

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№ 3 (51)
МАРТ
2007



“Здоровая семья - это здорово!”
в г.Камень-на-Оби



Иллюзия равенства?!..

Россия - одна из немногих стран мира, где 8 Марта сохранился как государственный праздник. Но из дня борьбы трудящихся женщин за равноправие этот праздник давно стал своеобразным «женским днем». В этот день женщин заваливают подарками, и вспоминать о проблемах уже как-то неловко...

Между тем для несправедливых разговоров слишком много поводов. Представительство женщин во власти крайне мало - из 450 депутатских кресел Государственной Думы женщины занимают только 41, среди 178 сенаторов их всего девять и единственный губернатор-женщина - Валентина Матвиенко. В европейских странах женщины стоят во главе исполнительной власти возглавляют министерства, спецслужбы и составляют от 14% (Франция) до 43% (Швеция) голосов в национальных парламентах. Но это только верхушка айсберга.

Российские женщины в настоящее время значительно уступают мужчинам, как бы грубо это ни прозвучало, в

капитализации. Количество работающих мужчин и женщин в России действительно почти одинаково: 35 млн. и 33,7 млн., соответственно. Однако представительницам прекрасного пола щедро отданы почти все низкооплачиваемые рабочие места, а высокооплачиваемые - заняты мужчинами. В образовании работает 3,4 млн. женщин и только 764000 мужчин! В здравоохранении - 2 млн. женщин против 102000 мужчин. Зато на наиболее выгодных позициях: в финансовой сфере и добывающей промышленности преобладают мужчины. Но неравенство этим не исчерпывается.

Уменьшается количество компаний, в которых руководящие должности занимали женщины. Отчасти это связано с уходящей модой крупных чиновников и бизнесменов переписывать активы на жен-домохозяек, «перековывая» их в менеджеров высшего звена. Отчасти это и в русле мировых тенденций женщине трудно иметь детей и делать карьеру.

Женщины получают оплату меньше мужчин, занимающихся тем же видом деятельности. Эту фундаментальную несправедливость не удалось ликвидировать практически нигде в мире, но в России проблема особенно остра: разрыв, достигает 36% - женщина, выполняя ту же работу, что и мужчина, получает за нее в полтора раза меньше! Разрыв этот год от года только увеличивается, так что равноправие остается не более чем красивым лозунгом и иллюзией.

В других странах разрыв тоже есть, но не такой глубокий: в Италии - около 9%, Испании и Франции - 13%, Германии - около 20%.

Между тем в России большинство убеждено, что проблема гендерного неравенства в стране уже решена. Из опрошенных - 42% полагают, что в известных им семьях мужа и жены в равной степени занимаются хозяйством, еще 3% считают, что домашней работой больше занимаются мужья, 48% - что жены, остальные не определились с ответом (данные ФОМ).

При этом 77% респондентов ВЦИОМ думают, что женщины имеют равные с мужчинами или даже лучшие возможности для получения образования, 62% - для отдыха, 52% - для участия в общественной жизни (противоположного мнения придерживаются 42%).

Исчезло в глазах населения и общественное неравенство. По данным «Левада-центра», положение мужчин и женщин равным считают 54% опрошенных, 36% полагают, что женщины ущемлены в правах, 8% придерживаются противоположной точки зрения, кстати, 63% опрошенных считают 8 Марта просто женским праздником, 14% - днем начала весны и лишь 11% - днем солидарности трудящихся женщин.

Можно с сожалением констатировать, что для российских женщин забытый лозунг 8 Марта - равенство в допуске к образованию, престижным профессиям и достойной заработной плате - является вполне актуальным.

Но женщина и весной, и летом, и даже тогда, когда готовится встретить «осень жизни», прежде всего дочь, жена, мать. И то, что ее любят, ценят, радуют подарками, гордятся ею - замечательно. Мы не за «женские» привилегии, мы за уважение и равные возможности мужчин и женщин.

С весной вас!

№3 (51) март 2007г.

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

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

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

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
и верстка -
Ольга Жабина
Оксана Ибель

Менеджер по работе
с общественными
представителями -
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -
Лариса Юрченко

Подписано в печать 31.03.2007г.
Печать офсетная. Тираж -
6800 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №
ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-
бирским окружным межрегиональным тер-
риториальным управлением Министерства
РФ по делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,
размещаются на правах рекламы, точка
зрения авторов может не совпадать с
мнением редакции.

Отпечатано в типографии
ООО «Алфавит»:
г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
Тел. (3852) 65-91-18

**Подписной индекс -
73618**

На обложке: Никита Джигур-
да с врачами Каменской ЦРБ -
С.В. Насоновым, Т.И. Никулиной,
Т.И. Третьяковой

Редакция благодарит за уча-
стие в подготовке журнала
№3(51) заместителя главы ад-
министрации Каменского рай-
она Г.П. Павлович, специалис-
тов Каменской ЦРБ

Содержание

Каменская ЦРБ - организационно-методический и лечебный центр медико-географической зоны	2-3
Детство. Проблема брошенных детей	4-5
Н.С. Ремнева. «Глазами женщины: политика во имя жизни»	6
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА. С.Д. Яворская. Этапы большого пути. Шаг за шагом	7-9
Т.П. Баёва. Лучше быть спортсменом стройным	9
Школа может быть опасной?	10
Получение пенсии в Сбербанке России	11
Мир и медицина	12
Вот такая большая семья.....	13-14
Женское счастье	14
Мониторинг церебральной эмболии в амбулаторных условиях	16-17
Е.А. Дорохова. Семья - начало всех начал	17
Каков ваш внутренний возраст?	18-19
Г.Н. Потанина. Здоровая школа - школа здоровья	20
ВЕСТНИКАССОЦИАЦИИ. Л.А. Никель. Нерешаемая проблема Скорой медицинской помощи	21-22
О.Н. Арташина.Самомассаж и лечебная физкультура при хронических заболеваниях легких	22-23
Н.А. Никитина. Рождение до срока	24
Наши подарки нас выдают	25-26
Т.Ф. Затолокина. Здоровый образ жизни подростка	27
И.Г. Полещук, В.Ф. Чудимов, Л.Г. Ульянова, И.Н. Пасечнюк. Что такое спланхноптоз?	28-29
Школа больных артериальной гипертонией	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Мир и медицина	34
Как составить полезную для себя диету	35-36
Смотровой кабинет - его значение и возможности	37
Подлить масла	38-39
Умной маме - про умные каши	40-41
Л.П. Паршукова. Коррекционное обучение в условиях сельской школы	42-43
Астма-школа	44
Жизнь с сахарным диабетом	44



Каменская ЦРБ - методический медико-

Г.Камень-на-Оби, районы: Баевский, Каменский, Крутихинский, Панкрушинский, Тюменцевский. Обслуживаемое население - 140 тысяч человек.

Наш разговор с главным врачом Каменской центральной районной больницы, кандидатом медицинских наук **Сергеем Викторовичем НАСОНОВЫМ** - о Каменской ЦРБ, о том, что удалось сделать, о задачах и проблемных вопросах.

- Наше учреждение - это ряд технологически завязанных подразделений, но каждое из них выполняет вполне определенные функции. Деятельность лечебно-профилактических учреждений лицензируется государством, и наш коллектив в 2006 году успешно прошел такой государственный экзамен - **нами получена лицензия сроком на 5 лет и учреждению присвоена первая категория**. Это достаточно высокая категория, максимум, на который мы претендовали.

О чем это говорит? Уровень технологического обеспечения и квалификация персонала больницы позволяют нам оказывать все те виды медицинской помощи, которые отражены в нашей лицензии.

Охрана здоровья населения - это одна из важнейших задач в деятельности муниципальной власти. Приоритетами и городских властей, и админист-

рации больницы определено **повышение качества и культуры медицинского обслуживания населения**.

Так как наша больница по своему статусу является окружной, то и взаимодействовать мне приходится со всеми муниципальными образованиями, входящими в Каменскую медико-географическую зону.

Что изменилось в учреждении? За последние два года **существенно укреплен материально-техническая база ЦРБ**: муниципальным бюджетом направлено более **12,6 млн.** рублей на капитальный и текущий ремонт, **14 млн.** рублей - на оборудование и аппаратуру.

Завершены ремонты терапевтического и хирургического корпусов, выполнено централизованное снабжение кислородом хирургического корпуса, введен в эксплуатацию рентген-лабораторный корпус с размещением в нем современного оборудования, полученного в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Кстати, только по этому проекту в 2006 году нами введено в эксплуатацию оборудование на сумму более **16 млн.** рублей. Реконструировано здание старой женской консультации под детское отделение, физиоотделение, кабинеты УЗИ, массажа и ЛФК.

В 2006 году **введена в эксплуатацию женская консультация** общей площадью **1200 м²** (в 10 раз больше по площадям старой консультации!), которая полностью оснащена новым, современным оборудованием, мебелью, имеет все необходимые условия для комфортного пребывания женщин и работы персонала. Здесь есть возможность консультаций с краевыми специалистами в режиме реального времени в рамках телемедицины, введены койки дневно-го стационара.



Мы приобрели два новейших нарочно-дыхательных аппарата, ортопедический стол, две современные стоматологические установки, транспортный кювез для новорожденных, трехканальный электрокардиограф, на 80% заменили весь мягкий инвентарь в больнице - вот далеко не полный перечень наших нововведений.

Но все это было бы менее эффективно, если бы мы **кардинально не изменили кадровую политику**. Специалисты не просто приглашаются на работу в г.Камень-на-Оби, а обеспечиваются жильем. Практически во всех отделениях созданы нормальные производственно-бытовые условия. В прошедшем году **35** врачей и **104** средних медицинских работника повысили свою квалификацию, что обошлось муниципальному бюджету в **1063200** рублей. В текущем году запланировано повышение квалификации **32** врачей и **110** средних медицинских работников, выделены средства на эти цели - **450 тысяч** рублей, при потребности как минимум **1247 тысяч** рублей.

Повышение заработной платы, которое в рамках реализации приоритетного национального проекта затронуло лишь отдельные категории медиков: поступления в ФОТ средств на повы-

МЕДИЦИНСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г.КАМЕНЬ-НА-ОБИ

(Постановление администрации
Алтайского края
№1 от 11.01.2005г.)

**ММУ «Каменская центральная
районная больница»:**

1. акушерское отделение;
2. гинекологическое отделение;
3. кардиологическое отделение;
4. кожно-венерологическое отделение;
5. лаборатория по диагностике ВИЧ-инфекции/СПИД;
6. неврологическое отделение;
7. отделение для новорожденных;
8. офтальмологическое отделение;
9. противотуберкулезное отделение;
10. травматологическое отделение;
11. урологическое отделение;
12. хирургическое отделение.



организационно- и лечебный центр географической зоны

шение оплаты труда специалистам первичного звена, средства от родовых сертификатов и оплата за проведенную дополнительную диспансеризацию - позволило дополнительно проинвестировать выплаты всем этим категориям работников на общую сумму около **9 млн.** рублей.

Меры, принимаемые по улучшению условий труда, внедрению новых технологий, по социальной поддержке кадров медицинских работников, определили те положительные тенденции, которые появились как в показателях медицинского обслуживания, так и в улучшении показателей здоровья населения.

Нам удалось организовать осмотры населения в рамках дополнительной диспансеризации, а также, что немаловажно, **и жителей закрепленных пяти районов**, что было сделано в поликлинике ЦРБ и при выездах специалистов в районы, но это было сопряжено с серьезными кадровыми трудностями. В г. Камне-на-Оби и Каменском районе в 2006 году обеспечили загрузку передвижного флюорографа, в полном объеме проведена прививочная работа.

Следствием именно такой целенаправленной работы, как мы считаем, является **повышение показателей выявляемости заболеваемости среди населения района и города**, в частности: по туберкулезу - на **3%**, онкозаболеваниям - на **14,5%**, гипертонической болезни - на **32,5%**, сахарному диабету - на **8%**, язвенной болезни - на **17%**.

Впервые на протяжении последних пяти лет **отмечается прекращение падения показателя рождаемости**, в 2006 году **уменьшилась смертность на 2,3%**. Естественный прирост населения оценивается как отрицательный, но появилась тенденция к его росту на **1,8%**.

Регистрируется уменьшение случаев заболеваемости с временной нетрудоспособностью по всем болезням **с 65,3 до 36,8 дней**.

За последние 3 года отмечено снижение первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте **со 104,7 до 78,7**.

Станция скорой медицинской помощи в 2005 году оказала медицинскую помощь по **25084** вызовам, в 2006 году - по **23263** вызовам, среднее время доезда со времени принятия вызова сократилось **с 10 до 8-9 минут**. Уменьшение количества вызовов достигнуто совместной работой с врачами взрослой поликлиники.

В детской поликлинике охват дородовым патронажем составил **97%**. Систематичность наблюдения детей первого года жизни, охват наблюдением врача в период новорожденности не менее 4 раз в месяц, а также патронаж в первые трое суток после выписки составил **100%**. Охват детей профосмотрами и выполнение плана профилактических прививок составил **99%**. Детей на естественном вскармливании до 3 месяцев - **80%**. Питание детей из малообеспеченных семей до 1 года осуществляется за счет средств местного бюджета (**127 человек**).

Потребность в госпитализации в межрайонные отделения жителей закрепленных районов удовлетворяется, их число среди всех госпитализируемых составило **25-60%** в различных отделениях. Пятая часть родов в 2006 году принята в родильном доме г. Камня-на-Оби у жительниц закрепленных районов. Но, по мнению главного врача, это только, хотя и весьма ощутимые, предвестники больших перемен.

Стационарная помощь требует своевременной замены медицинского оборудования для оказания медицинской помощи на современном уровне. Например, **необходимо заменить пять аппаратов ИВЛ, приобрести 4 монитора слежения, 2 передвижных рентген-установки, 3 кювета для новорожденных, 6 стоматологических установок** и так далее. Но лимит ассигнований в местном бюджете на приобретение медицинского оборудования с каждым годом уменьшается: в 2005 году утверждено **1024 тысяч рублей**; в 2006 году - **796 тысяч рублей**, в 2007 году - **687 тысяч рублей**.

Также необходимо, чтобы соответствовать санитарно-гигиеническим нормам, **произвести капитальный ре-**

РЕЙТИНГОВЫЕ МЕСТА КАМЕНСКОЙ ЦРБ В КРАЕ

(по совокупности критериев технологического оснащения и качества оказываемой медицинской помощи):

2004 год - **17 место**;
2005 год - **11 место**;
2006 год - **7 место**.

монт: противотуберкулезного отделения, детской поликлиники, санитарно-технический ремонт терапевтического корпуса; более 80% окон в отделениях стационара требуют замены, ремонт крыши взрослой поликлиники и офтальмологического отделения.

К IV кварталу 2007 года планируется сдача второй пусковой очереди «Акушерский корпус», данный объект отнесен краевой Администрацией к сдачным к 70-летию Алтайского края.

В 2007 году планируется **внедрить ведение родов с обезболиванием** - региональная анестезия при кесаревом сечении; проведение глазофереза у беременных, а также при наличии финансовых возможностей хотели бы применять абдоминодекомпрессию у беременных женщин с гестозом; в детской стоматологии планируем начать оказывать ортодонтологическую помощь.

Предстоит продолжить работу по привлечению, закреплению и повышению квалификации кадров. Судите сами: 10 отделений представлены единственным врачом. Важно, что коллектив очень слаженный, сработанный, высокопрофессиональный в основной массе и очень отзывчивый на перемены. И очень многое в отделениях, на территории больницы благоустроено руками самих медицинских работников.

Думаю, что позиция администрации города, с одной стороны, - внимательное отношение ко всем проблемам, поиск любых возможностей для их решения, очень высокая требовательность, с другой стороны, позволяет нам планировать и достигать серьезных перемен в охране здоровья населения.



Детство. Проблема брошенных детей

ОТ РЕДАКТОРА

В 1977 году, когда начинала свою врачебную деятельность в Мартыновской участковой больнице Ельцовского района, первым моим «пациентом» в стационаре стал смысленный двухгодовалый малыш, который на тот период всю свою недолгую жизнь провел в стенах участковой больницы: его воспитателями были пациенты и медицинские сестры, которые его и одевали, и подкармливали.

Спустя 30 лет ничто не изменилось, если не сказать больше: проблема сиротства, и что особенно горько - при живых родителях, безнадзорности - обострилась.

В первых числах декабря прошлого года мы с проектом «Школа артериальной гипертензии» были в г. Камне-на-Оби. Конечно, не отказали себе в удовольствии порадоваться за коллег, ознакомились, хоть и бегло, с теми нововведениями, которые происходят в этом достаточно крупном межрайонном медицинском центре. И совершенно неожиданно для нас главный врач

Сергей Викторович Насонов попросил, даже настоял на том, чтобы мы побывали в детском отделении, в палате для брошенных детей.

Работники этого отделения с горечью говорят: «Проблема брошенных детей - детей, от которых отказались родители, остро стояла во все времена. Но в последнее время причины отказа изменились. Как правило, от детей отказываются уже в роддоме, хотя некоторые так называемые «роди-

тели» принимают такое решение позднее. Часто от детей стали отказываться лица цыганской национальности, чего не было раньше».

Кто оставляет детей на попечение государства? Чаще это **дети из неполных семей** (матери-одиночки), **из бедных семей**, причиной может служить и **тяжелое заболевание у ребенка**, рожают и бросают детей **матери с психическими заболеваниями и алкоголизмом**.

За 2006 год в Каменской ЦРБ были госпитализированы **шесть** от-



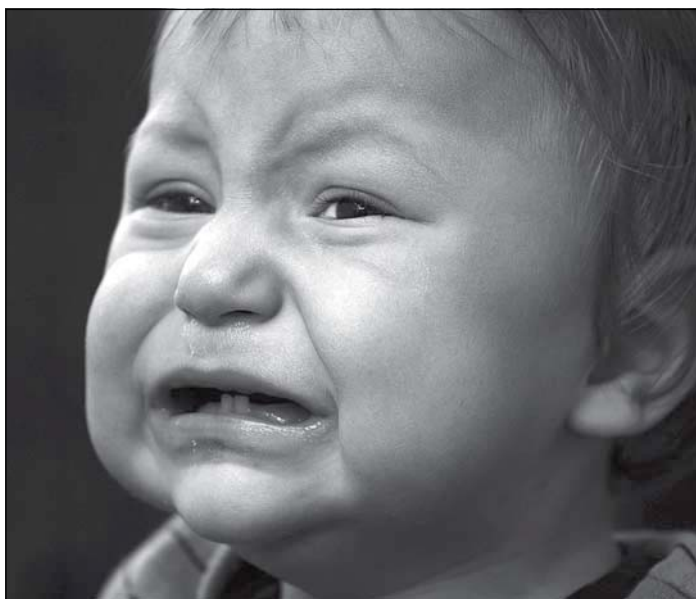
казных детей. Из них три были переданы на усыновление, один ребенок отправлен в Дом ребенка, двое детей в настоящее время находятся в детском отделении ЦРБ (оформляются документы).

Судьба брошенных детей плачевна. После отказа родителей дети переводятся в детское отделение.

Усилиями администрации города, ЦРБ в детском отделении **создан пост для ухода за брошенными детьми**, там работают медсестра, санитарочки, няни, педагог, которые ими занимаются. Вся тяжесть заботы об этих детях вместе родителей ложится на плечи сотрудников детского отделения. А это и оформление документов, и обеспечение ухода, и питание, и прогулки.

Администрации города и больницы не остались равнодушными к судьбе этих детей, всеми силами пытаюсь сделать все, чтобы они не чувствовали себя «брошенными».

С 2006 года в бюджете г. Камня-на-Оби предусмотрены средства на финансирование расходов, связанных с пребыванием этих детей. На эти деньги детям приобретаются мебель, одежда, игрушки, книги,



необходимое питание (фрукты, соки, смеси)».

Силами сотрудников отделения и студентов медицинского училища для детей **проводятся праздники**. Работники не скрывают того, что особое участие в судьбе этих детей принимают глава администрации города **Ф.Н. Найден**, главный врач Каменской ЦРБ **С.В. Насонов** и предприниматели города. Именно благодаря их усилиям стало возможным то, что «брошенные» дети имеют удобную мебель, красивые игрушки, книги, красиво одеты, получают питание, необходимое для развития детского организма. Предприниматель **С.П. Беликов** организовал ремонт в палате для брошенных детей. Теперь у ребятишек яркие, красивые комнаты.

Медицинские работники ухаживают за малышами, отдавая им частичку своего тепла.

«Но все равно этого недостаточно, каждый ребенок должен



расти и развиваться в семье, а не в больнице. Но это - дети, и мы учим их сидеть, ходить, говорить, и первое слово, с которым они обращаются к медицинским работникам - это «мама». Поэтому **вся основная забота о детях должна ложиться на плечи родителей. Хочется верить, что наступят такие времена, когда брошенных детей не будет. И все дети будут воспитываться их родными родителями**», - говорят каменские медики.

Именно это посещение стало толчком для обращения Общественной женской палаты Алтайского края к руководителям краевых и муниципальных учреждений здравоохранения с просьбой дать информацию о госпитализации по так называемым «социальным показаниям» детей (и больных, и здоровых), оставшихся без попечения родителей. **Изддержки такого размещения детей очевидны - от риска инфицирования до отсутствия в ЛПУ финансовых и кадровых возможностей обеспечить такое пребывание детей.**

Эта ситуация - не краевая проблема. В начале февраля этого года Председатель комиссии по вопросам социального развития Общественной палаты России **А.Очирова** на пресс-конференции в Медиа-центре газеты «Известия» сообщила о создании Национального совета по проблемам детей-сирот. «Из 700 тысяч социальных сирот в детских учреждениях содержатся 260 тысяч детей. Где же остальные 440 тысяч? По-видимому, на улицах и... в больницах. В России предусмотрен, на первый взгляд, логичный ритуал помещения детей в сиротские заведения. По правилам, ребенка для начала укладывают в стационар детской боль-



ницы для прохождения медобследования. В это время готовится вся необходимая документация для дальнейшего направления ребенка в детдом. На практике же дети долгие месяцы находятся в больницах, потому что для многих из них просто невозможно оформить документы. К примеру, нужны паспорта родителей, которых давно и след простыл. И лежат дети-отказники, зачастую годами, в инфекционных отделениях больниц, не гуляют, потому что не с кем и не в чем, не играют, потому что нет игрушек, не развиваются, потому что в штате больниц не предусмотрены педагоги».

В крае завершается формирование программы «Дети Алтая», и актуальность такой информации от ЛПУ - не утрачена. Просим Вас сообщить сведения о социальной госпитализации в участковые больницы, ЦРБ, городские больницы детей оставшихся без попечения родителей в 2006-2007гг., их возраст, конкретные сроки пребывания, о проблемах, связанных с оформлением таких детей, - в Общественную приемную Женской палаты при главе Администрации Алтайского края:
**г.Барнаул, ул.Партизанская, 94, оф.104,
тел./факс (3852) 65-78-93.**



«Глазами женщины: политика во имя жизни»

(к 20-летию советов женщин на Алтае)

НАДЕЖДА СТЕПАНОВНА РЕМНЕВА,

председатель Общественной женской палаты при главе Администрации края,
председатель Краевого совета женщин Краевого отделения Союза женщин России

Международный женский день, день солидарности женщин всех стран в борьбе за свои равные права и равные возможности по реализации этих прав. Для нас, активисток женского движения России, Алтая, он является также днем смотра положения женщин во всех сферах жизнедеятельности: в политике, в экономике, в семье.

Не скрывать, что за последние годы во всех этих сферах мало что изменилось в положении женщин. Мы по-прежнему отмечаем то, что хорошо известно каждому: дискриминация, насилие, бедность, безработица, долги по заработной плате, алкоголизм и наркомания, правонарушения и преступления подростков, ухудшение здоровья детей и самих женщин, демографические проблемы. А еще настойчиво стали говорить о необходимости установления равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, о так называемом гендерном равновесии.

Но что все-таки значимо, что существенно изменилось, - **у активисток женского движения в этих словах уже нет обреченности и уныния, а есть решимость преодолеть проблемы и в семье, и в обществе, на равных с мужчинами сорешать судьбу и своих детей, и своей страны.**

Надо отметить, что **мы действуем** не только и не столько по улучшению положения самих женщин, сколько **по установлению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин** во всех областях человеческой жизни.

В 2006 году Краевой совет женщин в рамках деятельности всей Общественной палаты края определил в качестве

приоритетных направлений **совместную работу с органами власти и муниципального управления по реализации приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье».** Особенно волнуют женскую общественность вопросы доступности и качества медицинской помощи и образовательных услуг, конечно, для всего населения, но особенно для семей малообеспеченных, многодетных, «группы риска» и их детей.

В наступившем году нам еще предстоит более глубоко и обстоятельно подвести итоги совместной работы, взять за основу на уровне каждого Совета женщин документы пленума Союза женщин России по вопросу «Семья - основа стабильности и устойчивого развития России. Роль советов женщин в реализации приоритетных национальных проектов». Реализация проектов «Здоровье», «Образование» остается приоритетным направлением на весь 2007 год.

Продолжается смотр работы советов женщин, посвященный их 20-летию, под названием **«Что может женсовет?».** Итоги смотра будут подведены на юбилейном пленуме в июне 2007 года. В этом же году мы заканчиваем работу по выполнению долго-

срочной программы Союза женщин России **«Равенство. Развитие. Мир в XXI веке»,** основных ее подпрограмм **«За социальную безопасность и развитие», «Демократия для всех», «В интересах семьи», «Женщина. Духовность. Культура», «Равные права - равные возможности», «Земля - наш общий Дом».**

В настоящее время идет проработка краевой целевой программы **«Дети Алтая»,** где не обойтись без общественной экспертизы женских НКО. Так же, как и при реализации действующих социально значимых программ в крае, в том числе и новых: **«Молодежь Алтая», «Культура Алтая»** и др., **не обойтись без вклада женской общественности.** Ключевой задачей в 2007 году является **обеспечение доступности детских садов,** полного удовлетворения потребности семей в этих услугах.

Формирование ответственного материнства, отцовства остается общей задачей органов власти и женских НКО не только в 2007 году, но надолго и всерьез. Инициатива Общественной женской палаты при главе Администрации края о проведении в честь 70-летия Алтая **Эстафеты родительского**



подвига поддержана главой Администрации края. Она является логическим продолжением Эстафеты материнского подвига. В финале Эстафеты будет выявлено **70** лучших родительских пар (семей), достойно воспитывающих или воспитавших своих детей (не менее трех), которые и своим профессиональным трудом служат дальнейшему социальному и экономическому развитию края.

2007 год объявлен в стране Годом Чтения. Кому, как не нам, женщинам, хранительницам традиций, вернуть нашей стране былую славу самого читающего народа! Это задача, в первую очередь, самой семьи, обоих родителей - и матери, и отца. Но **роль женщины-матери - всегда выше, значимее, ответственнее** благодаря материнской мудрости, свету ее души, природному дару быть берегиней и созидательницей.

А каждой женщине в этот день хотелось бы пожелать много душевных сил и доброго здоровья, света и тепла на долгие годы! Пусть мир и согласие, любовь и благополучие навсегда поселятся в каждом доме! С праздником вас, дорогие подруги!





Утренний комплекс «Бодрость»

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

1. Упражнение на дыхание

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

2. Поглаживание ручек

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

3. Выкладывание на животик

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

4. Рефлексы опоры - выпрямляем ножки

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

5. Покачивание на мяче (лучше выполнять двум родителям)

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

Этапы большого пути. Шаг за шагом

Малыши до года развиваются с невероятной скоростью. Они активно растут и быстро меняются. Каждый день – это новый этап. Первые два месяца жизни – период адаптации. В этом возрасте органы чувств малыша приспосабливаются к новым для них условиям. Основной объем информации об окружающем мире ребенок получает через кожу и прикосновения, а его психическое развитие тесно связано с процессом общения с родными людьми. Для гармоничного развития очень важно, чтобы желание малыша познать мир сочеталось с устойчивым чувством, что этот мир добр к нему и готов принять его с радостью. Создать такую уверенность может только любящая, заботливая, чуткая и отзывчивая мать.

ПИСЬМО ВТОРОЕ. (Неотправленные письма подруге)

...Мой мальчик за месяц подрос, окреп и готов к новым свершениям. Он взрослеет не по дням, а буквально по часам. У него появилось уже довольно много потребностей. **Основные три - физический комфорт, полноценное питание и получение новых впечатлений.** Если что-то не так, то он просит о помощи - плачет. А если все хорошо, то он улыбается, глядя мне в глаза.

Тебе интересно, как определить, чего не хватает малышу? Во-первых, не впадать в панику при каждом его писке, а внимательно наблюдать за ребенком. И вскоре ты заметишь, что свои «просьбы» он сопровождает **различной голосовой окраской.** Например, когда мой сынок устал и хочет спать, - он хнычет, если голодный - пронзительно кричит, если ощущает какой-то дискомфорт, в том числе и от нехватки общения, - сердито плачет.

В этом месяце основные проблемы были связаны с **уходом за кожей** малыша. Кожа крохи тонка и нежна, тем не

менее, она защищает малыша от внешних раздражителей, инфекций и регулирует температуру его тела. Через нее ребенок познает окружающий мир. Кожный покров младенца в несколько раз чувствительнее, чем у взрослого, и поэтому **требует тщательного ухода.**

Я накопила средства фирмы Johnsons baby – мягкие гипоаллергенные средства для ежедневного и всестороннего ухода за чувствительной детской кожей, как сказано в рекламных проспектах. И какой я испытала ужас, когда буквально на следующий день после первого применения детского масла с ромашкой и крема под подгузник - в области шеи, подмышек и на паховых складках ребенка появилась мелкая красная сыпь. Рассказала об этом педиатру. Оказалось, что для них это не новость, жалобы поступали уже от многих мам.

Мы стали использовать гигиенические средства для детей фабрик «Свобода», «Весна», «Невская косметика» и алтайское облепиховое масло, хорошо знакомые еще со времен моего детства. И кожа малыша стала чистой и шелковистой.

В середине месяца на волосистой части головы, в области большого родничка, появились белесовато-желтые чешуйки. **Это «молочные корочки», или так называемый себорейный дерматит.** Причина их появления до сих пор не выяснена. Некоторые доктора считают, что это проявление



аллергической настроенности организма малыша. «Мамочка, следи за питанием», - говорю я себе. Корочки на голове могут помешать нормальному росту волос, стать причиной залысин или даже облысения в будущем, поэтому **их необходимо вовремя удалять**. Как это сделать? Примерно за 1 час до купания наносю на кожу головы стерильное оливковое или подсолнечное масло – оно размягчит корочки. Перед купанием специальной детской щеточкой аккуратно удаляю размягченные чешуйки, затем мою крохе голову нейтральным детским шампунем. Процедуру провожу раз в неделю.

В этом месяце у нас **стал вырисовываться режим кормления, сна и активности**, что меня особенно радует. **Перерыв между кормлениями - 2,5-3 часа, после кормления 1 час спим, а затем час играем. Общий сон - 15-16 часов в сутки.**

Обязательный элемент ежедневно ухода за ребенком - **массаж и гимнастика**. Их польза для физического развития малыша сомнений ни у кого не вызывает. **Массаж нормализует мышечный тонус, помогает младенцу вовремя начать переворачиваться, садиться, вставать и, наконец, ходить**. Но кроме физического воздействия, простые упражнения оказывают влияние и на **интеллектуальное развитие** крохи: когда мама делает массаж с элементами гимнастики, у ребенка активизируется чувствительность мышц и поверхности кожи, импульсы поступают в мозг и стимулируют его развитие. Утренний комплекс «Бодрость» и вечерний «Релаксация» приносят нам с сыном взаимное удовольствие.

Опираясь на достижения первого месяца жизни, **на втором месяце мы уже приступили к развивающим занятиям**. Для развития зрительного восприятия с первых дней второго месяца над кроватью повесили **яркую игрушечную карусель** (на высоте примерно **70 см от лица** малыша). Игрушка еще и поет, что тоже немаловажно для развития у него слуха.

К двум месяцам ребенок уже начинает различать не только голоса мамы и папы, но и воспринимать различный тембр, громкость и высоту звука, несколько интонационных нюансов. Он уже понимает, когда родные грустят, когда смеются, а когда сердятся, и адекватно реагирует на эти эмоции: плачет или улыбается.

Познавая мир, малыш уже может **фокусировать взгляд на лицах** и начинает узнавать маму или папу по разрезу глаз, по форме носа и рта. Да и **собственное лицо его уже интересует**: мы подходим к зеркалу, в котором он видит свое отражение и долго в негоглядывается. Конечно, он пока не понимает, что в зеркале отражается он сам, ему просто интересно человеческое лицо.

Когда я выкладываю сынишку на живот, то ставлю перед ним интересную игрушку. Привлекая внимание, **она заставляет его поднять и подольше поддержать головку**. Каждая такая тренировка значительно укрепляет мышцы шеи и увеличивает количество новых впечатлений. Чаще всего эти занятия-игры мы проводим в дневные часы бодрствования.

Теперь хотела бы написать несколько строк о вечном вопросе - о пеленании. Пеленать детей было принято издавна. Причем бабушки утверждали, что чем тщательнее ребенок завернут до трех месяцев, тем кроха будет более спокойным, а когда подрастет, станет красивым и стройным. **В последнее время высказываются сомнения в необходимости пеленания вообще**. Некоторые психологи даже считают, что ограничение движения в первые дни жизни малыша - фактор формирования рабских чувств и психологии подчиненного. Кто прав - сказать трудно. **Но мне кажется, что новорожденный - это такое удивительное создание, которое само определит, как ему лучше, а задача родителя - только уловить его желания**. Когда у меня родилась дочь, то буквально с первых дней дома она яростно протестовала против пеленок и не успокаивалась до тех пор, пока не вытаскивала из них хотя бы руки. И я стала надевать на нее ползунки. С сыном я поступила уже иначе. Сразу после выписки из роддома я перестала пеленать его с руками, через неделю попробовала перейти на ползунки, но малыш стал хуже спать и чаще плакать. Я опять вернулась к пеленанию ножек, но не тугому, - сон нормализовался. К концу второго месяца сын стал подавать сигналы, что ему некомфортно - кукусятся при пеленании, поднимать спеленутые ножки кверху и строить жалобные гримасы, и мы тут же отказались от пеленок и теперь уже окончательно перешли на ползунки.

Итак, к концу второго месяца мой малыш уже не то беспомощное существо, каким он был после рождения. Сколько важных и интересных событий произошло с ним за этот месяц! Яркая игрушка, свое отражение в зеркале и первые ползунки - все так ново и необычно. Он уже длительно фиксирует взгляд на лице взрослого или неподвижном предмете. Начал формироваться навык слежения за движущейся игрушкой. Мой мальчик поворачивает голову на звук, приподнимается и недолго удерживает голову, лежа на животе, уже издает агукающие звуки.

Мир постепенно раскрывается перед малышом в красках, звуках, формах, телесных ощущениях. А я, тем временем погрузившись в его жизнь, стараюсь параллельно решать и свои проблемы.

После родов заметила, что стали сильно выпадать волосы. Это может быть связано с гормональной перестройкой организма в процессе беременности - роды - лактация, а может быть и первым сигналом гипотиреоза (сниженной работы щитовидной железы). Исключить эту патологию легко, надо только сдать кровь на гормоны (ТТГ, Т3, Т4 свободный) и пройти УЗИ щитовидной железы. Если все в норме со здоровьем, то восстановить силу волос помогут косметические средства для укрепления волос или рецепты народной медицины, например, маски с черной редькой и медом или переспелым бананом. В обоих случаях нужно приготовить кремообразную массу, втереть в корни волос, закутать голову в полотенце на 1-2 часа, затем тщательно промыть. Не стоит забывать и про витамины, особенно зимой и весной.

Вообще, уход за собой - это отличное средство для борьбы с послеродовой депрессией, которую испытывают примерно 50-70% женщин. Поэтому, **как только появляется малейшая возможность ненадолго выйти из дома, - использую ее** с радостью и пользой.

В этом месяце есть минимум две важные причины отлучиться из дома. Первая - закончился послеродовой период (через 42 дня от момента родов), поэтому **необходимо посетить гинеколога**. Кроме осмотра, хорошо бы пройти УЗИ и обязательно проконсультироваться о способе контрацепции. Конечно, в первые шесть месяцев самый естественный метод планирования семьи - грудное вскармливание. Но этот метод эффективен лишь в том случае, если мама регулярно и часто (не реже, чем через 4 часа в течение дня и каждые 6 часов в ночное время) кормит ребенка грудью. Особую заботу о кормящих мамочках проявила фармацевтическая фирма **«ОРГАНОН»** (Нидерланды), которая предлагает высокоэффективные низкодозированные гормональные препараты **«ЭКСКЛЮТОН»** и **«ЧАРОЗЕТТА»**. Прием этих средств защитит от нежелательной пока новой беременности, но в то же время не отразится на качестве и количестве грудного молока.

Вторая причина - **прописка малыша** (необходимо это сделать до 3-х месяцев, иначе будете платить штраф) и улучшение благосостояния семьи: оформление необходимых документов для получения единовременного пособия по беременности и родам (до 6 месяцев) и материнского капитала.

Поверь, побегав по поликлиникам и государственным учреждениям, так тянет домой, чтоб скорее прижать своего кроху к груди и увидеть в ответ на нежность его ослепительную улыбку.

Светлана Яворская





Вечерний комплекс «Релаксация»

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

1. Поглаживание груди

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

2. Поглаживание животика

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

3. Поглаживание спинки

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

4. Поглаживания головы и личика

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

Лучше быть спортсменом стройным

ТАТЬЯНА ПЕТРОВНА БАЁВА,
директор Территориального центра социальной помощи семье и детям Каменского района

Человек пожилой - это фонд золотой. Сколько среди наших пенсионеров добрых, трудолюбивых, жизнерадостных людей, оптимистов, использующих каждую возможность, чтобы как можно дольше быть здоровыми, применять как можно меньше лекарств.

Такая возможность появилась у престарелых граждан и инвалидов в селе Новоярки. В КГУСО «Территориальный центр социальной помощи семье и детям Каменского района» в отделении реабилитации детей и подростков с ограниченными физическими и умственными возможностями были открыты **солевая камера, массажный кабинет, кабинет ЛФК.** Часть оснащения для них была получена по целевой федеральной программе, другая часть изготовлена спонсорами.

Заведующая отделением **Оксана Александровна Голдабина** предложила создать группы для престарелых людей с целью лечения их безлекарственными методами. Этот метод хорошо прижился на новоярковской земле. Совместно с главным врачом сельской врачебной амбулатории Натальей Ивановной Скурыдиной **созданы группы пожи-**



О.А. Голдабина



лых людей, страдающих различными заболеваниями. Им рассказывают о профилактике простудных заболеваний, они проходят курс лечения у массажиста, в солевой камере, в кабинете ЛФК. Благодаря такой работе отделения в прошлом году поправили свое здоровье **203** человека.

Дети тоже проходят профилактическое лечение: в 2006 году их было **56**. Новоярковцы рады, что могут получить такое лечение совершенно бесплатно и не тратить время на поездку в г.Камень-на-Оби. Все эти процедуры проводит медсестра отделения **Оксана Ивановна Артамонова** - человек с открытой душой, добрым сердцем. Она организовала оздоровительную группу, где занимаются лыжным спортом. Сколько добрых слов написано в её адрес в тетради отзывов и предложений! Лечиться к Оксане Ивановне едут люди даже из города и из других сел.

Стихотворные строки -

**«Твори добро ты,
сколько можешь,
И зла чтоб не было нигде.
Быть может,
этим ты поможешь,
Чтобы добро было везде»**

- как раз написаны о наших работниках отделения реабилитации детей с ограниченными физическими и умственными возможностями.

Удачи вам, творческих успехов, дорогие коллеги!



Вот такая большая семья...

Более пятидесяти лет назад судьбе угодно было скрепить союз двух молодых людей из старейших дресвянских (Дресвянка – село в Каменском районе с более чем 200-летней историей) родов - Обрядиных и Гарбуза. Вернувшись с фронта Григорию приглянулась красавица Мария. И он ей по сердцу пришелся. Поженились. Когда Марии было девятнадцать, появился у них первенец - сын Юрий.



Послевоенные времена были нелегкими. Мало-помалу семья обзаводилась своим хозяйством, купили маленькую хатенку-одноstopочку, как Мария Николаевна говорит. Потом потихоньку доставили, по просторней поставили, потому как год от года семья прирастала вторым, третьим, пятым... ребенком.

Когда родился десятый, о ней заговорили не только в районе. Фамилия Гарбуза и название села Дресвянка зазвучали по краю, центральному радио, телевидению, появились на страницах прессы разного уровня. **Мария Николаевна получила государственную награду - Звезду Матери-героини.**

Районная власть озаботилась решением жилищной проблемы для этой семьи. Правда, когда был построен кирпичный дом, напротив того, в котором они жили (и сейчас живут), у Григория Дмитриевича и Марии Николаевны было уже 15-16 детей.

- Помню, как мы все трудились на отделке этого нового дома: красили, бели-

ли, мыли. Родовались, что наконец-то у нас будет просторный дом, - вспоминает Марина (тринадцатый ребенок в семье).

- Посадили в ограде деревца, кустарники, Так было у нас красиво. Сейчас смотрю на эту голую усадьбу, так тоскливо на душе становится. И обида не проходит - по какому праву у нас отняли этот дом?

Да, недолгой была радость новоселья в этой семье. Рядом с множеством добрых окружавших их людей были и другие, кои считали, что лучше детский сад отдать это помещение, нежели семье Гарбуза. Да, детский сад действительно в то время нужен был селу, но ведь об этом руководству хозяйства и сельсовета надо было думать до того, как поселить в этом здании многодетную семью, в которой в то время с родителями проживало более десяти детей. Но... В один прекрасный день к ним пришли, и многодетную семью фронтовика, имеющего ранения и награды, добросо-

вестно работавшего в колхозе, попросили из дома.

- Отец был гордый, он никуда не пошел, не стал жаловаться, - рассказывает Марина.

Собрав свои пожитки, перекочевала семья в свой старый дом, в котором места всем не хватало.

- Кому-то из ребятишек ночевать приходилось в бане, - вспоминает сегодня Мария Николаевна, тяжело вздыхая.

Несмотря на помощь государства, которая выражалась в выплатах на детей, семье, конечно же, было нелегко. На производстве трудился один Григорий Дмитриевич. Мария Николаевна управлялась с детьми, по дому: варила, кормила, стирала.

- Столько теста перемесила, столько хлеба перепекла, что рученьки сейчас покоя не дают, болят, - говорит она. - Бывало, пирогов тазами напекала. Мало того, что своих ре-

бятишек накормлю, так и их друзей и подружек.

- Как бы там ни было, мы не были голодными, раздетыми, разутыми, - говорит Марина. - Мама хорошо готовила, сама шила. В доме у нас всегда было чистоенько. Мы в меру своих способностей и возможностей помогали родителям по хозяйству, в огороде. Жили мы дружно.

Сама она не только свою семью обшивала, но и успевала кое-какие вещи шить односельчанам, чтобы пополнить семейный бюджет.

В разговоре с ней трудно было удержаться от вопроса: как муж относился к рождению детей, ведь девятнадцать - это не три, даже не десять. Не было ли у нее самой, на каком-то очередном этапе, желания остановиться?

- В наше время, живя в деревне, сложно было попасть в больницу из деревни в нужное время. Да и ребятишек не на кого было оставить, что-

Гарбузята, как их называли в деревне, были общительными детьми, вокруг них всегда собирались деревенские ребятишки.



Женское счастье

В 1972 году Мария Андреевна Ращектаева, жительница села Верх-Аллак, родившая и воспитавшая 10 детей, была удостоена награды «Мать-героиня». Через некоторое время у Ращектаевых появился на свет одиннадцатый ребенок...

Родом она из Сибири. Родилась в деревне Зайсан (сейчас это название уже немногим известно).

- Помотаться пришлось по всему белу свету, - вспоминает Мария Андреевна. - И в Москве жили, и в Белоруссии, потом нас отец на Кубань увез. Там мы провели все военное время. В станице Джигинка жили более года под оккупацией.

Да, годы идут, а война до сих пор остается в памяти старшего поколения. Ни мирная жизнь, ни труд до седьмого пота не дают забыть прошлое. Со слезами на глазах говорит Мария Андреевна о том, что отец в войну пропал без вести, оставив мать с четырьмя детьми.

- Вернулись мы в Сибирь, мама устроилась дояркой, а я, закончив 5 классов сельской школы, пришла к ней на помощь. Нужно было поднимать на ноги младших.

Вспоминает, как с будущим мужем встретилась:

- Петя из коммуны на покос к нам приехал. Там мы и познакомились. Мне тогда было всего 18 годков, он же постарше лет на пятнадцать.

Но возраст любви не помеха. Крепкую, дружную семью создали Ращектаевы, воспитали 11 детей: 7 девочек и 4 парней.

- Мы жили с ними по соседству, - вспоминает М.Н. Затолокина. - Петр Михайлович в селе был уважаемым человеком, в семье - настоящим хозяином. Ребят он своих не баловал, с детства к труду приучал.

А баловать в то время особо и некогда было: с утра до вечера родители трудились в колхозе, так что по дому ребята справлялись самостоятельно. Такую семью и прокормить надо было. Поэтому не до отдыха круглый год!

Марина Николаевна вспоминает: в этой семье всегда было сытно - хозяйство держали немаленькое да огород 40 соток обихаживали. На зиму соленья, варенье всегда заготавливали.

- В школу когда такое семейство собирали, - говорит М.А. Ращектаева, - тяжело, конечно, было, но справлялись. Где сами денюжат подкопим, где колхоз поможет. Старшие ребята на выпасах подрабатывали, чтобы обновки купить. Возьмешь, бывало, форму школьную, так она и не один год прослужит, еще и младшие донашивали.



Все бы хорошо было, да только вот пришла беда - заболел глава семейства. И вот уже 22 года, как она похоронила мужа, а дети - отца. Но жизнь не стоит на месте. И продолжают ее дети супругов Ращектаевых. Все они получили достойное образование, обзавелись семьями. Несомненно на то, что жизнь разбросала братьев и сестер по разным городам и даже государствам, они, как в детстве, дружны.

- С каждым годом собраться всем вместе сложнее, - говорит дочь Светлана, - в основном общаемся по телефону, узнаем новости. Болит душа за тех, кто живет далеко. А уж если приезжают братья и сестры - собираемся у меня. Дом большой, места всем хватает.

Дети подарили бабушке 20 внучат. А они, в свою очередь, третье поколение семейства - 9 правнуков.

Уезжала Мария Андреевна к дочери в Германию. Несколько месяцев лишь выдержала вдали от Родины. В Липецкую область к родным уезжала, все не то - тянет в родные края. Так и живет она в свои 70 с лишним лет одна. Говорит, что пока справляется, спасибо детям - не забывают.

- А я не жалею нисколько, - говорит Мария Андреевна, - что прожила свою жизнь именно так: посвятив себя детям.

Видимо, в этом-то и есть ее женское счастье...

В подготовке материала приняли участие Екатерина Андреевна Дорохова, представитель администрации Каменского района, специалист по работе с семьей; Марина Николаевна Затолокина, глава Верх-Аллакского сельсовета, Ирина Логачева, журналист «Каменской народной газеты».

◀ бы поехать в город. И аборт тогда не так просто было сделать. Когда у нас было уже, наверное, пятнадцать детей, я попыталась с доктором заговорить на эту тему, она отсоветовала мне. Вот так и рожала, пока могла. Ну, а муж... Он не был против.

Всякое бывало в этой семье: случалось, отец строжил, наказывал иногда, вроде как и незаслуженно. Но судя по тому, как сегодня относятся к этому сами дети, можно сказать, что они не держат обиду на отца. Когда 11 лет назад Григорий Дмитриевич умер, из 19 детей на похороны не приехали лишь двое, далеко живущие.

- Отец нас любил, по-своему, по-мужски. Внешне свою любовь не проявлял, но мы это чувствовали. Бывало, едешь домой в гости, он встречает тебя на берегу. Когда он умер, стало как-то пусто, - рассказывает Марина.

В память об отце и чтобы они не затерялись, Марина забрала и бережно хранит все его фронтовые и трудовые награды.

Дети выросли, разлетались из родительского гнезда, устраивали свою жизнь. Сегодня в Дресвянке живут четыре сына, две дочери. Остальные разбрелись по белу свету: кто осел в Новосибирске, кто в Амурской области, на Севере, в Камне, Каменском районе. Но все они живут в сердце материнском. Листая страницы семейных фотоальбомов, называя имя за именем - Юра, Володя, Паша, Леша, Люба, Тома, Вера, Гена, Таня, Мария Николаевна рассказывает о детях с такой теплотой, которая присуща любящей матери. Она по-прежнему тревожится за каждого из них, переживает и обижается, если от кого-то долго нет известий.

- Мы благодарны родителям за то, что они подарили нам жизнь, что всех вырастили, выучили, воспитали в нас хорошие качества - трудолюбие, доброту.

Мария Николаевна - почти дважды героиня, она родила 19 детей, которые подарили ей 39 внуков, а те, в свою очередь, - уже 8 правнуков. Какой же дом понадобился бы, если бы они все (66 человек) съехались в одно время! Конечно, такое исключено по многим причинам. Мария Николаевна это понимает, для нее самое главное, чтобы у них у всех все было хорошо там, где они свили свое гнездо.

Материал подготовлен сотрудниками издания «Каменская народная газета»

Любовью Сидорченко и Антониной Матвеевой





КГУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр Алтайского края»

Новое в КГУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр Алтайского края»

Мониторинг церебральной эмболии в амбулаторных условиях

НАТАЛИЯ ГРИГОРЬЕВНА ФЕДЮНИНА,
кандидат медицинских наук,
заведующая отделением функциональной диагностики
заболеваний нервно-мышечной системы

Нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности.

В среднем в России ежегодно регистрируется около **400-450 тысяч** мозговых инсультов (**80-85%** ишемических), из которых **до 200 тысяч** заканчиваются летальным исходом, а из выживших пациентов - не менее **80%** остаются инвалидами разной степени тяжести.

Согласно современным представлениям удельный вес эмболии среди причин ишемического инсульта составляет более **50%**. Это предопределяет значимость диагностики церебральной эмболии.

Ультразвуковая доплерография - единственный доступный метод прямой детек-

ции движения эмболов по артериям головного мозга.

Реальное развитие методика ультразвуковой детекции церебральной эмболии получила лишь в 90-е годы прошлого столетия. В настоящее время ультразвуковой мониторинг церебральной эмболии в основном проводится интраоперационно, для контроля и профилактики ишемических эмболических поражений мозга при кардиохирургических операциях и операциях на каротидных артериях.

Опыт амбулаторной доплерографической диагностики церебральной эмболии практически отсутствует.

Методика

Метод ультразвуковой детекции эмболов основан на том, что ультразвук, отраженный от эмбола (микроэмболический сигнал - МЭС), существенно отличается от типичного эхосигнала от кровотока.

Для детекции церебральной микроэмболии исполь-

зуют длительный транскраниальный доплеровский мониторинг с инсонацией одной или обеих средних мозговых артерий (СМА) датчиком с частотой 2 МГц.

Минимальное время мониторинга для скринингового выявления непровоцируемой церебральной эмболии составляет не менее 15 минут.

Используется стандартная техника локации обеих СМА из транстемпорального доступа при помощи специального шлема.



Головной шлем с двумя доплеровскими зондами на 2МГц импульсного излучения (PWD) для проведения длительного мониторинга и детекции эмболии



В процессе мониторинга производится визуальная оценка доплерограммы и аудиосигнала в реальном времени (on-line), а также запись доплерограммы для последующего анализа (off-line) с автоматической фиксацией относительного и абсолютного времени возникновения эмболии.

Анализ мониторинга обязательно осуществляется при просмотре записи в режиме off-line. Это позволяет подсчитать общее количество эпизодов эмболии за время мониторинга, а также провести анализ параметров эмболических сигналов.

Базовые критерии идентификации доплеровских микроэмболических сигналов были приняты на Международном симпозиуме по мозговой гемодинамике в 1995 году [Consensus Committee of the Ninth International Cerebral Hemodynamic Symposium]:

1. **доплеровский микроэмболический сигнал является транзиторным, длительность его обычно не превышает 300 мс;**

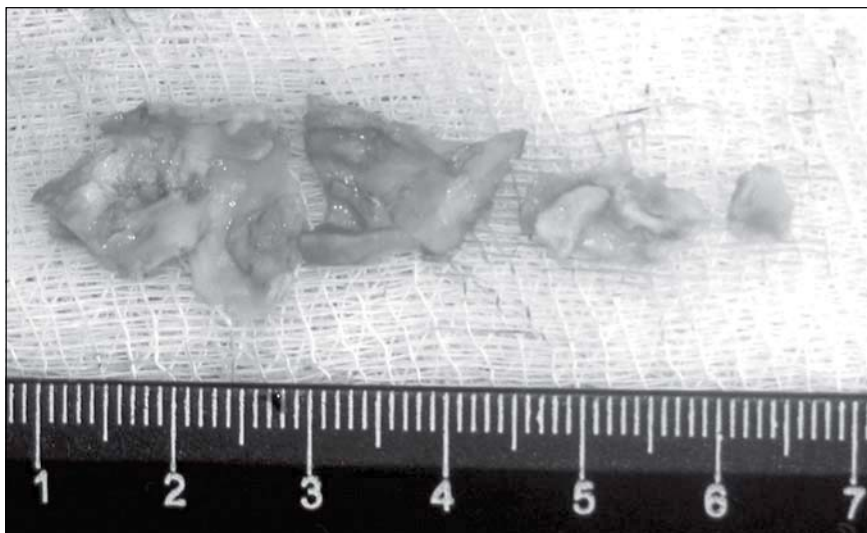
2. **амплитуда доплеровского микроэмболического сигнала обычно на ЗдБ выше фонового сигнала;**

3. **доплеровский микроэмболический сигнал располагается внутри доплеровского спектра и не пересекает изолинию;**

4. **доплеровский микроэмболический сигнал сопровождается звуковым сигналом, который в зависимости от применяемого доплеровского устройства может быть похож на «щелчок», «чириканье» или «стон».**

Показания для применения методики

Причиной артерио-артериальной эмболии мозга наиболее часто является атероскле-



Фрагменты осложненной атеросклеротической бляшки

ротическое поражение магистральных артерий головы и шеи, а также оперативные вмешательства на этих артериях (эндартерэктомия, протезирование, ангиопластика, баллонная дилатация, церебральная ангиография).

Кардиогенная эмболия мозга наблюдается при патологии сердца (искусственный клапан, миокардит, пороки сердца) и при оперативных вмешательствах на сердце.

Клинические показания в амбулаторных условиях включают состояния, причиной которых с высокой вероятностью является церебральная эмболия.

К ним относятся:

- последствия ранее перенесенного ишемического инсульта;

- преходящие нарушения мозгового кровообращения, особенно у лиц молодого возраста;

- синкопальные состояния не ясной этиологии.

Показания для мониторинга уточняются путем предва-

рительного исследования брахиоцефальных артерий методом цветового дуплексного сканирования и сердца методом эходопплерокардиографии на предмет потенциального донорского источника эмболии.

Кроме того, метод применяется при асимптомных каротидных стенозах при выявлении в сонных артериях при ультразвуковом дуплексном сканировании нестабильных эмболоопасных атеросклеротическими бляшек.

Таким образом, проведение ультразвуковой диагностики церебральной эмболии в амбулаторных условиях имеет потенциально высокое значение для профилактики ишемического инсульта.

ТКДГ-мониторинг церебральной эмболии должен сочетаться с предварительным ультразвуковым исследованием сердца и брахиоцефальных артерий с целью установления потенциального донорского источника эмболии.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр Алтайского края»:
(3852)26-16-63; 26-15-70; 26-15-30.

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



Семья - начало всех начал

ЕКАТЕРИНА АНДРЕЕВНА ДОРОХОВА,
специалист комитета администрации
Каменского района по здравоохранению
и социальной защите населения

Семейный клуб при редакции газеты «Каменская народная газета» начал свою работу в мае 2000 года. Создан он был по инициативе администрации Каменского района.

Сама жизнь подсказала создание такого семейного клуба. Ведь не секрет, что все идет из семьи: любовь к родным и близким, к труду, Родине, почитание старших, сохранение народных традиций.

Сегодня семья находится в трудных условиях. Создать семью, а уж вырастить двух, трех детей - очень проблематично, не говоря уже о девяти, десяти детях. Если раньше родители, имея постоянную работу, были уверены, что они сами поднимут детей, то сейчас уверенности такой у некоторых нет. Безусловно, проблемы общества отражаются на каждой семье, а особенно - на детях. Есть такое высказывание: главное - не добро делать ребенку, а не совершать зла. **Поэтому одна из главных задач клуба - помочь преодолеть трудности во взаимоотношениях родителей и детей, а также во взаимоотношениях между родителями, возродить и поддержать семейные традиции,** так как именно в семье ребенок формируется, развивается как личность, именно семья дает ему тот нравственный стержень, ту духовную опору, которая и обеспечит ему здоровье, спокойствие, уверенность в своем будущем.

Участники семейного клуба - это семьи различных категорий: многодетные, неполные, опекунские, молодые, а также Матери-Героини, женщины-активистки и т.д.

Женщины-общественницы «делают погоду» не толь-

ко у себя дома, но и в селе. Они, в хорошем смысле, будоражат общественность. **Борются женщины с безнадзорностью детей и воспитывают безответственных родителей, участвуют во всех добрых начинаниях, а чаще становятся их инициаторами.** Они могут научить, как надо жить, а не выживать, как уметь радоваться каждому прожитому дню, как всё успевать. Им есть что рассказать, поделиться своим опытом с другими людьми. К их мнению прислушиваются не только односельчане. Поэтому они не редкие гости в районном семейном клубе.

На заседаниях клуба принимался **вопрос по проблемам одиноких родителей.** Именно им в наше время приходится особенно трудно. Ведь все заботы, связанные с бытом, с воспитанием детей ложатся на одни, а в основном это женские, плечи. И как подчас не хватает мудрого совета близкого человека.

После одного из таких заседаний клуба, участниками которого были женщины из неполных семей, **пришла идея о создании в селах района клубов для неполных семей.** Члены клубов не просто делятся здесь своими проблемами и успехами, но и находят взаимопонимание и моральную поддержку со стороны других людей, и эта помощь имеет особый смысл, так как исходит от людей, находящихся в схожей жизненной ситуации.



Отрадно, что участниками клуба являются и отцы. Их мнение, что за семью, за детей в первую очередь должен быть в ответе отец и что необходимо поднимать его роль в обществе - совершенно особо прозвучало со страниц газеты. Кстати, в «Каменской народной газете» открыта рубрика «Слово об отце», в которой рассказывается о заботливых папах и любящих мужьях, ведущих здоровый образ жизни и с честью выполняющих свой отцовский долг. Они проявляют участие, внимание, любовь к своим детям.

Всегда интересно проходят заседания клуба, участники которых - **молодые семьи.** На одном из таких заседаний обсуждалась тема «Здоровый образ жизни». Открывая данную встречу, **Г.П. Павлович,** заместитель главы администрации района по социальным вопросам, отметила, что на сегодняшний день наше здоровье не так легко сохранить, а восстановить - еще труднее. Отметила и тот факт, что за последние годы в Каменском районе, как, впрочем, и по всей стране, смертность превышает рождаемость. Около **30%** детей рождаются в неполных семьях. Нередко имеет место также факт, что мать идет на рождение нежеланного ребенка лишь затем, чтобы получить единовременное пособие за его рождение. И если пять лет

назад в районе было около 400 многодетных семей, то сейчас таких семей **127.** Если раньше было почетно иметь многодетную семью, были возможности для того, чтобы достойно воспитать детей, в наше время это сделать очень трудно.

Галина Петровна обратилась к молодым семьям:

- Если вы хотите видеть своих детей здоровыми, счастливыми, вы должны сделать все, от вас зависящее, чтобы они ощутили вашу заботу, любовь и росли в хорошей, здоровой семье.

Много можно рассказать о работе семейного клуба. Его тематика становится самой разнообразной, его участники не только делятся друг с другом собственным опытом, но еще и совместными усилиями ищут различные пути решения проблем в семье. **В последние годы заседания клуба все чаще становятся выездными,** проходят в селах, что позволяет быть ближе к проблемам сельской семьи, пригласить больше участников.

Безусловно, такой клуб нашел отклик в сердцах жителей Каменского района. На его примере создаются различные клубы и объединения на местах, в селах, и работа в этом направлении будет продолжена вновь.

(Фото предоставлено из архива клуба)

Здоровая школа - школа здоровья

ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА ПОТАНИНА,
заместитель директора по воспитательной работе
Луговской средней общеобразовательной школы

Здоровье человека - тема для разговора, достаточно актуальная для всех времен и народов, а в XXI веке она становится первостепенной. По мнению специалистов-медиков, 75% всех болезней человека заложено в детские годы.

Почему так происходит? Видимо, все дело в том, что мы, взрослые, ошибочно считаем, что для ребенка самое важное - это хорошо учиться. А можно ли хорошо учиться, если у тебя кружится голова, если твой организм ослаблен болезнями и ленью, если он не умеет бороться с недугом?

В МОУ «Луговская средняя общеобразовательная школа» в 2004 году была разработана программа «Здоровый образ жизни», которая в настоящее время является нормативно-правовой основой, определяющей стратегию совершенствования валеологического воспитания учащихся.

Педагоги и психолог обеспечивают квалифицированную помощь учащимся, просветительскую работу среди родителей по организации жизнедеятельности учащихся за рамками учебно-воспитательного процесса в школе, ведут целенаправленную борьбу с вредными привычками учащихся.

Педагоги уверены: не менее важно работать у детей сознательное отношение к гигиеническим процедурам, профилактике инфекционных заболеваний.

В курсах валеологии, биологии, ОБЖ, на внеурочных занятиях по основам медицинских знаний **изучаются самые разнообразные темы:** «Человек среди микробов и других возбудителей болезней», «Инфекционные заболевания и защитные силы организма», «Профилактика инфекций», «Аллергия как нарушение функции иммунной системы», «Гигиена физического и умственного труда», «Гигиена питания», «Пищевые отравления», «Детские болезни», «СПИД - чума XXI века», «Гигиена одежды и обуви» и другие.

За выполнением правил гигиены ведут наблюдение санитарные посты, классные руководители. Санитары школы следят за чистотой рук, санитарным состоянием помещений, поведением детей во время приема пищи, на переменах (предупреждение травматизма), выполнением физкультурных пауз во время уроков. Итоговая оценка состояния гигиены отражается в паспортах здоровья классов.

Все это формирует у детей убеждение, что здоровье - самая большая ценность человека, а его сохранение и укрепление тесно связаны с соблюдением режима дня и гигиенических норм.

Особое значение в школе придается составлению расписания. **Разработаны четкие гигиенические требования к уроку:** его продолжительность - 40 минут. В середине урока - **двухминутная физпауза** с обязательным включением упражнений для снятия спазма аккомодации глазных мышц. Учителя строго следят за режимом освещения и проветривания. Между уроками есть перерыв на обед.

Педагогические совещания по темам: «Валеологизация учебного процесса», «Организация учебно-воспитательной работы школы по формированию ЗОЖ и укреплению здоровья учащихся», «Культура здоровья как фактор формирования здоровьесберегающей среды школы» - **обогатили знания коллектива.**

С просветительской целью **проводятся общешкольные родительские собрания:** «Забота родителей о физическом развитии детей и их здоровье», «Жизнь ребенка и его успехи в школе»,



«Белая смерть» (беседа врача-нарколога), «Внимание - суицид!», «Физиологические особенности подростка», «Адаптация учащихся 1 класса к школе», «Адаптация учащихся 5 класса к школе».

Совместно с родителями проводятся спортивные праздники, дни здоровья, методическая неделя физкультуры и спорта, конкурсы знатоков олимпийского движения, уроки здоровья, двигательные переменки. В 2006-2007 учебном году стартовали общешкольные конкурсы: «Спортсмен года», «Самый здоровый класс».

Мы считаем, что благодаря программе **уменьшилось количество учащихся, состоящих на диспансерном учете:** так, в 2004 году было 50 учащихся с такими заболеваниями, как хроническая пневмония, хронический тонзиллит, анемия, ЧБД, хронический гастрит, ожирение, миопатия; в настоящее время на учете состоят 37 учащихся.

Регулярное валеологическое просвещение, постоянная помощь психолога, администрации школы повышают компетентность и педагогов в отношении к своему физическому и психическому здоровью, **помогают им преодолеть профессиональные затруднения с наименьшими эмоциональными потерями.** Работа по данной программе будет продолжена до 2010 года. Жаль только, что из-за недостаточного финансирования образовательных учреждений в школе нет больше ставки валеолога.





Выпуск №41

март 2007 года

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Нерешаемая проблема Скорой медицинской помощи

ЛИДИЯ АРТУРОВНА НИКЕЛЬ,
член Правления ПАСМР,
фельдшер высшей категории
МУЗ «Служба скорой медицинской помощи»,
подстанция «Центральная», г.Барнаул

Социально-экономический кризис 90-х годов в России негативно отразился на медико-демографической ситуации как в целом по стране, так и в нашем городе. Одним из наиболее болезненных его последствий стал рост уровня смертности.

За последний период происходит постоянное увеличение количества вызовов, поступающих на станцию «Скорой помощи». В то же время увеличивается количество пациентов, нуждающихся в оказании скорой медицинской помощи, при этом значительно увеличивается доля больных, госпитализируемых по экстренным показаниям. Особая тяжесть ургентных больных и пострадавших, скоротечность развития неотложных состояний - обуславливают высокую летальность, длительную утрату трудоспособности и увеличивающийся уровень инвалидизации.

Очевидно, что все перечисленные тенденции носят долговременный характер, и в сложившейся ситуации существенно возрастает значение «Скорой помощи» в вопросах оказания помощи населе-

нию г.Барнаула на догоспитальном и госпитальном этапах.

Кроме этого, рост числа и тяжести техногенных аварий, катастроф, ДТП, терроризма выдвигают дополнительные неотложные задачи по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи в нашем городе. Работники службы «Скорой помощи» понимают свою очень важную миссию.

На догоспитальном этапе до сих пор остается высокой доля не свойственных для «Скорой помощи» нагрузок, связанных с оказанием помощи хроническим больным. Но оказание медицинской помощи лицам в алкогольном опьянении или лицам без определенного места жительства - это нерешенная и не решаемая в Барнауле проблема.

Отношение к этой категории граждан неоднозначно. Но как бы

каждый из нас ни относился к этим людям, с неприятием ли или с состраданием, **совсем закрыть на них глаза нельзя**, если мы хотим жить в цивилизованном городе. Да и не получается их совсем не замечать. И те, кто бесстрастно проходит мимо копошащихся в мусорных баках «личностей», громогласно начинают возмущаться, обнаружив подобных на ночлеге в собственном подъезде или на дворовой детской площадке. Поди угадай, какую заразу они могут распространять? Вот тут и начинаются звонки по инстанциям: «Заберите их, оградите детей!» и т.д. Звонить в милицию, как выясняется, бесполезно, поэтому звонят на «Скорую», которая обязана принять вызов с поводом «человеку плохо» или «находится без сознания». Вот и приходится нашей «Скорой помощи», как последней инстанции, разгребать созданную чиновниками проблему своими силами.

На какие ухищрения приходится идти медицинским работникам - это отдельная большая тема. Факт остается следующий: **подавляющее большинство этих пациентов не нуждаются в «Скорой помощи**. Но оставить их на улице нельзя - замерзнут, необходимо «пристроить». **Выезжают на подобные вызовы специализированные бригады** (реаниматологи, кардиологи, бригады интенсивной терапии), **затрачивают значительно больше времени, чем на другие вызовы, опять же из-за «пристраи-**



вания». За год **свыше трех тысяч раз** «скорая» выезжает к лицам без определенного места жительства и **свыше семи тысяч** - к лицам в алкогольном опьянении. А это значит, что **работники «Скорой помощи» отвлекают свои силы и средства на не свойственные им задачи и проблемы** и, как следствие, - к тысячам больных и пострадавших приезжают несвоевременно, а порой и вовсе не успевают.

В прежние времена милиция могла принять от «скорой» человека в алкогольном опьянении, поместить в медицинский вытрезвитель, а «бомжа» - в приемник-распределитель и в дальнейшем решать их судьбу. Но с началом строительства «правового государства» это стало невозможным. **Приемники-распределители и медвытрезвители закрыли.** Объективности ради, из 89-ти регионов России Алтайский край один из первых «отрапортовал» об их закрытии. На «бумаге» наметили, что для решения этой проблемы необходимо расширить отделение детоксикации барнаульской городской больницы №3. **До настоящего времени обещанного расширения отделения нет, хотя и эта мера не решает поднятую проблему.** Подавляющее большинство регионов России не спешат «рапортовать» о закрытии вытрезвителей и «бомжатников». Те регионы, которые «погорячились», - это наши соседи. Например, власти Красноярского края вновь открывают закрытое, понимая, что зима в Сибири стоит более восьми месяцев в году и людей в холодное время на улице оставлять нельзя.

А население нашего города по данной проблеме продолжает звонить на «скорую». Если принять во внимание, что количество вызовов к данной категории лиц с каждым годом все только растет, это будет означать, что раскрытый в краевом центре спецприемник - вместо приемников-распределителей и Центр по социальной реабилитации - не решают поднятой проблемы.

Медицинские работники «скорой» и стационаров, куда «пристраивается» данный контингент, верят, что есть у нас в городе чиновники, способные решить поставленную задачу.

Самомассаж и лечебная физкультура при хронических заболеваниях легких

ОКСАНА НИКОЛАЕВНА
АРТАШИНА,

медицинская сестра по массажу,
МУЗ «Детская городская
поликлиника №7», г.Барнаул

В настоящее время родители очень много работают. И уделить достаточное время ребенку, чтобы посетить массажиста, и в особенности - инструктора по лечебной физкультуре, нет возможности. Поэтому мне хочется рассказать, как в домашних условиях можно провести массаж и лечебную гимнастику.

Сегодня речь пойдет о хронических заболеваниях легких - о бронхите и пневмонии. Они обычно протекают длительно, с периодическими рецидивами (обострениями). Развитию этих заболеваний в немалой степени способствует недостаточная тренировка легких у людей, которые, как правило, мало двигаются, а значит, избавлены от необходимости глубоко дышать и хорошо вентилировать легкие.

Самомассаж и лечебная физкультура улучшают крово- и лимфообращение, легочную вентиляцию, проходимость бронхов, увеличивают подвижность грудной клетки, тонус дыхательных мышц, облегчают отхождение мокроты, способствуют рассасыванию остаточных явлений воспалительного процесса, повышают работоспособность больного.

Самомассаж и упражнения лечебной физкультуры **следует вы-**



полнять в период ремиссии, когда температура тела нормальная, нет слабости, потливости и других проявлений обострения заболевания.

Самомассаж начинают в положении сидя с поглаживания (в чередовании с растиранием) *ладонной или тыльной поверхностью кисти, кулаком надплечий, спины, шеи, плечевого пояса и передней поверхности грудной клетки.* При самомассаже **спины и плечевого пояса движения делают в направлении от позвоночника к груди**, а при самомассаже **передней поверхности грудной клетки и подключичной области** - *от грудины к плечевым суставам и подмышечным впадинам.* Для массажа спины, межлопаточного пространства можно использовать жесткое махровое полотенце.

Затем, поглаживая, растирая и толчкообразно надавливая 2-м, 3-м и 4-м пальцами, массируют *межреберные промежутки от позвоночника к груди*.

Далее производят самомассаж **затылка, задней поверхности шеи и плечевого пояса** в направлении от



волосистой части головы к плечевому суставу, поочередно с каждой стороны. Приемы самомассажа те же.

После этого в положении сидя массируют **переднебоковую поверхность грудной клетки** в направлении от грудины к плечевому суставу и подмышечной впадине. Девочкам следует обходить молочную железу. **Производят поглаживания, чередуя их с растираниями** ладонной или тыльной поверхностью кисти или кулаком, ослабляя воздействие над областью сердца. Затем рекомендуется легкое поколачивание кончиками пальцев передней поверхности грудной клетки.

И в заключение - **поглаживание в чередовании с растиранием спины, шеи, плечевого пояса и передней поверхности грудной клетки** в течение **2-3 минут**. Общая продолжительность самомассажа - **12-16 минут**. Делать его надо ежедневно или через день, лучше - по утрам. **После 15-20 процедур необходим перерыв в течение 10-15 дней.**

Хотелось бы отметить, что **имеются противопоказания к самомассажу**: это обострение заболевания, легочно-сердечная недостаточность, частые приступы стенокардии, легочное кровотечение, туберкулез легких, злокачественные новообразования.

Если больной хорошо перенес самомассаж, он не вызвал у него обострения, то через 2-3 процедуры можно подключить и **упражнения**. Их также выполняют один раз в день спустя 1-1,5 часа после самомассажа.



Примерный комплекс упражнений

Стоя, ноги на ширине плеч

1. И.п. - руки опущены. Поднять руки, потянуться - вдох, вернуться в и.п. - выдох. Повторить 3-4 раза.

2. И.п. - то же. Руками имитировать движения с палками при ходьбе на лыжах. Дыхание произвольное. Повторить 7-8 раз.

3. И.п. - руки на поясе. Отвести прямую руку в сторону, вверх - вдох, поставить на пояс - выдох. Повторить каждой рукой 3-4 раза.

4. И.п. - то же. Присесть, руки вытянуть вперед до уровня плеч - выдох, вернуться в и.п. - вдох. Повторить 4-5 раз.

5. И.п. - руки вытянуты вперед, разведены чуть шире плеч. Махом прямой правой ноги достать пальцы левой руки, затем левой ногой достать пальцы правой руки. Дыхание произвольное. Повторить каждой ногой по 2-3 раза.

6. И.п. - руки на поясе. Наклонить туловище влево, подняв правую руку, - выдох, вернуться в и.п. - вдох. Повторить в каждую сторону по 2-3 раза.

Взять гимнастическую палку.

7. И.п. - стоя, руки с палкой подняты над головой. Наклониться вправо - выдох, вернуться в и.п. - вдох. Повторить по 2-3 раза в каждую сторону.

8. И.п. - стоя, руки с палкой - перед грудью, согнуты в локтях. Быстро повернуться вправо, затем влево. Дыхание произвольное. Повторить по 3-4 раза в каждую сторону.

9. И.п. - стоя, руки с палкой внизу за спиной. Согнуть руки в локтях, достать палкой лопатки - вдох, вернуться в и.п. - выдох. Повторить 4-5 раз.

10. И.п. - стоя, опираясь на палку, туловище слегка наклонить вперед. Диафрагмальное дыхание: выпятить живот - вдох, втянуть - выдох. Повторить 5-6 раз.

11. И.п. - откинуться на спинку стула. Глубоко, спокойно сделать 4-5 вдохов и выдохов.

12. И.п. - то же. Развести руки в стороны, согнуть ногу в колене, обхватить ее руками и подтянуть к груди - вдох. Вернуться в и.п. - выдох. Повторить каждой ногой по 2-3 раза.

13. И.п. - то же. Кисть одной руки положить на грудь, другой - на живот. Диафрагмальное дыхание. Сделать 4-5 вдохов и выдохов.



14. И.п. - руки на поясе, опора - на согнутые в коленях ноги. Прогнуться - вдох, расслабиться, опустить руки - выдох. Повторить 4-5 раз.

15. И.п. - руки к плечам. Сделать круговые вращения в плечевых суставах. Дыхание произвольное, повторить 10 раз вперед и 10 раз назад.

16. И.п. - руки лежат свободно на коленях. Сжимать в кулак и разжимать пальцы. Дыхание произвольное. Повторить 10-15 раз.

17. И.п. - то же. «Ходьба сидя»; сделать два шага (поднять и опустить правую ногу, затем левую) - вдох, четыре шага - выдох; два шага - пауза. Повторить 2-3 раза.

18. И.п. - откинувшись на спинку стула. Глубоко, спокойно сделать 3-4 вдоха и выдоха.

19. И.п. - сесть вплотную к спинке стула. Громко произносить звуки (по одному на выдохе): а, о, у, и, ж, з, затем звуко сочетания: Бр, Ух, Ах. Вдох делать плавно через нос.

20. И.п. - то же. Диафрагмальное дыхание. Сделать 3-4 вдоха и выдоха.

21. И.п. - расслабиться, дышать плавно и медленно.

Из опыта работы видно, что у тех детей, которые длительно кашляют после перенесенных заболеваний, после такого комплекса явления кашля проходят во много раз быстрее.



Рождение до срока

НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА НИКИТИНА,
старшая сестра отделения недоношенных детей
МУЗ «Детская городская клиническая больница №7»,
специалист первой категории, член АРАСМР

Недоношенный малыш выглядит таким крошечным, что, кажется, мог бы поместиться на папиной ладони. Не тревожьтесь! Он быстро догонит своих ровесников.

Если ребенок появляется на свет на 3-4 недели раньше, специалисты знают, как помочь ему в этом случае: по их подсчетам, примерно **каждый 12-й малютка рождается преждевременно.**

Безусловно, недоношенному ребенку трудно адаптироваться к внешним условиям. **Его внутренние органы,** прежде всего легкие, **еще не совсем готовы к выполнению своих функций.** Не сомневайтесь, врачи сделают все, чтобы кроха как можно скорее приспособился к новой среде.

Сразу после появления малыша на свет его помещают **в палату интенсивной терапии.** Там все подготовлено для выхаживания и лечения крошечного пациента: специальный кювез, аппараты искусственного дыхания, необходимые лекарства. Состав воздуха, которым дышит малютка, и температура строго контролируются. Такому маленькому человеку может навредить как переохлаждение, так и перегревание. У новорожденного очень тонкий подкожный жировой слой, а это затрудняет нормальную терморегуляцию. Если у малыша выражена незрелость организма, и он не может дышать сам, ему назначают **искусственную вентиляцию легких.**

Отсутствие сосательного рефлекса (он появляется только на 32-й неделе) - еще одна проблема, с которой вы можете столкнуться. Младенец будет получать ваше молоко через назогастральный зонд. **Грудное молоко - лучшее лекарство и защита для малыша.** Но если его не хватает, ребенка станут докармливать специальными гипоаллергенными смесями, в состав которых входят расщепленные белки.

Врач-неонатолог разрешит вам ухаживать за ребенком (с учетом его

состояния). **Для недоношенного крохи очень важен контакт с мамой.** Ваше общение и грудное вскармливание позволят малышу расти здоровым и крепким, противостоять различным инфекциям, лучше развиваться.

Домашний уход за малышом, который родился раньше срока, немало сложнее, но не стоит переживать! Главное, помните, что младенцу жизненно необходимо ощущать ваши прикосновения, дыхание, биение сердца.

Поэтому **как можно больше ласкайте его и разговаривайте с ним.** Ведь в больнице малыш подвергался воздействию внешних раздражителей, слишком сильных для его нервной системы: шум, яркий свет, незнакомые голоса, постоянные процедуры. **Теперь крохе нужно отдохнуть.** Он хочет слышать только мамину и папину речь, пить молоко, больше находиться на свежем воздухе и засыпать у вас на руках.

Конечно, нельзя избежать всевозможных анализов, регулярных измерений температуры. Но все это нужно делать **осторожно,** чтобы свести переживания крохи к минимуму. Даже переодевать ребенка необходимо очень аккуратно. Ведь он не всегда может дать понять, что чувствует дискомфорт. У такого малыша иногда не хватает сил даже заплакать.

Вот несколько советов, которые помогут вам правильно ухаживать за недоношенным ребенком:

- **При выписке расспросите врача о кормлении новорожденного.** Одни недоношенные малыши уже в роддоме могут сосать грудь, других нужно кормить сцеженным молоком. Дома следуйте советам педиатра или патронажной сестры, и вы наладите кормление грудью.



- **В квартире одевайте кроху теплее:** на нем должны быть носочки, ползунки, кофточка и шапочка. Ребенок особенно чувствителен к понижению температуры воздуха. Берегите его от сквозняков и от холода. **24-26°C** - наиболее подходящая температура для одетого малыша. Во время пеленания или купания в помещении должно быть еще теплее - **25-27°C.** Купание должно длиться не более 7 минут. На улицу выходите, если температура не ниже **-12°C.** Для прогулки не подходит очень ветреная и сырая погода.

- При необходимости **несколько раз в день закапывайте малышу в нос физиологический раствор.** Недоношенных детей часто беспокоит отек слизистой носа.

- **В первые 2-3 месяца жизни ребенка педиатр будет наблюдать за состоянием его здоровья и развитием.** **Окулист** проверит - сформировалась ли у него сетчатка глаза. **Отоларинголог** установит - не поврежден ли слух. **Кардиолог** определит - приспособилось ли сердце к условиям жизни вне маминого организма. **Невролог** оценит развитие в соответствии с возрастом.



Контактный телефон
Алтайской
региональной
Ассоциации средних
медицинских
работников:
(8-3852) 34-80-04



Что такое спланхноптоз?

ИРИНА ГРИГОРЬЕВНА ПОЛЕЩУК,
заместитель главного врача Алтайского краевого
врачебно-физкультурного диспансера;

ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ ЧУДИМОВ,
кандидат медицинских наук, доцент АГМУ,
Заслуженный врач России;

ЛАРИСА ГРИГОРЬЕВНА УЛЬЯНОВА,
заведующая отделением физической реабилитации
Алтайского краевого
врачебно-физкультурного диспансера;

ИРИНА НИКОЛАЕВНА ПАСЕЧНЮК,
врач-интерн.

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора,
главного врача Алтайского краевого
врачебно-физкультурного диспансера Николая Ивановича КУРОПЯТНИК

Вы когда-нибудь задумывались о своем здоровье? Задавались вопросом: кто его должен сохранить? Этот вопрос не раз посещал вас? Значит, вы знаете, что никто не сможет позаботиться о вашем здоровье лучше, чем вы сами. Если не будет вашего желания быть здоровым и работать над собой, то никто из докторов не сможет победить вашу болезнь. И мы научим вас работать над собой, чтобы получить желаемое.

В настоящее время актуальным является **спланхноптоз, или висцероптоз - это опущение внутренних органов**. К сожалению, становится все больше людей с этой болезнью. И это, казалось бы, безобидное состояние в последующем **может привести к ограничению физической работоспособности** из-за болей в эпигастрии или поясничном отделе позвоночника, отрывки, вздутию живота и др.

Если у вас стоит такой диагноз, то не стоит отчаиваться. Вам нужно найти время для себя «любимых», чтобы заняться собой. И выполнять наши методические рекомендации.

Что может служить причиной возникновения спланхноптоза?

Причины спланхноптоза могут быть различны: **врожденные и приобретенные**.

Приобретенные могут возникать вследствие ослабления и растяжения связочного аппарата внутренних органов и мышц брюшного пресса. Предрасполагают к подобным состояниям **астеническое телосложение, сидячий образ жизни, длительная работа с поднятием тяжестей, постоянное физическое перенапряжение**. Также к висцероптозу может привести **дисплазия соединительной ткани**. Возникновению спланхноптоза может способствовать **значительная потеря массы тела, множественные роды у женщин, многоплодная и многоводная беременности, а также удаление крупных опухолей брюшной полости. Натуживание**, возникающее при значительных статических усилиях, запорах также оказывает патологическое воздействие.

В результате ослабления мышц, окружающих брюшную полость и тазовое дно, нарушается их поддержи-

вающая функция: желудок, кишечник и тазовые органы смещаются вниз, а связки, удерживающие их, растягиваются. Слабые мышцы передней брюшной стенки и промежности не могут противодействовать внутрибрюшному давлению, растягиваются, ослабевают, и спланхноптоз прогрессирует.

Одна из ведущих причин висцероптозов кроется в дисплазии (с греческого - «отклонение в формировании») соединительной ткани.

Локализация изменений соединительной ткани **может быть ограничена одной системой** (опорно-двигательный аппарат или сердечно-сосудистая система) **или какой-то одной формацией этой системы** (изолированные изменения только в позвоночнике или только в сердце), либо **сочетается с изменениями в органах**, являющихся производными других тканевых систем.

Какие могут быть нарушения?

Со стороны желудочно-кишечного тракта - опущение желудка (**гастроптоз**), опущение кишечника (**энтероптоз**), опущение печени (**гепатоптоз**), аномалии желчного пузыря, склонность к воспалительным заболеваниям слизистых оболочек желудка и кишечника. Со стороны мочеполовой системы - опущение почки (**нефроптоз**), атония чашечно-лоханочной системы, удвоение почки и/или мочевыводящих путей и др.

Какие выделяют степени спланхноптоза?

Различают три степени **гастроптоза**. Выделяют также **тотальный гастроптоз и частичный**. Чаще всего данная патология встречается у лиц **женского пола** в возрасте **15-45 лет**. **Особенно характерны явления гастроптоза для девочек в возрасте 13-17 лет с пониженным питанием, не занимающихся физической культурой.**

Гастроптоз 1 и 2 степени протекает бессимптомно. Для больных с 3 степенью гастроптоза характерно следующее:

◆ чувство тяжести, давления и ощущения полноты в эпигастральной области после еды;



- ◆ отрыжка воздухом;
- ◆ неустойчивый аппетит;
- ◆ выпячивание нижней части живота;

- ◆ метеоризм;
- ◆ резкие боли в животе, особенно после физических напряжений, подъемов тяжести или сотрясений;
- ◆ запоры, одной из причин которых является опущение и гипотония поперечно ободочной кишки, что ведет к заострению ее селезеночного угла и задержке продвижения ее содержимого.

При сочетании признаков гастроптоза и хронического гастрита отмечаются:

- ◆ изжога;
- ◆ боли в эпигастрии;
- ◆ наличие неприятного запаха из рта;
- ◆ могут иметь место голодные и ночные боли;
- ◆ синдром проскальзывания при выраженном дуодените.

Различают три стадии нефроптоза:

1 стадия – на вдохе пальпируется нижний полюс почки, но при выдохе она уходит в подреберье.

2 стадия – вся почка выходит из подреберья в вертикальном положении человека, а в горизонтальном положении тела почка возвращается на обычное место.

3 стадия – почка полностью выходит из подреберья, смещается в большой или малый таз.

Клинические проявления нефроптоза будут зависеть от стадии:

на 1-й стадии - небольшие тупые боли в поясничной области в вертикальном положении тела и при физической нагрузке. При исследовании мочи обычно изменений не наблюдается;

на 2-й стадии – боли несколько усиливаются, распространяются по всему животу с иррадиацией в спину, область мочевого пузыря, желудка, иногда приобретают характер почечной колики. При исследовании мочи обнаруживается протеинурия и эритроцитурия;

на 3-й стадии – интенсивность болей резко увеличивается, они становятся постоянными, исчезает аппетит, появляются диспепсические расстройства, головные боли, утомляемость, раздражительность, шум в ушах и другие признаки повышения артериального давления.

Чем же вы себе можете помочь?

Конечно же, **комплексным лечением**, которое включает в себя диетотерапию, фитотерапию, лечебную гимнастику, физиотерапию, при необходимости - медикаментозную те-

рапию, ношение специального бандажа, массаж и самомассаж.

Если ваша болезнь находится в фазе затухающего обострения или даже в фазе полной и неполной ремиссии, то вам может помочь одна **лечебная физкультура**.

Запомните правила выполнения лечебной физкультуры:

- ◆ *Старайтесь заниматься каждый день*. Не ленитесь! Выделяйте несколько минут в день для упражнений, и результаты вас порадуют.

- ◆ *Комплекс упражнений старайтесь выполнять 1-2 раза в день*.

- ◆ *Лучшее время для занятий - утром после сна, еще не вставая с кровати или днем через 1-1,5 часа после приема пищи*.

- ◆ *Будьте внимательны! В период обострения и при осложненном течении заболевания занятия ЛФК должны проводиться под контролем медицинского работника*.

- ◆ *При выполнении упражнений в исходном положении лежа на спине необходимо использовать наклонную плоскость с приподнятым ножным концом для обеспечения органам брюшной полости нормального положения*.

- ◆ *При ходьбе необходимо правильно удерживать в тонусе мышцы живота и ягодиц*.

- ◆ *Упражнения рекомендуется выполнять в медленном темпе, без рывков и резких наклонов, в сочетании с ритмичным дыханием*.

- ◆ *Исключают упражнения для брюшного пресса в положении лежа на спине с фиксированными ногами, а также движения, вызывающие сотрясение тела (подскоки, прыжки)*.

- ◆ *В лечебной гимнастике используют упражнения в различных исходных положениях (сидя, стоя, лежа). В первые 2-3 недели упражнения проводят только в положении лежа на наклонной плоскости с приподнятым ножным концом*.

Для того чтобы подобрать более эффективный комплекс упражнений в зависимости от причины болезни, нужна консультация специалиста. Краевой врачбно-физкультурный диспансер может вам определиться с причиной возникновения болезни, и наши специалисты подберут более оптимальный комплекс упражнений для вас.

(Продолжение следует)

ОБРАЩАЙТЕСЬ ПО ТЕЛЕФОНУ

(3852) 46-76-93 – регистратура

АКВФД, г.Барнаул,

ул.Автотранспортная, 4.

Консультации бесплатны.

Попрощаемся с болезнями

Здоровье населения является одной из важнейших характеристик общества. Россия становится страной больных людей: за последние 15 лет число инвалидов увеличилось в три раза, а детей-инвалидов – в пять.

В среднем по России абсолютно здоровых детей рождается только 60%, а по окончании школы их остается всего 5-10%.

Негативные тенденции в состоянии здоровья населения имеют глубокие корни. Не снимаются темпы распространения социально обусловленных заболеваний и вредных привычек.

Естественно, нельзя в одночасье исправить все ошибки и решить все проблемы, копившиеся десятилетиями. Приоритетный проект «Здоровье» при всей его важности не охватывает всех сфер и направлений охраны здоровья населения страны.

Государство, как правило, гарантирует медицинскую помощь уже больным людям, практически не заботясь о здоровых. Но гораздо проще, эффективнее и дешевле предотвращать болезни, чем пытаться вернуть то, что утрачено по собственной неосмотрительности, незнанию или просто невежеству.

В профилактике заболеваний должны быть заинтересованы и государство, и общество, и сами граждане. Мы, граждане, должны соблюдать, знать основные правила санитарии и гигиены; вести здоровый образ жизни, быть готовыми в случае заболевания или травмы оказать помощь не только себе, но и тем, кто рядом.

Познакомимся с новыми знаниями о болезни и здоровье с позиции натуральной гигиены – новой стратегии здоровья. Каждый из нас совершает преступление: получая в дар чудесный, уникальный аппарат – сложную биоэнергетическую систему, одну-единственную свою жизнь, мы в полном невежестве мчимся по дорогам нашей судьбы, не понимая законов движения жизни. Наши дети учатся у нас, дети наших детей будут подражать им. Так невежество передается из поколения в поколение. Итог один: рано или поздно, но катастрофа неизбежна.

Не лучше ли остановить этот процесс, подумать и начать соблюдать так называемые правила движения, то есть незыблемые законы жизни? На этом как раз настаивает натуральная гигиена. (Продолжение следует).

И.А. Егорова,
заместитель президента
Краевого совета женщин



Школа больных артериальной гипертонией

Сердечно-сосудистые заболевания - ведущая причина смертности населения России. Распространенность только артериальной гипертонии у лиц старше 15 лет составляет 39% среди мужчин и более 46% среди женщин. Это дало толчок к разработке и внедрению программы профилактики болезней системы кровообращения - организация образовательных школ, таких, как «школа больных артериальной гипертонией».



О.В. Белых

Первые шаги обучения пациентов в школе в нашем городе начались с 2000 года. **Организованы и проводятся выездные школы на предприятиях, специально для работающего населения.**

Программа состоит из 8 занятий:

✓ Что такое нормальное АД. Чем опасно повышение АД. Сердечно-сосудистые заболевания - болезни образа жизни, факторы риска АГ и ее осложнения.

✓ Сбалансированное питание - первый шаг к здоровью.

✓ Вредные привычки - курение и алкоголь - как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

✓ Избыточный вес опасен для здоровья.

✓ Физическая активность может приносить пользу и вред (подбор тренировочных упражнений, проводится в кабинете ЛФК).

✓ Артериальная гипертония как фактор риска других заболеваний.

✓ Психоземциональное здоровье (советы психотерапевта).

✓ Как правильно лечиться: контроль за АД, регулярный прием лекарств, опасность самолечения.

Проводят школу артериальной гипертонии: врач-кардиолог 1-й категории **Ольга Владимировна Белых**, медсестра **Татьяна Владимировна Парщук**.

Чтобы обучающая программа была более эффективной, **небольшие лекции сочетаются с дискуссией по неясным для пациентов вопросам.** Обучение пациентов проводится **амбулаторно** в кардиологическом кабинете, что позволяет создать гибкий график работы для удобства больных.

Программа обучения в школе больного гипертонической болезнью рассчитана на **8 занятий**, которые проводятся **1 раз в неделю**. Занятия проводятся в группах численностью **8-10 человек**, на основании предварительного отбора, объединяются по возрасту, уровню интеллекта, образованию, интересам, что позволяет с точки зрения группового психотерапевтического эффекта провести более эффективно обучение пациентов.

Участие в образовательной программе формирует **правильное представление о болезни, факторах риска её возник-**

новения и условий прогрессивного течения, что позволяет больному более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени, формирует активную жизненную позицию самих пациентов и их близких в дальнейшем процессе оздоровления.

Задачи школы больных гипертонической болезнью, которые мы определили, следующие.

◆ Повышение информированности пациентов о

факторах риска ГБ, ее возникновении и развитии, возможностях лечения и профилактики.

◆ Обучение правилам самоконтроля артериального давления и основных физиологических параметров организма.

◆ Уменьшение риска развития осложнений ГБ.

◆ Обучение методам профилактики.

◆ Стабилизация состояния пациентов и снижение показателей госпитализации.

Специальный выпуск журнала «Здоровье алтайской семьи» - «Школа больных артериальной гипертонией» - станет пособием по здоровому образу жизни для каждой семьи.

По вопросам приобретения обращайтесь в редакцию, к общественным представителям нашего журнала в городах и районах края.

Для жителей г.Каменья-на-Оби и Каменского района:

Екатерина Андреевна Дорохова, администрация Каменского района, тел. (214) 2-16-76;

Любовь Прохоровна Нечаева, старшая медицинская сестра МУЗ «Стоматологическая поликлиника», тел. (214) 2-11-27;

Татьяна Петровна Баёва, директор Территориального центра социальной помощи семье и детям Каменского района, тел. (214) 2-29-13.



Смотровой кабинет - его значение и возможности

Смотровой кабинет в г. Камне-на-Оби был организован в 70-х годах прошлого века.

Он не потерял своего значения и в наши дни. Ежегодно для того чтобы пройти медицинское обследование, в смотровой кабинет обращаются тысячи женщин.

У каждой из них свой характер и своя манера поведения, свои проблемы, и к каждой нужно найти свой подход и подобрать слова, чтобы объяснить, что обследование в смотровом кабинете необходимо для профилактики очень серьезных заболеваний, таких, как рак.

С этой задачей успешно справляются **О.М. Сергиенко** и **О.Э. Щелокова**. Ольга Михайловна работает в смотровом кабинете уже на протяжении тридцати лет, Ольга Эльмарсовна - четырнадцати лет. Специалисты, работающие в таких кабинетах, как правило, имеют достаточно высокую квалификацию.

Задачей смотрового кабинета является выявление у женщин предопухолевых заболеваний молочных желез, лимфатических узлов, щитовидной железы, женских половых органов и прямой кишки. **Своевременное распознавание предопухолевых состояний и их радикальное лечение является действенной профилактикой рака.** Лечение рака на ранней стадии его развития позволяет добиться излечения почти в 100% случаев.

В 2005 году всего было осмотрено **10964** человека, среди которых было зарегистрировано **10** случаев онкозаболеваний, из них: два - Нео молочной железы, семь - Нео кожи, один - Нео прямой кишки. В 2006 году



О.Э. Щелокова, О.М. Сергиенко

в смотровом кабинете прошли обследование **11151** человек. С первичными заболеваниями было выявлено **1503** человека, из них с заболеваниями гениталий 969, молочных желез - 160, кожи - 39, прямой кишки - 83, лимфосистемы - 3, прочих органов - 249. При этом на дообследование к смежным специалистам был отправлен **51** человек: к хирургу - 7, гинекологу - 20, прочим специалистам - 24. Онкологические заболевания были выявлены у 11 женщин: Нео шейки матки - 1, Нео молочных желез - 6, Нео кожи - 3, Нео тела матки - 1.

Не относитесь формально к посещению этого кабинета. Будьте внимательны к своему здоровью. И помните, что страшна не злокачественная опухоль, а позднее обращение к врачу. Своевременное лечение рака на ранних стадиях заболевания гарантирует выздоровление подавляющего большинства больных.



На заметку

Семейный сколиоз

Оказывается, примерно в трети случаев сколиоз позвоночника передается по наследству. Причем, если болезнь есть у матери, то шансы передать ее ребенку выше и составляют 25-40%. Если же сколиоз выявляется у отца, то процент его передачи ограничивается 10-12%.

Женщине, у которой когда-либо был выявлен сколиоз, необходимо скорректировать свой рацион. Примерно за месяц до предполагаемой беременности женщине необходимо ввести в свой рацион **продукты, обогащенные селеном**. Легче всего найти «селеновую» воду. Ее можно пить без ограничения и без опаски - передозировки селена не будет. Это справедливо и для подготовительного периода, и для первых трех месяцев беременности. В это время у плода максимальная потребность в селене. **Поэтому обогащенную воду следует пить каждый день.**

Вторым по важности микроэлементом является **йод**. За 2-3 месяца до беременности женщине необходимо обязательно есть **продукты, обогащенные йодом**. Это могут быть макароны или хлебобулочные изделия, йодированная соль. С наступлением беременности женщине обязательно назначаются специальные витамины, в них доза йода четко фиксирована и покрывает все необходимые потребности.

Третьим необходимым элементом является **сера**. Богатые ею продукты надо включить в ежедневный рацион за несколько месяцев до беременности. Организм получает серу из любых сортов мяса, птицы (курятина, индюшатины). Еще много серы содержится в негазированных столовых водах с высокой и средней степенью минерализации.

Повышенное потребление серы, селена и йода - это на данный момент единственная мера профилактики развития сколиоза. Она снижает риск развития болезни более чем на 35%.



Коррекционное обучение в условиях сельской школы

ЛЮДМИЛА ПАВЛОВНА ПАРШУКОВА,
заместитель директора по учебно-воспитательной работе,
Аллакская средняя школа, Каменский район

Каждый учитель хорошо знает, что дети, поступающие в 1-й класс, имеют разный уровень подготовки к школе, что зависит от разных причин. Было время, когда таких разных детей мы сажали в один и тот же класс, давали одни и те же программы, учили по одним и тем же учебникам. И что же получали? Проблемы - второгодничество, ухудшение здоровья школьников, нежелание учиться.



в «Вестнике образования» (№11 за 1992 год) вышло «Положение о классах компенсирующего обучения в общеобразовательных учреждениях».

Школа решила идти своим путем. По согласованию с комитетом администрации района по образованию было решено **открыть класс выравнивания по принципу малокомплектной школы.** В него вошли 12 учеников 1-4 классов. Была проделана большая подготовительная работа. **Проведено много встреч с родителями:** надо преодолеть боязнь сделать из этих детей изгоев в школе. Учительский коллектив вырабатывал план совместных действий в организации отношения в школе к «новому» классу. **Для работы с детьми был направлен опытный педагог,** отличающийся в первую очередь умением налаживать взаимоотношения с проблемными детьми. **Совместными усилиями составили учебный план, тематические планы по предметам, подобрали необходимую учебную литературу, учились писать планы для работы в условиях малокомплектной школы.**

Класс (его назвали нулевым)

Мы пошли по пути внедрения в нашей сельской школе **коррекционного обучения,** которое началось еще в 1990 году. Тогда сложилась такая ситуация, что районная медико-психолого-педагогическая комиссия (МППК) 12 учащимся начальных классов определила обучение по программе вспомогательной школы. Но в районе в то время вспомогательная школа была уже закрыта, да и родители не желали отправлять детей далеко от дома, и всех приходилось учить в условиях общеобразовательного класса.

Всплеск числа «особенных» детей был слишком ощутим для школы. У одних была чрезмерная агрессия (был случай, когда ученица первого класса изо всех своих маленьких силенок била директора школы, когда он пришел на помощь медикам и стал уговаривать ее сделать прививку); другие же замыкались в себе до такой степени, что учителя сомневались, а умеет ли он вообще говорить; третий любил сидеть под партой, а другой, напротив, вставал в самый неподходящий момент и шел, чтобы стукнуть обидчика. Все дружно они делали лишь одно: не ус-

ваивали учебный материал. Уроки превращались в пародию на них.

В 1988-1989 учебном году в школе по итогам года было 27 неуспевающих учеников, 16 человек были оставлены на второй год. Пришлось открывать коррекционные классы при общеобразовательной школе. За 16 лет коррекционное обучение претерпело самые разные изменения и наибольший результат давало тогда, когда **школа действовала в интересах учеников, учитывала потребности каждого индивидуума.** За прошедшие годы описанная выше ситуация не повторилась ни разу. Может быть, стало меньше таких детей? Конечно же, нет. Всем известно, что в 90-е годы безработица и пьянство сделали свое черное дело - в последующие годы число «трудных» детей значительно росло.

В разработке проекта коррекционного обучения львиная доля принадлежала администрации школы. Именно ее управленческие решения, управленческие действия привели к положительному результату. В то время «Учительская газета» запестрела заметками типа: *«Нельзя учить всех одинаково»,* и



просуществовал с 1989 по 1997 годы. Он принес только положительные результаты. Из числа его учащихся ни один не совершил правонарушения, стабилизировалась дисциплина, ученики освоили практику самостоятельного добывания знаний, так как доля самостоятельной работы учеников на уроке была довольно большой. Самое главное: **всем ученикам было комфортно в классе и в школе.** Из 31 обучающегося в данном классе выравнивания 24 успешно закончили основную общеобразовательную школу и получили аттестат, три человека получили справки об окончании основной вспомогательной школы.

Положительный опыт внешней дифференциации обучения позволил коллективу школы задуматься о создании подобных классов в среднем звене школы.

И здесь учителям необходимо было осваивать новую методику преподавания, корректировать учебные программы для одних, план обучения по программе вспомогательной школы для других и увеличивать требования и темп урока для третьих.

В 1997 году Министерство общего и профессионального образования РФ направило в школы для работы «Информационно-методическое письмо по организации и содержанию коррекционно-развивающего обучения в условиях общеобразовательных учреждений». Журнал «Народное образование» в №6 за 1998 год публикует большую статью: «В помощь учителям коррекционных классов».

Школа несколько лет работала по теме «Дифференцированное обучение». Так как шла серьезная инновационная работа, возникла необходимость регулярно проводить методические семинары. За их организацию отвечал заместитель директора по учебно-воспитательной работе. Проводили 5-7 семинаров в год.

Обучение и в средних классах стало вестись на доступном уровне. Психолог проводил специальные развивающие занятия. В последние два года ребята с интересом осваивали компьютерные

игры типа «Развиваем память, логическое мышление, внимание». **Ученикам опять стало комфортно.** Они, не стесняясь, выходили к доске, отвечали на вопросы учителя, так как теперь им не было стыдно за долгое думание, за корявую речь, их никто не одергивал, над ними никто не смеялся. **На уроках присутствовала постоянно ситуация успеха.** Класс принимал участие в общешкольных мероприятиях, не стало драк и прочих конфликтов.

Вот и в этом учебном году 19 детей из 144 учащихся Аллакской средней школы **имеют справку МППК**, 8 человек обучается по программе вспомогательной школы, из них 7 человек проходят лечение у врача-психиатра. **Для всех этих ребят организовано обучение по индивидуальным программам.** С каждым ведется определенная работа. Например, учитель 4 класса одну ученицу учит по программам вспомогательной школы, еще для трех учеников составила облегченный вариант общеобразовательной программы, поурочные планы приходится писать трех уровней и на уроке успевать поработать с каждым. На каждого из 19 человек заведены отдельные личные дела психологом школы, где собраны диагностики памяти, внимания, логического мышления, характеристики, данные медицинских обследований, заполняются карты развития ребенка. **Хорошо зарекомендовала себя программа создания ученических мест на дому для детей с ограниченными возможностями здоровья:** в 2006-2007 учебном году 5 детей учатся именно так. Наградой служит то, что среди таких детей нет неуспевающих.

Все эти годы в школе работает психолого-медико-педагогический консилиум. Именно его члены решают вопрос о дальнейшем продвижении каждого ученика, намечают пути совершенствования работы.

Считаю, что в условиях сельской школы выбранная нами форма обучения детей с ограниченными возможностями здоровья наиболее приемлема и эффективна.

Интересный
ФАКТ



Выбирайте сами

Свобода выбора для многих из нас – желанная мечта. Но не любая свобода дает чувство удовлетворения.

Американские ученые попросили добровольцев оценить разные запахи. Одна группа получила готовый набор – упорядоченный от самых приятных до неприятных запахов, а другие выстраивали этот ряд сами. Те, кто выбирал самостоятельно, получали от хороших запахов больше удовольствия. Но эта тенденция проявлялась, только когда запахи сильно отличались друг от друга. При маленькой разнице «хороший» запах воспринимался одинаково положительно всеми участниками.

Авторы исследования считают: активно выбирать и контролировать полезно не всегда. Порой лучше расслабиться и наслаждаться чужим выбором.

Морские водоросли вернут молодость

В вирусе, поражающем один из видов морских водорослей, найдено вещество, которое может быть использовано для замедления процессов старения и лечения многих заболеваний.

Группа британских ученых из Плимута и Кембриджа выделила группу генов, ответственных за синтез керамида. Именно он продуцируется вирусом-гигантом (а в его геноме насчитывается 472 гена, для сравнения: в геноме ВИЧ лишь 9 генов) для временного сдерживания «механизма смерти» в инфицированной клетке.

Обнаруженная группа генов нехарактерна для вирусов, она встречается в основном в животных и растительных клетках. При помощи продуцируемого керамида вирус поддерживает жизнедеятельность клетки до тех пор, пока это необходимо для воспроизведения новых вирусных частиц. И только затем, после использования, клетка уничтожается.



Астма-школа

В нашем обществе существует необоснованный страх перед бронхиальной астмой. Этой болезни боятся больные, члены их семей.

Человек, болеющий астмой, часто стесняется попросить своих родственников снять ковры или убрать домашних животных, прячет ингалятор, перестает заниматься физическими упражнениями, теряет уверенность в себе.

Все это - результат низкого уровня знаний о болезни, неумения самостоятельно ее контролировать. Незнание порождает страх. **Бронхиальная астма при адекватном отношении к заболеванию самого больного и членов его семьи далеко не ограничивает физическую нагрузку, не ведет к инвалидизации и снижению качества жизни.** Нужно только знать определенные правила контроля и лечения этого заболевания.

Как показал отечественный и мировой опыт, успех в лечении бронхиальной астмы зависит в равной степени и от больного, и от врача. Но чтобы человек знал, что делать, как помочь себе, - **его нужно обучать.** Для этого и существуют «Астма-школы».

В нашем городе Астма-школа работает с 1998 года. Обучение в ней прошли уже **346** больных бронхиальной астмой. Ее могут посещать любые больные, страдающие бронхиальной астмой. **Единственное требование - это сохраненный интеллект и память,** чтобы больной мог усвоить новую информацию. Группы в нашей Школе смешанные. В одну группу входят больные, разные по возрасту и с разным стажем заболевания. Причем, заня-



Н.В. Спиридонова

тия могут посещать не только сами больные, но и члены их семей.

Набор больных осуществляется на амбулаторном приеме. **Общая продолжительность цикла составляет 1,5 месяца и включает 12 занятий, частота их - 2 раза в неделю в будние дни.** Цикл обучения основан на разработанной обучающей программе - от причин, механизмов развития заболевания до лечения бронхиальной астмы. **Больной в сотрудничестве с врачом может проводить своевременные профилактические мероприятия, позволяющие контролировать течение заболевания и контролировать возникновение обострения.**

Занятия в Астма-школе проводит врач-терапевт первой категории **Надежда Владимировна Спиридонова** и медицинская сестра **Галина Петровна Заволожина.** Занятия проходят в специально оборудованном кабинете, где есть плакаты, лекарства, спейсеры, пикфлоуметры.

Школа самоконтроля больных сахарным диабетом проводится с июля 2001 года.

Жизнь с сахарным диабетом

Здесь обучаются больные сахарным диабетом 2-го типа, получающие диетотерапию и таблетированные сахароснижающие препараты, по структурированной программе. Форма обучения - групповая (по 7-10 человек), занятия, а их всего шесть, проводятся один раз в неделю. Программа обучения включает в себя:

- ◆ общие понятия в сахарном диабете (действие инсулина, механизм развития СД, клиника, факторы риска и т.д.);

- ◆ занятие по самоконтролю (обучение больных средствами самоконтроля - определение глюкозы крови с помощью глюкометра, визуальных тест-полосок);

- ◆ занятие по питанию (диетотерапия);

- ◆ занятие, посвященное осложнениям сахарного диабета (острым и хроническим), тактике при неотложных состояниях, мерах профилактики осложнений;

- ◆ занятие, посвященное медикаментозной и немедикаментозной терапии;

- ◆ занятие по уходу за ногами, обучение гимнастике для ног.

Заключительное занятие проводится в виде тест-контроля с целью оценки знаний пациентов и эффективности проведенного обучения.

В ходе занятий используется необходимый набор наглядного материала: плакаты, таблицы, методические пособия, распечатки для пациентов с ин-



О.А. Кротова

формацией о диете, фитотерапии, подсчете калорий, хлебных единиц, дневники самоконтроля, наборы индикаторных полосок для определения глюкозы крови и мочи, ацетона мочи и вся специальная литература. Проводит Школу врач-эндокринолог **Ольга Александровна Кротова.** Врачу активно помогает медицинская сестра эндокринологического кабинета **Татьяна Бельш.** С июля 2001 года в Школе обучено **462** пациента. Результатами обучения и медики, и пациенты удовлетворены.

По каким критериям оценивается эффективность обучения? По разным. Как основное - это **изменение подхода самих больных к своему заболеванию. С сахарным диабетом можно полноценно жить.** У многих пациентов снижена доза или отменены таблетированные сахароснижающие препараты, снизилась необходимость госпитализации, и, конечно, результаты анализов отмечают улучшение коррекции метаболических показателей.



“Здоровая семья - это здорово!”

ЭТО «Школа ответственного материнства и отцовства»
«Школа профилактики артериальной гипертензии»
«О мире и войне. Вахта Памяти» и другие проекты

Социальное партнерство власти и общественного сектора во имя здоровья и улучшения качества жизни жителей

Фоторепортаж с мероприятий в рамках подписания Соглашения о социальном партнерстве между Краевым Фондом «Содействие» и администрациями г.Камень-на-Оби и Каменского района

