противосудорожный препарат. Плановое применение противосудорожных и дегидратационных средств не требует дополнительной медикаментозной подготовки к прививкам. Детям с неконтролируемой эпилепсией (ежедневными приступами), находящимся в специализированных учреждениях, учитывая эпидемиологическую необходимость, могут быть проведены прививки против полиомиелита, дифтерии, столбняка, гепатита В.

Если у ребенка диагностировано какое-то психическое заболевание (детский аутизм, шизофрения и т.п.) и он получает периодически противоречивую терапию какими-то препаратами (психотропными, нейролептиками, седативными), то эти же медикаменты назначают в качестве подготовки к вакцинации. Введение любых вакцин таким детям в периоде ремиссии не противопоказано.

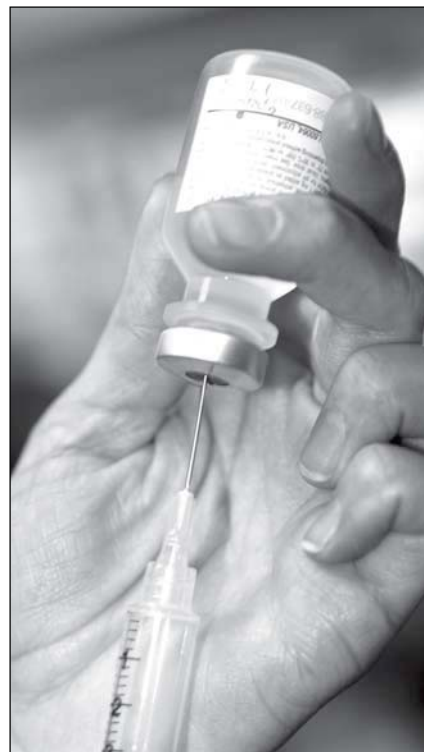
Детям, перенесшим сотрясение, ушиб головного мозга и другие травмы головного и спинного мозга, прививки могут быть начаты через 1 месяц после выздоровления или компенсации состояния с применением симптоматических средств (дегидратационные, сосудистые, ноотропы, противосудорожные и т.п.).

Детям с поражением ЦНС в сочетании со злокачественными заболеваниями в периоде ремиссии могут быть введены только убитые (инактивированная полиомиелитная), полисахаридные (против гемофильной инфекции, пневмококка), рекомби-

нантные (против гепатита В) вакцины или анатоксины (дифтерийный, столбнячный). Введение живых вакцин, как и детям с другими иммунодефицитными состояниями, не рекомендуется.

У детей с поражением нервной системы может иметь место любая сопутствующая патология. В этом случае вопрос о проведении прививки, подготовке к ней и выборе вакцины должен решаться с учетом всех данных.

**Предусмотреть все возможные варианты заболевания нервной системы и тактику вакцинации детей с такой патологией достаточно сложно. Основной принцип, которым должен руководствоваться врач-педиатр (или фельдшер), - это то, что для детей с поражением нервной системы гораздо опаснее инфекция, чем возможные побочные эффекты вакцинации. Поэтому для этой группы не допустимы длительные и постоянные медотводы от прививок, а в условиях эпидемической ситуации соответствующие прививки проводят без учета сроков медотводов, даже при наличии умеренных проявлений острых или обострения хронического заболевания.**







## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

**Ольга Михайловна Тырышкина, зам. главного врача  
Диагностического центра Алтайского края по консультативно-  
диагностической деятельности охраны материнства и детства**

# БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТНОМ СОСТОЯНИИ

*По инициативе ВОЗ на рубеже XXI века проблема дефицита йода как минимум у 1/5 части населения Земли признана ООН глобальной. Достигнуто всеобщее понимание того, что легкие ментальные нарушения в связи с внутриутробно перенесенным дефицитом йода, которые чрезвычайно распространены, являются самым частым вариантом умственной отсталости. С целью сохранения интеллекта нации во многих странах на всеобщей основе и на государственном уровне уже осуществляются или активно внедряются целевые программы йодной профилактики.*

Недостаток йода в окружающей среде приводит к развитию йоддефицитных состояний. Установлено, что в мире более 1 млрд. человек проживает в районах с йодным дефицитом, к которым относится практически вся территория России, в том числе и Алтайский край.

Йоддефицитные состояния представляют важную медико-социальную проблему. В местностях с выраженным дефицитом йода значительно повышены перинатальная смертность, частота мертворождений и врожденных пороков развития.

Наиболее очевидным проявлением дефицита йода и недостаточного его поступления в организм служит **эутиреоидный (нетоксический) зоб - диффузное увеличение щитовидной желе-**



**зы (ЩЖ) без нарушения ее функции.** Применительно к этому состоянию используют также термин «эндемический зоб». Увеличение ЩЖ при дефиците йода является компенсаторной реакцией, направленной на обеспечение синтеза достаточного количества тиреоидных гормонов в условиях недостатка «строительного материала» - йода. Другим признаком йодного дефицита у взрослых является развитие **узлового зоба.** Диапазон проявлений йоддефицитных состояний весьма широк и зависит от периода жизни, в котором эти нарушения возникают. Очевидно, что наиболее неблагоприятные последствия «зарождаются» на ранних этапах становления организма, в период внутриутробного развития плода, а завершаются в возрасте полового созревания.

Заболевания ЩЖ, сопровождающиеся нарушением ее функции, часто вызывают расстройства менструального цикла, снижение фертильности. Беременность и роды у женщин с патологией ЩЖ характеризуются высокой частотой осложнений, в частности, гестоза (54,5%), хронической внутриутробной гипоксии плода (22,7%), дискоординации родовой деятельности (35,2%), преждевременных родов (18,2%), угрозы прерывания беременности.

В условиях даже легкого йодного дефицита у **беременной** и плода формируется **вторичная тиреоидная недостаточность**, которая служит основным фактором развития у ребенка разнообразных изменений центральной нервной системы (ЦНС): неврологический кретинизм и

субкретинизм, **тиреоидная дезадаптация** в период новорожденности (транзиторный неонатальный эндемический гипотиреоз, диффузный эндемический зоб). **Уже не первое десятилетие эндокринологам мира известно, что в эндемичных регионах у беременных существенно повышена частота спонтанных выкидышей, мертворождений, а у их потомства не**







только регистрируется снижение интеллектуального индекса, но и отмечается высокий риск формирования врожденных пороков развития, респираторного дистресс-синдрома, перинатальной и ранней младенческой смертности.

Дети матерей с эндемическим зобом чаще рождаются в асфиксии, с признаками внутриутробной гипотрофии, их грудное вскармливание начинается с более поздних сроков. У детей этой группы уже с первых дней жизни имеются проявления ослабленного неспецифического иммунитета.

Во время беременности метаболизм йода и тиреоидных гормонов имеет свои особенности.

Беременность является мощным пусковым механизмом йодного «обкрадывания» и приводит к состоянию **относительного дефицита йода**. Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов, которые в сумме приводят к значительной стимуляции ЩЖ. **Таковыми специфическими факторами являются:**

- гиперпродукция хорионического гонадотропина (ХГ), эстрогенов и тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ),

- увеличение почечного клиренса йода и изменение метаболизма тиреоидных гормонов у матери в связи с активным функционированием фетоплацентарного комплекса.

Первым фактором, воздействующим преимущественно в I триместре беременности и приводящим к транзитной стимуляции ЩЖ, является ХГ, по структуре подобный тиреотропному гормону (ТТГ). При нормальной беременности в I триместре (между 8-й и 14-й неделями) благодаря значительному и быстрому повышению уровня ХГ происходят небольшой, но достоверный подъем содержания свободного тироксина и транзитное подавление тиреотропной активности аденогипофиза. У 18% беременных женщин в I триместре уровень ТТГ может находиться ниже пределов нормальных значений, что свидетельствует о значительной гиперстимуляции ЩЖ. На

протяжении II и III триместров содержание ТТГ нормализуется.

Эстрогены, концентрация которых прогрессивно увеличивается уже с I триместра беременности, стимулируют синтез ТСГ и содержание последнего при сроке беременности 16-20 недель удваивается. Повышение уровня ТСГ наряду с увеличением объема циркулирующей плазмы приводит к некоторому росту содержания общего и к снижению содержания свободного, биологически активного, гормона. Это, в свою очередь, сопровождается увеличением уровня ТТГ и дополнительной стимуляцией ЩЖ. При достаточном количестве основного субстрата для синтеза тиреоидных гормонов, т.е. йода, эти изменения легко компенсируются и уровень свободного тироксина остается неизменным.

Йод, поступающий в организм матери, кроме того, используется на синтез тиреоидных гормонов **у плода**, которые ему необходимы для адекватного формирования **ЦНС, скелета**, а также для обеспечения синтеза белка практически в любой клетке. Закладка ЩЖ у плода происходит на **4-5-й неделе** внутриутробного развития, на **10-12-й неделе** она приобретает способность накапливать йод и синтезировать йодтиронины, а к **16-17-й неделе** она полностью дифференцирована и активно функционирует.

Во второй половине беременности дополнительным фактором гиперстимуляции ЩЖ является изменение метаболизма тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием **фетоплацентарного комплекса**.

Сниженное поступление йода во время беременности (и даже непосредственно перед ней) вызывает хроническую стимуляцию ЩЖ, относительную гипотироксинемия и формирование зоба как у матери, так и у плода.

Тиреоидные гормоны на этапе внутриутробного развития являются важнейшими регуляторами формирования и созревания головного мозга будущего ребенка. **Никакие другие гормоны подобным эффектом не обладают. Только гормона-**

**ми материнской ЩЖ обеспечивает полноценная анатомо-морфологическая закладка основных компонентов ЦНС** в I триместре беременности. Материнские гормоны в это время отвечают за формирование наиболее значимых структур головного мозга зародыша (кора, подкорковые ядра, мозолистое тело, полосатое тело, субарахноидальные пути), улитки слухового анализатора, глаз, лицевого скелета, легочной ткани и др. Последующее (на фетальном этапе) созревание межнейрональных связей, миелиногенез и миелинизация нервных окончаний зависят также и от гормональной активности ЩЖ самого плода, которая начинает функционировать не ранее II триместра.

Исследования последних лет показали, что эффект йодного дефицита усиливается в связи с сочетанным влиянием материнского и фетального (плода) гипотиреоза. При этом воздействие материнского гипотиреоза крайне опасно, так как уже в I триместре мозг плода чувствителен к недостатку ТТГ. Головной мозг ребенка наиболее чувствителен к дефициту тиреоидных гормонов до 2-3 лет. Есть данные о том, что они необходимы головному мозгу на протяжении всей жизни человека.

**Современный комплекс методов для постановки диагноза при наличии зоба включает пальпацию, УЗИ, определение содержания тиреоидных гормонов в крови, антител в ткани ЩЖ, уровня суточной йодурии, при необходимости - проведение пункционной биопсии.**

При лабораторной и инструментальной диагностике заболеваний ЩЖ у беременных имеются некоторые особенности. Известно, что объем железы во время беременности увеличивается. В регионах с достаточным потреблением йода прирост этого объема составляет 10-15%, что может быть связано с усилением васкуляризации ЩЖ. На территориях с дефицитом йода отмечается более выраженное увеличение ее объема - в среднем на 16-31%. Для выявления изменений объема ЩЖ и оценки ее экоструктуры проводят УЗИ. ►

В последние 15 лет после введения **массового скрининга новорожденных на неонатальный гипотиреоз** состояние ЩЖ новорожденных стало предметом пристального внимания. Осуществление профилактики йоддефицитных состояний значительно более эффективно, чем лечение последствий этого дефицита, тем более что некоторые из них (умственная отсталость, кретинизм) практически необратимы.

Существуют массовые, групповые и индивидуальные методы профилактики йодной недостаточности. Массовая профилактика является наиболее эффективной и достигается путем внесения соединений йода (йодида или стабильного йодита калия) в качестве добавки в наиболее распространенные продукты питания (поваренная соль, молочные продукты, хлеб). В районах с легкой и умеренной йодной недостаточностью массовая профилактика (в большинстве случаев) способна обеспечить необходимое поступление йода в организм. Однако в определенные периоды жизни, когда потребность в йоде значительно возрастает (подростковый период, беременность, грудное вскармливание), вводимого с солью йода может не хватать, и тогда для восполнения дефицита йода требуется проведение групповой и индивидуальной профилактики препаратами, содержащими физиологическую дозу этого элемента.

При групповой профилактике препараты йода назначают под контролем врача в группах наибольшего риска развития йоддефицитных состояний (дети, подростки, беременные и кормящие женщины), особенно в организованных контингентах населения (детские сады, школы, интернаты).

Индивидуальная профилактика йодной недостаточности включает как потребление продуктов с повышенным содержанием йода (морская рыба и морепродукты), так и использование лекарственных препаратов, обеспечивающих поступление физиологического количества йода (ряд поливитаминов с минеральными добавками, антиструмин, калия йодид 200).



Всемирная организация здравоохранения рекомендует для взрослых потребление не менее 150 мкг йода в день. Исследования показывают, что положительный основной обмен у доношенных детей требует не менее 15 мкг йода на 1 кг массы в сутки, у недоношенных - 30 мкг/кг. На этом основании ВОЗ, ЮНИСЕФ и ICCIDD разработали следующие нормативы содержания йода при профилактике йоддефицитных состояний: 150 мкг - для взрослых, 200 мкг - для беременных, 50 мкг - для детей первого года жизни, 90 мкг для детей в возрасте от 1 года до 6 лет, 120 мкг - для детей в возрасте 7-12 лет.

До настоящего времени дискутируется вопрос о безопасности применения препаратов йода во время беременности. Одни исследователи считают это возможным, так как физиологические дозы йода для организма безвредны. Однако известно, что при проведении массовой профилактики йодного дефицита повышается риск развития йодиндуцированного тиреотоксикоза. Избыток йодидов во время беременности может оказывать неблагоприятное воздействие на плод и приводить к развитию транзиторного гипотиреоза у новорожденных (эффект Воль-

фа-Чайкова) путем ингибирования секреции тиреоидных гормонов у плода. **Поэтому даже при профилактическом использовании препаратов йода необходима консультация врача, т.к. бесконтрольный прием может привести к развитию ряда осложнений.**

Представленная выше тактика должна использоваться для лечения йоддефицитных состояний на этапе предгравидарной (перед планируемой беременностью) подготовки, а также во время беременности, так как нормализация эндокринного статуса матери, восполнение йодного дефицита являются важным условием нормального функционирования ЩЖ плода. Эффективность медикаментозного лечения во многом зависит от продолжительности заболевания, в связи с чем лечение выявленной патологии следует начинать как можно раньше. Проведение профилактики йодной недостаточности на протяжении всей беременности, по мнению ряда авторов, может предотвратить развитие зоба и нормализовать функцию ЩЖ. На фоне профилактики йодного дефицита происходит уменьшение объема железы, восполняется и поддерживается сбалансированное содержание йода.

**В алтайском краевом Диагностическом центре вы можете пройти полное обследование щитовидной железы и получить рекомендации по профилактике заболеваний щитовидной железы.**





# БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ



**Татьяна Александровна Корнилова, главный пульмонолог г.Барнаула, заведующая пульмонологическим отделением №2, МУЗ «Городская больница №5», врач высшей категории**



**Инна Ивановна Сопова, врач-пульмонолог пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»**

**Ирина Петровна Сокол, врач-пульмонолог пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»**



## Занятие 1

# Что такое ХОБЛ?

**ХОБЛ, хронический бронхит - эти термины все чаще встречаются в ваших выписках из стационаров. Мы надеемся, что бронхит-школа поможет получить ответы на многие волнующие вас вопросы. Вы узнаете о причинах развития хронического бронхита, его последствиях, почему необходимо постоянное длительное лечение бронхорасширяющими препаратами, когда назначается гормональное лечение, что делать, если у вас - обострение заболевания, о немедикаментозных методах лечения, а также о том, как отказаться от курения. Зная свою болезнь, вы будете активнее участвовать в лечении, что улучшит его результаты.**

### Что же такое хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)?

Это результат длительно существующего воспаления бронхов, которое проявляется нарушением проходимости (обструкцией) бронхов и изменением структуры легочной ткани. Чаще болезнь формируется у тех, кто страдает хроническим бронхитом, и у курильщиков, проявляется кашлем разной степени выраженности и нарастающей одышкой.

**ХОБЛ означает: «хроническая обструктивная болезнь легких».**

**Хроническая** – заболевание не исчезает полностью.  
**Обструктивная** – частичное сужение дыхательных путей.

**Болезнь легких** – нарушение функции легких.

**Если вы курите много лет, вас беспокоит кашель по утрам, который усиливается и сохраняется после перенесенной вирусной инфекции, - не полнитесь обратиться к врачу: вдруг у вас уже развивается ХОБЛ?**

## Болеете ли Вы ХОБЛ?

### Признаки ХОБЛ:

- одышка, усиливающаяся при физической нагрузке;
- продолжительный кашель, сухой или с мокротой;
- необходимо несколько недель, чтобы восстановиться после вирусной инфекции.

### Каковы внешние проявления и как обычно развивается ХОБЛ?

Чаще всего ХОБЛ болеют мужчины старше 40 лет, злоупотребляющие курением в течение 20 лет и более или работающие в загрязненной среде (или и то, и другое). В развитии заболевания имеет значение и наследственная предрасположенность.

Первые проявления, с которыми обычно обращаются к врачу: кашель и одышка, иногда сопровождающиеся свистящим дыханием и выделением мокроты, чаще по утрам.

К 40-50 годам у курильщика начинают возникать эпизоды инфекций дыхательных путей, не связываемые сначала в одно заболевание. Еще через 10 лет, т.е. с 50-60 лет, появляется одышка, ощущаемая только при физической нагрузке, а позже и в покое. С годами промежутки между обострениями становятся короче, развиваются осложнения.

### Как часто встречается ХОБЛ?

В России насчитывается 14-16 миллионов больных, в США – 14 миллионов, причем с 1982г. по 1995г. число впервые выявленных таких больных увеличилось на 41%.

**В настоящее время ХОБЛ занимает четвертое место в мире среди причин смертности.**

### Рассмотрим причины хронического воспаления бронхов, лежащего в основе ХОБЛ.

Множество причин может вызвать хроническое воспаление бронхов. Но самой важной из них является длительное систематическое воздействие на бронхи вредных веществ, загрязняющих вдыхаемый воздух на производстве и в быту, в первую очередь – табачного дыма.



## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ

Вероятность значения факторов	Внешние факторы	Внутренние факторы
Установленная	Курение; профессиональные вредности (кадмий, кремний)	Дефицит а-1-антитрипсина
Высокая	Загрязнение окружающего воздуха (особенно SO <sub>2</sub> , NO <sub>2</sub> , O <sub>3</sub> ); другие профессиональные вредности; бедность; низкое социально-экономическое положение; пассивное курение в детском возрасте	Недоношенность, высокий уровень иммуноглобулина E, бронхиальная гиперреактивность. <b>семейный характер заболевания</b>
Возможная	Аденовирусная инфекция; дефицит витамина С	Генетическая предрасположенность; группа крови А(II), отсутствие иммуноглобулина А

### Каковы причины развития ХОБЛ?

- табакокурение - в 80-90% случаев;
- воздействие на бронхи вредных веществ на производстве и в быту;
- наследственная предрасположенность - в 5%.

Специальными исследованиями, проведенными в разных странах мира, установлено, что курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Чем больше и дольше человек курит, тем выше риск «заработать» ХОБЛ. Например, если человек курит по 20 сигарет в день на протяжении 10 лет, то он подвергает себя значительному риску возникновения и прогрессирования болезни. Развитию ХОБЛ способствует не только активное, но и пассивное курение, то есть вдыхание табачного дыма, особенно в детском возрасте.

Из производственных вредностей к развитию ХОБЛ чаще всего приводит контакт с кадмием и кремнием. К группе повышенного риска относятся шахтеры, строители, работающие с цементом, металлурги, подвергающиеся воздействию горячего воздуха и дыма из печей, а также транспортные рабочие, мукомолы, сборщики хлопка, рабочие на бумажных фабриках.

Хорошо изучено воздействие на дыхательную систему таких факторов, как сероводород, формальдегид, фенол, окислы азота и другие. В концентрациях, превышающих предельно допустимые, эти вещества вызывают повышение ответа бронхов на различные воздействия (например, на холодный воздух, на резкие запахи) в виде бронхоспазма, а также провоцируют развитие воспаления, способствующего возникновению заболевания.

Из внутренних факторов риска только один фактор может быть сравним по значимости с курением - недостаточность фермента 1-антитрипсина, что приводит к развитию эмфиземы (повышенной воздушности легких), однако встречается это только в 1% случаев.



**Что же происходит в бронхах и легких при ХОБЛ?**

Раздражение бронхов табачным дымом и другими вредными веществами вызывает защитную реакцию бронхов. Она заключается в сужении их просвета за счет спазма мышечной оболочки, воспалительного отека слизистой оболочки, а также за счет повышенной выработки мокроты. Длительная воспалительная реакция запускает порочный круг, который усугубляется течением болезни: нарастает отек слизистой оболочки бронха, бронх спазмируется, повышается выработка слизи. Все это приводит к развитию необратимых воспалительных изменений стенки бронхов, к эмфиземе, нарушению механизмов защиты бронхов от инфекции. Итогом является прогрессирующее нарушение дыхания, проявляющееся одышкой.

**ЛЕГКИЕ ПРИ ХОБЛ**

Итак, нарушение бронхиальной проходимости при ХОБЛ формируется за счет двух компонентов: обратимого, на который возможно подействовать медикаментозно, и необратимого.

Обратимый компонент нарушения бронхиальной проходимости определяется:

- спазмом бронхиальных мышц, который снимается бронхорасширяющими препаратами;
- отеком слизистой оболочки, устраняющимся противовоспалительными средствами;
- повышенным выделением слизи, на которое можно подействовать препаратами, облегчающими ее отделение.

Необратимый компонент развивается при длительном течении заболевания за счет изменения структуры легочной ткани, повышения «воздушности» легкого, а также, в меньшей степени, за счет развития соединительной ткани вокруг стенки бронха. Все это способствует нарушению сосудистой сети ткани легкого, что приводит к снижению поступления в кровь  $O_2$  и увеличению  $CO_2$ . У некоторых людей наблюдаются частые остановки дыхания во сне, что еще больше снижает насыщение



крови  $O_2$ . Это создает условия для роста давления в легочной артерии, повышения вязкости крови, нарушения ее циркуляции и к дополнительной нагрузке на сердце, с развитием, в конечном итоге, сердечной недостаточности.

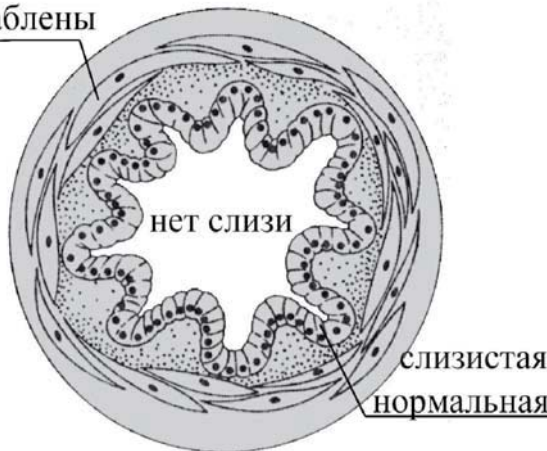
Не допустить или замедлить формирование необратимых легочных изменений своевременным началом лечения, так же, как и профилактика заболевания, - наши основные задачи.

**Внимание!**

**Если вы длительное время курите или имеете контакт с производственными вредностями, если вас беспокоят затяжные эпизоды кашля на фоне простудных заболеваний, одышка при физических нагрузках, - обратитесь к врачу! Вдруг у вас уже есть ХОБЛ?**

мускулы

расслаблены

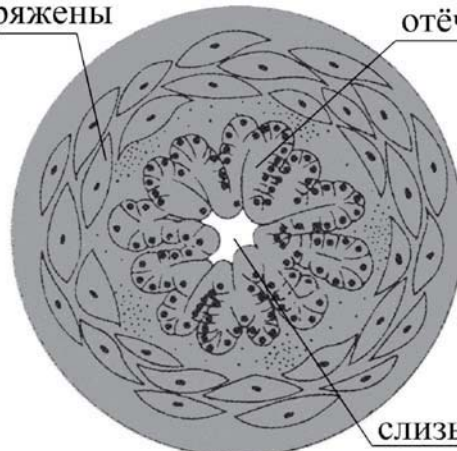


мускулы

напряжены

слизистая

отёчная



## «ЖИТЬ В ЛАДУ СО СВОИМ РЕМЕСЛОМ...»

*Во все времена человек решает одну и ту же задачу: как найти самого себя, как стать профессионалом в своем деле, будь то медсестра, актер или повар. Чтобы себя уважать и ценить. Если будет иначе, он не сможет возлюбить ближнего, как самого себя. Нашим пациентам нужны грамотные медицинские сестры и сиделки, поэтому повышение профессионального уровня и квалификации медицинского персонала является приоритетным направлением в работе главных и старших медицинских сестер любого лечебно-профилактического учреждения городов и районов Алтайского края. Нельзя ограничиваться проведением сестринских конференций, т.к. существуют разнообразные формы обучения – это семинары, зачеты, реферативные обзоры профессиональной литературы, стирование, посвящения в профессию молодых специалистов, конкурсы «Лучший по профессии».*



На фото: Участники конкурса «Лучший по профессии» I место, в центре - Удальникова Лидия Петровна медсестра дневного офтальмологического стационара детской поликлиники №2.



На фото: Участники конкурса «Лучший по профессии» II место, справа - Агаева Екатерина Александровна акушерка детской поликлиники №2.



На фото: Участники конкурса «Лучший по профессии» III место, в центре - Бадулина Нина Петровна медсестра дневного офтальмологического стационара детской поликлиники №2.



Осенью текущего года нами планируется проведение конкурса на лучшую медсестру Алтайского края. В настоящее время проходит I тур – конкурсы в лечебно-профилактических учреждениях.

Сегодня на страницах нашего «Вестника Ассоциации» делится своими впечатлениями о конкурсе на лучшую медсестру детской поликлиники №2 г.Барнаула заведующая отделением **Нина Васильевна Уланова**.

### Победили опыт и зрелость

Идея провести конкурс «Лучший по профессии» зрела у главной медсестры **Веры Григорьевны Корнеенко** давно. Наконец, свершилось!

Разработали положение о конкурсе, отделения заявили на конкурс своих участниц. Около трех месяцев шла подготовка: конкурсантки готовили санбюллетень, учили теоретические вопросы, группы поддержки – рисовали лозунги, сочиняли «речевки», писали сценарии представления профессии.

**16 июня** зал совещаний поликлиники был украшен плакатами, воздушными шарами, за столом жюри – администрация поликлиники. Под звуки марша входят участницы. У них разный возраст, опыт работы, но объединяет их преданность своему делу и любовь к детям. Отдельно хочется сказать о группах поддержки: видели бы вы, с каким энтузиазмом в отделениях готовили костюмы, собирали реквизиты.

Представление профессии и конкурсантов вылилось в театрализованное шоу. Участковая служба задорно спела на мотив «Песенка фронтального шофера» о сложностях работы на участке.

Поддержать школьного фельдшера пришли ребята из школы и трогательно спели, что благодаря ее ласковым рукам и доброй улыбке им даже прививки не страшны.

Эти театрализованные представления немного сняли напряжение участниц перед серьезным конкурсом, на котором пришлось отвечать по билетам теоретические вопросы. Проводимое мероприятие никого в поликлинике не оставили равнодушным.

**Жюри долго совещалось, подсчитывая баллы: победили опыт и зрелость! Первое место заняла Л.П. Удальникова, фельдшер школы №103; второе – молодая, энергичная акушерка Е.А. Агаева, третье место поделили участковая медсестра Н.А. Танцырева, медсестра дневного стационара Н.Ф. Бадулина и медсестра физиоотделения Л.А. Евдокименко.**

Конкурсанты получили подарки, зрители и группы поддержки – массу положительных эмоций. Праздник завершился чаепитием. Проигравших не было.

## Пациенты о сестрах...

### Послушай, сестра

Я был голоден, но накормить себя не мог.  
И ты поднос с едой поставила на тумбочку –  
Но мне не дотянуться.

Потом проблемы моего питания  
На конференции ты обсуждала.

Я был беспомощен и пить хотел,  
Но ты забыла санитарке наказать,  
Чтоб налила она в графин воды.

Потом ты в карту записала,  
Что пить отказываюсь я.

Мне было страшно так и одиноко,  
Но ты ушла, меня оставив одного.

Ведь я, похоже, понимал твои проблемы  
И просьбами тебя не беспокоил.

Не обошли меня финансовые трудности,  
И ты во мне вдруг стала видеть

Объект лишь раздраженья.

Я представлял собою сестринскую проблему.

Ты обсуждала

Теорию причин моей болезни,  
Но ты меня не видела совсем.

Все думали, что умираю я,  
И ты, считая, что я ничего не слышу,  
Сказала: «Я, надеюсь, не умрет он

В мое дежурство».  
Ведь у тебя сегодня запись

К косметологу была

Перед свиданием с женихом в тот вечер.  
Ты образованная, красиво говоришь,  
Умна и элегантна.

На твоём халате –  
Ни пятнышка нет, ни морщинки,

Но когда с тобой я говорю –

Ты слушаешь, мне кажется, меня,  
Но ты не слышишь.

О, помоги мне и пойми,  
Что происходит здесь со мной,  
Я так устал, так одинок, я так боюсь.

Поговори со мной, побудь со мной,  
За руку поддержи,

И пусть моя беда твоею станет.  
Пожалуйста, сестра, послушай.



На фото: Группа поддержки - участковая служба детской поликлиники №2.



**Раиса Михайловна Полищук, главная медсестра высшей категории,  
МУЗ «Городская больница №9», г. Барнаул**

## КАК СПРАВИТЬСЯ С БОЛЕЗНЬЮ

*Здоровье человека во многом зависит от наследственности, однако в дальнейшем немаловажное значение имеют условия окружающей среды, социальный и экономический факторы.*

В повседневной практике нередко создаются условия, когда далеко не всех заболевших можно направить в больницы для проведения стационарного лечения.

Следует предвидеть такие объективные обстоятельства, как категорический отказ больного или родственников от госпитализации по причине, например, их страха перед больницей; в этом случае они требуют проведения лечения тяжело больного в домашних условиях.

И встает закономерный вопрос: можно ли создать дома благоприятные условия для домашнего лечения? Зачастую в спокойной и привычной домашней обстановке, в кругу своей семьи больной чувствует себя лучше, чем в больнице. В таких случаях можно создать хорошие условия для выздоровления больного на дому.

При лечении больного дома нужно проявить заботу об обеспечении постоянного медицинского наблюдения за ним и хорошего ухода. Такой уход за больными - это комплекс мероприятий, проводимых с целью облегчения состояния больного и обеспечения успешного лечения. Правильно организованный уход предусматривает создание гигиенической обстановки для больного.

### Гигиена помещения, где находится больной

Необходимо решить - в какой комнате поместить больного. Семья, в которой есть больной человек, требующий ухода, берет на себя достаточно серьезные обязательства окружить близкого им человека душевным теплом, сердечным вниманием. Обязательное условие - комната должна быть достаточно просторной.

Комнату необходимо проветривать. При этом кровать не должна находиться на сквозняке. В теплую безветренную погоду форточка или окно могут быть открыты, обеспечивая постоянный приток свежего воздуха в помещение. В комнате больного необходимо стараться поддерживать температуру воздуха +19-21°С без значительных колебаний.

Второе важное положение - это **чистота в помещении**. Уборку комнаты необходимо производить каждое утро, когда больной уже умыт, покормлен, а постель опрavedена. Одна из задач уборки - удаление пыли. Пыль нужно стирать тряпкой, смоченной в воде, или в каком-либо дезинфицирующем растворе. Пользоваться пылесосом в помещении, где находится больной, не следует - шум работающего мотора неблагоприятно влияет на него.

**В ванной комнате:** раковины и унитаз моют горячей водой с мылом или моющим раствором, также обрабатывают дезинфицирующими растворами.

**Освещение помещения:** солнеч-



ные лучи, проникающие в помещение, поднимают настроение больного, стимулируют повышение защитных сил ослабленного организма. Окна должны иметь шторы, чтобы обеспечить возможность уменьшить поток света в помещение во время послеобеденного отдыха больного. На ночь требуется предусмотреть дежурное освещение (настольная лампа или бра).

Во время сна больного необходимо соблюдать особую тишину. Спокойный сон придает силы организму. Обычно рекомендуется больным после обеда спать 1,5-2 часа.

**Постель больного и смена белья:** поверхность кровати должна представлять собой ровную поверхность без деформаций, бугров и впадин. Иначе могут развиваться тяжелые расстройства и пролежни у больного.

В тех случаях, когда больной находится в бессознательном состоянии или занимает пассивное положение, высок риск падения его с кровати. Следовательно, необходимо предусмотреть оборудование кровати специальными ограничительными барьерами. Для этого с обеих сторон кровати прикрепляют по доске шириной 15 см и длиной, равной длине кровати.

**Продолжение следует.**

**Спрашивали – отвечаем**  
**ДОСРОЧНАЯ ТРУДОВАЯ ПЕНСИЯ И СТАЖ**

**- Могут ли быть включены периоды работы после 1 ноября 1999 года в санатории-профилактории, являющемся структурным подразделением акционерного общества, в стаж, дающий право на досрочную трудовую пенсию по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения?**

- В соответствии с подп.11 п.1 ст.28 Федерального закона от 17.12.01г. №173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», вступившего в действие с 1 января 2001г., сохранено право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществляющим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо в городах, независимо от их возраста.

Вместе с тем в соответствии с п.1 Правил исчисления сроков выслуги для досрочного назначения пенсии по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.09.99г. №1066 (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 19.02.01г. №130), предоставлена возможность засчитать в стаж, дающий право на соответствующий вид пенсии, работу в определенных структурных подразделениях государственных и муниципальных учреждений и других государственных и муниципальных организациях независимо от ведомственной подчиненности.

В числе структурных подразделений, перечисленных в п.1 названных Правил, не поименованы санатории-профилактории. Кроме того, санаторий-профилакторий является структурным подразделением акционерного общества.

Учитывая указанные по совокупности обстоятельства, периоды работы медицинских работников санатория-профилактория акционерного общества после 1 ноября 1999г. не могут быть засчитаны в стаж, дающий право на досрочную трудовую пенсию по старости в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения.



**- Включаются ли в стаж, дающий право на досрочную трудовую пенсию по старости (пенсию за выслугу лет) в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, периоды работы после 1 ноября 1999г. в должности фельдшера-диспетчера?**

- При определении права на досрочную трудовую пенсию по старости (пенсию за выслугу лет) в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, руководствуются Списком должностей, работа в которых засчитывается в выслугу, дающую право на пенсию за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.09.99г. №1066 (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 19.02.01г. №130).

Идеология Списка от 22.09.99г. №1066 исходит из фактических должностей, поименованных этим Списком.

Списком от 22.09.99г. №1066 не предусмотрены такие должности, как фельдшер-диспетчер, что не дает правовых оснований для включения периодов работы в этой должности после 1 ноября 1999г. в стаж, дающий право на досрочную трудовую пенсию (пенсию за выслугу лет) в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения.



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



# РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ - фактор риска инвалидности с раннего детства

Геннадий Михайлович Тарасов, врач-офтальмолог,  
МУЗ «Краевая клиническая офтальмологическая  
больница», г.Барнаул



*Ретинопатия недоношенных - тяжелое сосудистое пролиферативное заболевание глаз недоношенных детей - в настоящее время является основной причиной инвалидности по зрению у детей раннего возраста.*

*Частота ретинопатии недоношенных в разных странах регистрируется, достигая 25 на 10000 живых новорожденных.*

**В России ежегодно выживает более 100 тысячи недоношенных.** В Москве, в специализированных школах для слепых и слабовидящих, в начальных классах дети с ретинопатией недоношенных составляют **50%**.

В специализированных школах для слепых и слабовидящих детей Алтайского края в 2000 году удельный вес слепых (не слабовидящих!) детей в начальных классах составляет **70 процентов**. Ожидать лучшего в ближайшее время не приходится, т.к. идет увеличение слабовидящих и слепых детей. С одной стороны, акушерская служба совместно с педиатрами ведут выхаживание недоношенных детей



с весом **1500 - 1000 гр.** и даже **700 - 500 гр.**, но, с другой стороны, это ведет к росту ретинопатии недоношенных.

Основным фактором развития глазной патологии у недоношенных детей является кислородотерапия в кувезах, на искусственной вентиляции легких. Кислород оказывает токсическое действие на сетчатку глаза у недоношенных детей. И чем дольше недоношенный ребенок находится на искусственной вентиляции легких, тем в последствии злокачественнее протекает ретинопатия недоношенных - нарастает отек сетчатки и экссудация в стекловидном теле глаза. В дальнейшем, как правило, у таких детей появляются тяжи в стекловидном теле глаза, и присоединяется тракционная отслойка сетчатки, довольно часто заканчиваясь воронкообразной отслойкой сетчатки. Слепотой! Это так называемая молниеносная форма течения. Частота молниеносной формы составляет около **21%** пораженных, а у **78%** наступает самопроизвольный (спонтанный) регресс с остаточными изменениями на глазном дне.

**Где выход?** Важно организовать правильные динамические осмотры офтальмолога и при выявлении незавершенного процесса в глазу - осмотры офтальмолога проводить **1 раз в 2 недели**. Недопустимым следует считать прекращение осмотров детей группы риска на основании отсутствия признаков ретинопатии недоношенных на момент их первого осмотра.

Также важна организация диспансерного наблюдения за всеми детьми, перенесшими ретинопатию недоношенных, независимо от исходов заболевания.

# Школа гипертонической болезни



## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СТРЕСС

Ольга Ивановна Григорьева, медицинский психолог  
Аптайского краевого кардиологического диспансера

### Занятие 7 Часть 2



Продолжение. Начало в № 6(18)

В конечном итоге, качество нашей жизни определяется не тем, что случается, а тем, что мы выбираем делать в том случае, когда с большим трудом поставив парус, мы вдруг обнаруживаем, что ветер сменил направление после всех наших усилий.

Джим Рон, философ бизнеса

Известно, что на возникновение и развитие психосоматического заболевания влияет и сама личность человека, его отношение к окружающей действительности, к самому себе, его действия в стрессовых (критических) ситуациях. Актуальным является изучение того, каким образом человеку удастся справиться с жизненными трудностями, совладать с неожиданными негативными событиями, к каким стратегиям прибегают люди, чтобы адаптироваться к ним или предотвратить порождаемые ими эмоциональные нарушения.

По способам реагирования на стресс можно разделить людей на три категории, условно названные «стресс кролика», «стресс льва» и «стресс вола».

К первой относятся те, кому характерна пассивная реакция на стресс. При этом человек способен только на короткое время активизировать свои немногочисленные силы.

Другой вариант – «стресс льва» - когда человек бурно и энергично реагирует на стресс.

Наконец, третий тип людей может долго работать на пределе своих возможностей, как вол, который может долго работать с большой нагрузкой.

Кем же лучше быть: «кроликом», «львом» или «волом»? Однозначного ответа не существует. Главное – «удачным» или «неудачным» будет Ваш стиль реагирования в каждой конкретной ситуации: приведет он нас к преодолению, решению ситуации, или к «застреванию» в ней, накоплению напряжения, дезадаптации и болезням.

Схематически влияние стиля реагирования на психическое состояние человека может выглядеть так (таблица 1):



**Характеристики «удачных» и «неудачных» процессов переживания (таблица 2)**

Характеристики	Защита	Совладание
<b>Основные цели</b>	Устранение, предотвращение или смягчение неудовольствия (мотив избегания неудачи)	Приспособление к действительности, позволяющее удовлетворять потребности (мотив достижения цели)
<b>Характер протекания:</b> Произвольность, сознательность	Вынужденные, автоматические, большей частью неосознаваемые и регрессивные процессы	Целенаправленные, во многом осознаваемые и гибкие процессы
Отношение к внешней и внутренней реальности	Отрицание, искажение, сокрытие от себя реальности, бегство от нее, самообман	Ориентация на признание и принятие реальности, активное исследование реальной ситуации
Формы поведения	Не учитывающие целостной ситуации, действующие «напролом»	Реалистический учет целостной ситуации, умение пожертвовать сиюминутным. Способность разбивать всю проблему на потенциально разрешимые задачи
Отношение к помощи в ходе переживания	Либо отсутствие поиска помощи и отвержение предлагаемой, либо стремление возложить на помогающего, самоустранившись от решения собственных проблем	Активный поиск и принятие помощи
<b>Результаты, следствия и функции</b>	Психосоматические заболевания (в том числе и гипертоническая болезнь). Иногда невроз. Частное улучшение (снижение напряжения, устранение неприятных болезненных ощущений) ценой ухудшения всей ситуации. Спасают от потрясения, предоставляя субъекту время для подготовки других, более эффективных способов переживания.	Контролируемое удовлетворение потребностей и импульсов. Удерживают субъекта от регресса, ведут к накоплению индивидуального опыта совладения с жизненными проблемами.

Бывают ситуации, когда лучше «не суетиться» и просто «плыть по течению». С другой стороны, бывают ситуации, когда «львиная» реакция человека буквально спасала ему жизнь. Например, известно много случаев, когда после постановки смертельного диагноза человек мобилизовал все свои ресурсы и выживал. Более исторический случай – притча о двух лягушках, попавших в банку со сметаной. Одна из них повела себя как «кролик», решив покориться судьбе, и погибла, а другая – показала «львиную» энергию и, взбив сметану в масло, выбралась на свободу.

Мы приводим также сравнительные характеристики механизмов совладания и защиты в следующей схеме (**таблица 2**).

**В правой колонке** таблицы мы видим характеристику процесса переживания «стрессоустойчивой» личности. Здесь все подчинено задаче поиска и нахождения конструктивного **выхода из ситуации** затруднения, преодоления ограниченной. А для этого нужно:

- умение быстро находить главное и переключаться от незначительного к наиболее ценному в ситуации принятия решения,
- способность глубоко осознать негативную ситуацию, понять ее причины, мотивы деятельности,
- предвидеть последствия действий,
- предвосхитить возможные пути поведения и выбрать

оптимальный вариант,

- независимость и уверенность в себе, высокий жизненный тонус, позитивное отношение к себе и другим.

Здесь можно говорить и о своеобразной «**психологической ловкости**» – умении выйти из любого положения, найтись при любых обстоятельствах. Тогда стресс не травмирует человека, не «выводит из себя», а служит, скорее, ступенькой на пути достижения целей. Исследования ученых показывают, что установка действовать в соответствии с правилами этики способствует беспристрастному поиску конструктивного решения и в сочетании с необходимо-упорствующим типом реакций представляют оптимальный вариант освобождения от фрустрации (психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания, из-за преграды, препятствующей этому удовлетворению).

**Стрессоустойчивость позволяет сохранить здоровье даже в очень суровых условиях.**

**Технология работы со стрессом**

Мы уже говорили о том, что часто люди скрывают стресс не только от окружающих, но и от самих себя. Поэтому для того, чтобы справиться со стрессовыми ситуациями, психологи советуют *для начала честно признаться себе* в том, что некие события или определенный человек вызывает у





вас отрицательные эмоции.

Различные конструктивные способы борьбы с негативными последствиями стресса основаны на разделении его на **эмоциональную и когнитивную** составляющие.

Методы, основанные на работе с эмоциональной составляющей, предполагают сконцентрироваться на том, какие эмоции мы испытываем при стрессе (как положительные, так и отрицательные).

Методы, основанные на работе с когнитивной составляющей, предлагают обратить свое внимание на мысли, которые появляются у человека в момент стресса.

Стрессовое состояние человека можно разложить на следующие временные отрезки: сначала возникает так называемая «предстартовая лихорадка», во время которой мы думаем о предстоящем событии, например, о предстоящем походе к стоматологу или объяснении со своим начальником. Затем наступает само событие (стресс). А далее, следует состояние, которое психологи называют «пост-стрессом».

## Методы, направленные на снижение «предстартовой лихорадки»

### 1. Метод рационализации предстоящего события.

Нужно представить максимально детально ситуацию, которая должна произойти: где произойдет волнующая вас ситуация, во что вы будете одеты, что вы говорите, во что одет собеседник, что он говорит. В реальности детали могут быть не такими, но это не важно. В результате у вас снизится уровень неопределенности и, как следствие, уменьшатся эмоции, мешающие работать.

Для людей с техническим складом ума приведем формулу силы эмоций по поводу предстоящих событий: ЭМОЦИИ = Информация (необходимая) – Информация (имеющаяся).

### 2. Метод избирательной позитивной ретроспекции.

Вспомните ситуацию, в которой вы решили свою проблему и можете гордиться собой и своими действиями. Запишите все комплименты, которые вы можете себе сделать. Теперь подумайте: если вы уже были успешны в решении волнующего вас вопроса раньше, то есть все основания полагать, что в настоящий момент вы будете также успешны.

### 3. Метод избирательной негативной ретроспекции.

Запишите все свои провалы и проанализируйте их причины: нехватка ресурсов (если да, то каких), недостаточное планирование и т.п. Постарайтесь учесть выявленные ошибки при планировании своих действий в будущем.

### 4. Метод зеркала.

В момент волнения отметьте, в какой позе находится ваше тело. Придайте ему позу уверенности. Изменения позы вызовет изменения на физиологическом уровне (организм начнет вырабатывать меньше адреналина); соответственно, ваши негативные эмоции исчезнут или существенно понизятся.

### 5. Метод детальной визуализации неудачного исхода ситуации (предельное усиление).

Представьте себе различные варианты исхода событий, вплоть до самого неблагоприятного. Продумайте, что вы будете делать, если произойдет наихудший для вас вариант развития событий. Аналогичным образом спланируйте свои действия при других исходах. В результате вы снизите уровень неопределенности, который и вызывает обычно лишние эмоции.

## Методы работы со своим состоянием в стрессовой ситуации

Бывает, что мы находимся внутри стрессовой ситуации и от нашей способности «держаться в руках» зависит очень многое. Психолог **Наталья Раннала** предлагает следующие техники рабо-



ты со своим состоянием, выполнить которые несложно после некоторой тренировки:

1. По возможности смените обстановку или, хотя бы, положение тела на более уверенное и менее скованное (об этом способе мы говорили выше).

2. В перерыве сполосните руки холодной водой.

3. Следите за своим дыханием. Если вы хотите оставаться хладнокровным и эмоционально не зацепленным, то длительность вашего выдоха должна быть больше, чем длительность вдоха. Упражнения, успокаивающие дыхание помогают в стрессовой ситуации гораздо быстрее успокаивающих препаратов.

4. Обратите внимание на окружающие вас предметы, назовите их мысленно на выдохе. Тогда вам будет легче донести до вашего собеседника содержание своих мыслей в максимально корректной форме. Некоторым людям с «горячим» темпераментом психологи рекомендуют досчитать до 100, прежде чем начать возражать оппоненту.

## Методы работы со своим состоянием в пост-стрессовой ситуации

Стресс уже наступил. Теперь вам нужно сделать все возможное, чтобы снизить его негативные последствия. Предлагаемые способы можно разделить на две большие группы: работа с эмоциональной и с когнитивной составляющей стресса.

### 1. Работа с эмоциональной составляющей стресса

#### • Релаксация

В зависимости от личных особенностей человека, на него действуют разные способы релаксации. Каждый может выбрать их по своему вкусу. Например, движения (ходьба, плавание), вкусная еда, ванна с успокаивающими травами и маслами, музыка, аутотренинг, массаж, в том числе акупунктура (биологически активные точки), упражнения с дыханием, медитация.

#### Например: 5+5

Сделайте пять совершенно свободных вдохов, стараясь почувствовать, как ваш живот движется, а мышцы живота расслабляются. Затем произведите глубокий вдох и глубокий выдох. В течение последующих четырех по возможности глубоких вдохов напрягите соответствующие группы мышц и расслабьте их при выдохе: мышцы ног (второй вдох-выдох), мышцы рук и верхней части туловища (третий вдох-выдох), челюстную и жевательную мускулатуру (четвертый вдох-выдох), мышцы живота (пятый вдох-выдох).

#### • Дыхание + релаксация

Займите максимально удобное положение, выпрямите спину, закройте глаза. Ваше дыхание должно быть произвольным. Сосредоточьте внимание на мышцах живота. Представьте, что воздух сначала заполняет брюшную полость, а затем грудную клетку и легкие. Сделайте полный вдох, затем подряд несколько спокойных выдохов (не толчками). Теперь спокойно, не напрягаясь, сделайте новый вдох.

Обратите внимание на то, какие части вашего тела соприкасаются со стулом, полом, кроватью или землей. В тех частях тела, где поверхность, на которой вы сидите, поддерживает вас, постарайтесь ощутить эту поддержку немного сильнее.

Вообразите, что стул (кровать, пол, земля) поднимаются, чтобы поддержать вас. Расслабьте мышцы (бедер, спины, живота, ягодиц), с помощью которых вы сами поддерживаете себя.

#### • Ноздри и грудь (медитация)

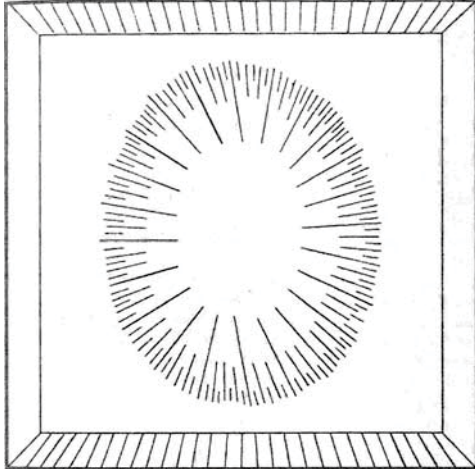
Следует просто наблюдать за выдыхаемым и вдыхаемым воздухом при его прохождении через ноздри. Глаза закрыты. Расслаблены мышцы лица и челюстей. При этом не следует обращать внимание ни на паузы между вдохами и выдохами, ни на то, втягивается или выпячивается ваш живот. Не обращайтесь ваше внимание на то, что

происходит дальше с воздухом, когда вы его вдохнули, как и на то, что с ним делается после выдоха! Сосредоточьте внимание только на своих ноздрях и наблюдайте за тем, что происходит там.

Есть еще одна разновидность этого упражнения: выполняя его, вы наблюдаете за своим дыханием на уровне грудной клетки, мысленно повторяя фразу: «Грудь поднимается... грудь опускается...»

**Магический квадрат (медитация)**

Сядьте поудобнее, положите перед собой изображение квадрата и, не отрываясь, 1-2 минуты всматривайтесь в те образы, которые рождаются при его созерцании. Затем закройте глаза и для усиления психотерапевтического эффекта



положите на квадрат ладонь (лучше правую). Расслабившись, спокойно дыша, еще 5-7 минут воспроизводите мысленно изображение. Подобное самопогружение успокоит вас, переключит с тревожащих, волнующих переживаний, усилит вашу психологическую защиту.

**2. Работа с когнитивной составляющей стресса**

- A) Осознание своих главных целей в жизни, сравнение их и травмирующее вас событие в масштабе мировых проблем.
- B) Проговаривание проблемы.

Стресс – это образ, за создание которого отвечает правое полушарие головного мозга. Поэтому, когда мы рассказываем о том, что нас волнует, мы нагружаем левое полушарие, ответственное за речь, в то время как правое полушарие отдыхает. Психологи рекомендуют подробно рассказать о своих чувствах хорошему собеседнику.

**C) Визуализация проблемы в разных рамках.**

Например, поместите мысленно тревожащую вас ситуацию в виде темной картинке под фонарь и представляйте себе, как падает снег и засыпает эту картинку хлопьями.

**Возможно, в первое время вам нелегко будет выполнять перечисленные техники работы со своим состоянием. Однако здесь главное – выработать навык. Изменение начинается с выбора, вашего выбора. Потому что, если мы сознательно не делаем что-то полезное для своего здоровья, себе во благо, автоматически происходит наоборот, чего, к сожалению, мы можем вовремя не заметить. Дисциплинируя себя в выполнении этих несложных рекомендаций, мы платим минимальную цену за сохранение душевного и физического здоровья. Если вам сложно работать над своим стрессом в одиночку, то можно обратиться к специалисту – психологу или психотерапевту – за индивидуальной консультацией, либо пройти обучение на семинаре по соответствующей теме.**

**Будьте здоровы!**

**«Антистрессовые» правила поведения**

**Не все они могут подойти конкретно вам. Однако вы вправе сделать выбор. Следуя тем из них, которые действительно ваши, вы обеспечите себе большую жизненную устойчивость.**

1. **Вставайте утром на 10 минут раньше**, чем привыкли. Если вы будете раньше вставать, то избежите раздражения с раннего утра. Возможно, вам даже нужно приготовить к утру заранее вечером. Спокойное, организованное утро уменьшает неприятности дня.

2. **Не полагайтесь на свою память.** Вместо этого заведите ежедневник, в который записывайте время назначения встреч и других дел.

3. **Планируйте наперед!** Откладывание на следующий день является стрессовым фактором. Что вы хотели бы сделать завтра, сделайте по возможности сегодня.

4. **Не примиряйтесь с тем, что плохо работает.** Если ваш будильник, тостер или что-либо еще - источник постоянного раздражения, то отремонтируйте их или купите новые!

5. **Ослабьте ваши стандарты.** В противоположность общему мнению, не все вещи, которые стоит делать, стоит делать хорошо. Совершенство не всегда достижимо, а если даже достижимо, то оно не всегда этого стоит.

6. **Считайте ваши удачи!** На каждую сегодняшнюю неудачу или невезение, вероятно, найдется десять или более случаев, когда вам повезло! Воспоминание о хорошем может уменьшить ваше раздражение.

7. **Старайтесь иметь друзей, которые не слишком беспокоятся и тревожатся.** Ничто быстрее не выработает у вас привычку постоянного беспокойства, чем волнения и переживания вместе с другими терзающимися людьми.

8. **Во время работы периодически вставайте и потягивайтесь.** Не сидите скрючившись в одном и том же положении весь день.

9. **Высыпайтесь.** Если необходимо, попробуйте будильник для напоминания о том, что пора идти спать.

10. **Создайте из хаоса порядок.** Организуйте ваш дом и рабочее место так, чтобы вы могли всегда найти вещи, которые ищете.

11. **Глубоко и медленно дышите.** Когда люди ощущают стресс, они дышат быстро и поверхностно. Это может привести к мышечному напряжению вследствие недостаточного снабжения тканей кислородом. Расслабьте мышцы и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, если заметили, что это случилось с вами.

12. **Сделайте что-нибудь для улучшения вашего внешнего вида.** Если вы выглядите лучше, то это заставит вас чувствовать себя лучше. Отнеситесь к себе хорошо.

13. **Устраните из вашей жизни самоуничтожительные высказывания** типа «я слишком стар для этого» или «я слишком полный для этого».

14. **Проводите выходные дни как можно более разнообразно.** Не следует изменять на выходные дни привычное время сна, перемена образа жизни может пойти на пользу. Используйте выходные дни для отдыха! Если рабочие дни заполнены делами, требующими выполнения в одиночку, то в выходные ведите более общественный образ жизни.

15. **Прощайте и забывайте.** Не жалуйтесь, не ворчите, не испытывайте недовольство другими. Примите тот факт, что люди вокруг вас и мир, в котором мы живем, несовершенны. Принимайте благожелательно на веру слова других людей, если нет доказательств обратного. Верьте тому, что большинство людей стараются сделать все настолько хорошо, насколько могут.

Кроме следования этим советам по уменьшению стрессов обратите внимание на хорошее питание, регулярные физические упражнения и поддержание крепкого здоровья.



# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## Подписка-2004

### С ОЧЕРЕДНОГО НОМЕРА

**ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ ВЫ МОЖЕТЕ ВО ВСЕХ  
ПОЧТОВЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ АЛТАЙСКОГО  
КРАЯ, А ТАКЖЕ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ**

**по адресам:**

**г.Барнаул:** ул. Пролетарская, 113, офис 200, тел. 23-24-13 (Редакция журнала «ЗАС»)

**г.Новоалтайск:** ул. Обская, 3, тел. 2-11-19 (Издательство «ВН - Добрый день»);

**Г.Рубцовск:** пер. Рубцовский, 31, детская поликлиника, тел. 4-63-95 (представитель - Арсеньева Нина Григорьевна); пер. Коммунистический, 35, тел. 4-24-76, 4-79-04 (представитель - Махнборода Александр Алексеевич);

**г.Бийск:** ул. Максимовой, 15, городская детская больница, тел. 24-44-94 (представитель - Шестернина Инга Рустамовна);

ул. Максимовой, 91а, комитет по здравоохранению, тел. 24-84-37 (представитель - Левина Марина Михайловна);

ул. Воинов-интернационалистов, 72, детская поликлиника, тел. 36-07-05 (представитель - Рыбалко Светлана Михайловна);

ул. Разина, 61, городская больница №4, тел. 23-30-75 (представитель - Любимова Анастасия Федоровна);

**г. Заринск:** ул. Союза Республик, 16, тел. 4-18-02 (представитель - Буянкин Евгений Иванович);

**Первомайский р-н:** с.Березовка, районная детская поликлиника, тел. 7-93-13 (представитель - Петрова Нина Алексеевна);

**Советский р-н:** с. Советское, пер. Целинный, 17, тел. 2-28-87 (представитель - Курносова Екатерина Евгеньевна);

**Целинный р-н:** с. Целинное, ул. Советская, 31, тел. 2-14-57 (представитель - Ляпина Лидия Балтазаровна);

**Ельцовский р-н:** с. Ельцовка, пер. Сибирский, 3, тел. 2-25-67 (представитель - Иваненкова Надежда Николаевна);

**Тогульский р-н:** с. Тогул, ул. Шутаковых, 10, тел. 22-2-50 (представитель - Романов Сергей Викторович);

**Тальменский р-н:** р.п. Тальменка, ул. Кирова, 68, тел. 22-7-84 (представитель Аксенова Антонина Александровна);

**Залесовский р-н:** с. Залесово, ул. Больничная, 21, тел. 22-2-87 (представитель - Трифонова Альбина Петровна);

**Кытмановский р-н:** с.Кытманово, ул. Закурьянская, 18, тел. 22-3-09 (представитель - Козлова Людмила Алексеевна)

**Красногорский р-н:** с. Красногорское, райбольница, тел. 2-21-87 (представитель - Каплин Василий Сергеевич)

Внимание! Подарок от редакции. Если вы подписались на журнал "Здоровье алтайской семьи", вы можете получить комплект подписки за I полугодие 2004 года через Представителей журнала по льготной цене.

## ПЛАТЕННÉ ÈÍÄÄÈÑ - 73618



# Краевой медико-социальный журнал "ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ"

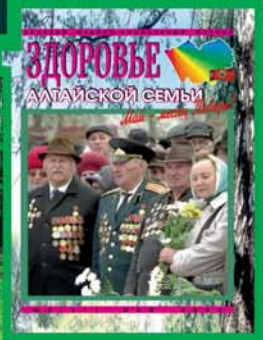
**Подписка-2004**

Пока наиболее частые обращения в редакцию нашего журнала - с просьбой приобрести номера журнала с конкретными публикациями, кто-то сетует, что узнал о журнале поздно и опоздал с подпиской...

**Выход есть.**

Тем, кто подписался на журнал «Здоровье алтайской семьи» только на II полугодие, мы предлагаем комплект подписки за I полугодие 2004 года по льготной цене - 85 рублей.

Для получения комплекта подписки журнала за I полугодие Вам необходимо оформить подписку на II полугодие любым способом: через отделение связи, либо перечислив деньги за подписку на II полугодие (на расчетный счет или почтовым переводом) Издательству и направив копию абонемента в редакцию, дополнительно перечислив 85 рублей.



## НАШИ РЕКВИЗИТЫ

ИНН 2263020152, КПП 226301001

**Получатель:** ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»,  
филиал ООО КБ «Алтайкапиталбанк»

656058 г.Новоалтайск, Ул.Обская,3.

**Банк получателя:** ООО КБ «Алтайкапиталбанк»  
г.Барнаул

Счет №40702810600020000162,

БИК 040173771 Счет №30101810900000000771

**Внимание! При перечислении средств укажите точный почтовый адрес, по которому необходимо высылать вам журнал.**

Вы можете приобрести интересующие вас номера журнала по адресу:

ул. Пролетарская, д.113, офис 200, тел.23-24-13  
или у Представителей журнала в городах и районах края.

**НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618**