

ЗДОРОВЬЕ

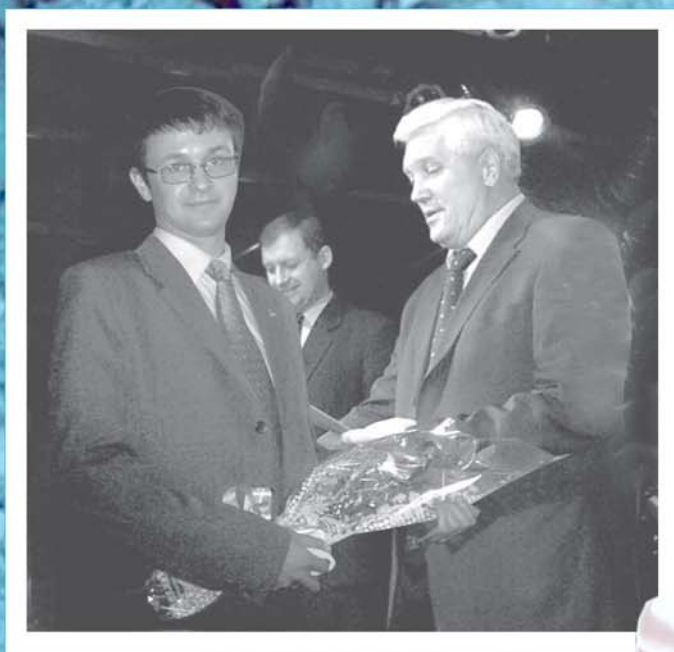
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Февраль - месяц влюбленных



ПРЕМИЯ ГЛАВЫ АДМИНИСТРАЦИИ КРАЯ



Диплом

присужден

редакции
краевого медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи»
(главный редактор
Козлова Ирина Валентиновна),
за активную пропаганду
здорового образа жизни
и реализацию
социально-значимых проектов
«Здоровая семья - это здорово»
и *«Верим в себя».*

Глава администрации
Алтайского края



А. А. Суриков

Награждение журнала "Здоровье алтайской семьи" Премией главы администрации Алтайского края - значительное событие.

По итогам 2002 года другое наше издание - научно практический журнал для руководителей "Консультант и практик" - уже удостоивался столь же высокой чести.

Мы от души поздравляем наших коллег - редакцию журнала "Здоровье алтайской семьи" с хорошим стартом.

Генеральный директор
ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"
В.В. Козлов

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

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

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
И.В. Козлова

Ответственный редактор
М.В. Юртайкина

Выпускающий редактор -
А.Г. Пшеничный

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

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

Компьютерный дизайн и верстка
А.Г. Пшеничный

Корректор - В.А. Крашенинникова

Подписано в печать
26.02.2004г. Печать офсетная.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

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

Все товары и услуги подлежат
обязательной сертификации.

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

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

Содержание

Безопасное материнство	2-3
Точечное попадание	4-5
Правда об аборте	6-7
Крылатые фармацевты.....	8
Мобильные телефоны	9
Родителям об осанке	10-11
Капризы погоды	12
Можно жить хоть сотню лет - если есть иммунитет!	13
Реабилитация больных, радикально пролеченных по поводу злокачественных заболеваний слизистой оболочки полости рта и глотки	14-15
Фитобальзам «Гиперикум».....	16
Патология щитовидной железы	17
Мужское здоровье	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Из выступления президента АРОО «АСМР» Л.А. Плигиной на сестринской конференции «Качество сестринской помощи». Особенности присвоения квалификационных категорий. Мы талантливы. К лабораторному исследованию готовиться нужно правильно	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Будьте внимательны к женскому здоровью!	23-24
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Как помочь вашему ребенку развить память? В игре Плавание грудных детей	25-28
Жизнь без клещей домашней пыли	29
Идем к офтальмологу.....	30-31
Питание при выявленной целиакии	32
Ни дня без диеты. Как правильно питаться в Великий пост?	33-35
ШКОЛА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: Физическая активность	37-40



От редакции.

Когда мы говорим «семья», мы имеем в виду родителей и детей. В силу целого ряда причин вопрос счастливого материнства возведен в ранг государственной программы. И участниками этой программы должны стать не только специалисты, но и сами семьи. Знание рисков, которые могут неблагоприятно отразиться на здоровье матери и ребенка, важно. Эффективная работа создаваемой в крае системы организации помощи жителям края во время беременности и родов возможна только при условии повышения грамотности населения.

Планирование семьи – это прежде всего планирование здорового потомства. Знание возможных рисков, согласование со специалистами не только сроков обследования, но и возможной тактики ведения родов в зависимости от особенностей течения беременности – залог сохранения здоровья матери и ребенка. Союз врача и семьи – вот основа безопасного материнства.

БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО

**Г.М.Савельева, зав. кафедрой акушерства и гинекологии
педиатрического факультета РГМУ г.Москвы, академик РАМН**

В рамках государственной программы «Безопасное материнство» большое значение придается созданию и совершенствованию стандартов ведения физиологических и осложненных беременности и родов, способствующих улучшению перинатальных исходов, а следовательно, сохранению здоровья матери и ребенка в процессе беременности и родов. Большое значение при этом имеет оздоровление девочек и подростков. В настоящее время число школьных врачей и детских гинекологов в крупных городах увеличивается, но вместе с тем число специалистов остается недостаточным.

Кроме этого среди населения необходимость обращения к такого рода специалистам еще не осознана.

В акушерской практике выделяют группы риска, которые требуют повышенного внимания во время беременности и родов, а еще лучше, когда оздоровление пациентки проводится до родов.

Для большинства заболеваний осуществима диагностика в ранние сроки беременности и предотвращение рождения больных детей.

Группы риска беременных в отношении развития врожденной и наследственной патологии:

- угроза прерывания беременности в I триместре,
- возраст беременной - старше 35 лет,
- бесплодие в анамнезе,
- невынашивание беременности,
- наследственные заболевания в семье,
- наличие в семье ребенка с врожденными пороками развития или хромосомной патологией,
- кровнородственный брак,

- вирусные инфекции в ранние сроки беременности,
- неблагоприятные экзогенные факторы.

В качестве скрининговых методов используются:

- ультразвуковое исследование в 10-13, 20-23 и 30-32 недель беременности (возможность заподозрить и выявить пороки развития);

- определение уровня биохимических маркеров в крови беременной, таких, как а-фетопротеин, хорионический гонадотропин и эстриол во II триместре беременности;

- определение концентрации связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А).

Во II и III триместрах плод нередко страдает вследствие осложненного течения беременности, которое приводит к развитию плацентарной недостаточности. Последняя не является специфической патологией для определенного осложнения беременности, так как к нарушению кровотока в ней приводят экстрагенитальные заболевания, гестозы, длительная угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование, вредные привычки (курение, употребление алкоголя) и пр. Плацентарная недостаточность может привести к развитию либо хронической гипоксии, либо гипотрофии плода, либо к их сочетанию.

УЗИ позволяет проводить фето- и плацентографию и, следовательно, точно определять положение плода и плаценты, срок беременности, выявлять плацентарную недостаточность.



Особого внимания заслуживает, казалось бы, хорошо изученная проблема гемолитической болезни плода и новорожденного.

Во многих развитых странах мира благодаря введению антирезус- γ -глобулина всем женщинам после любого прерывания беременности (роды, аборт, внематочная беременность) развитие гемолитической болезни у плода и новорожденного на почве резус-конфликта практически не наблюдается, заболевание диагностируется только у пациенток, приехавших из других стран. В России, к сожалению, несмотря на наличие показаний, профилактика иммуноконфликтной беременности проводится далеко не всем женщинам. Отсюда возникает проблема диагностики и терапии гемолитической болезни плода.

При ведении беременных с резус-сенсibilизацией определение титра антител показано 1 раз в месяц до 19 недель беременности и 2 раза в месяц после 20 недель; УЗИ проводится в динамике: в 20-22, 24-26 и 30-32 недели. При выявлении признаков гемолитической болезни плода его проводят с интервалом 2-3 дня.

В настоящее время во всем мире отмечается «агрессивность» при ведении родов, что выражается как в увеличении частоты кесарева сечения, так и в отсутствии разумного акушерского терпения при развитии некоторых осложнений, нередко в необоснованно раннем вскрытии плодного пузыря.

В 1979г. акушерками нашей страны была проведена большая работа по уточнению показаний к родоразрешению путем кесарева сечения при сочетании осложненного течения беременности с возрастом первородящих, превышающим 30 лет; при тазовом предлежании плода; при поперечном положении плода и наличии дополнительных осложнений.

На основании изучения течения родов, перинатальных исходов при многоплодной беременности, тазовом предлежании плода мы пришли к выводу, что операция показана при тройне, монозориальной двойне, при тазовом предлежании первого плода у первородящих, при поперечном положении второго плода и уменьшенном количестве околоплодных вод (операция на втором плоде).

В некоторых странах кесарево сечение при тазовом предлежании плода проводится у всех первородящих женщин, иногда вне зависимости от числа родов в анамнезе.

Мы полагаем, что с учетом акушерской ситуации роды при тазовом предлежании плода, особенно если оно является чисто ягодичным, безусловно, возможны через естественные родовые пути даже у первородящих женщин. Показаниями к кесареву сечению у первородящих женщин при тазовом предлежании плода являются: возраст старше 30 лет; наличие экстрагенитальных заболеваний, в том числе - ожирение; тяжелые формы гестоза; неподготовленность родовых путей при доношенной беременности; переносная беременность; масса тела плода ме-

нее 2000г или более 3600г; смешанное ягодичное или ножное предлежание; узкий таз; преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленной шейке матки; слабость родовых сил, проявляющаяся в первом периоде родов и во втором при тазовом конце, находящемся не ниже широкой части полости малого таза.

При повторных родах показания к операции определяются гораздо строже.

Повышение частоты кесарева сечения в свою очередь привело к новой проблеме - ведению родов с рубцом на матке.

Обсуждения заслуживают влагалищные родоразрешающие операции: наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за ножку.

Создается впечатление, что не всегда оправданное отношение неонатологов, педиатров к детям, извлеченным путем влагалищных акушерских операций, приводит к тому, что акушеры боятся этих вмешательств. Подобное обстоятельство, в свою очередь, привело к потере акушерской техники и неоправданной замене родоразрешающих операций на чрезвычайно травматичный для плода метод Кристеллера.

Для снижения перинатальной смертности и заболеваемости большое значение имеет организация в крупных родовспомогательных учреждениях отделений интенсивной терапии новорожденных. Эти отделения должны быть оснащены современной диагностической аппаратурой (мониторы, следящие за дыхательной и сердечной деятельностью новорожденных, рентгеновский аппарат, УЗИ, аппарат для определения кислотно-основного состояния крови) и лечебной (кюветы, дыхательные аппараты, инфузоматы) аппаратурой.

Для постоянного совершенствования качества работ в родильном доме в области перинатологии, безусловно, важным является создание отделения катамнеза, так как только прослеживание отдаленных последствий родов дает возможность определить адекватность врачебной тактики.





РОДИТЕЛЯМ ОБ ОСАНКЕ

**В.Ф. Чудимов, доцент АГМУ, Заслуженный врач РФ;
Н.И. Куропятник, д.м.н., Заслуженный врач РФ; Л.Г.
Ульянова, Н.П. Серебрякова, И.Г. Полещук, Т.Р.
Драчева – Алтайский краевой врачебно-
физкультурный диспансер, Алтайский
государственный медицинский университет**

Среди наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) в детском и юношеском возрасте прежде всего следует выделить различные виды нарушений осанки, в основе которых лежит еще преходящая деформация позвоночника и которые, по данным Петербургского детского ортопедического института им. Г. И. Турнера (1999), требуют лечения у 40% школьников старших классов.

Особой функциональной сложностью из всех структур, составляющих ОДА, обладает позвоночник. Наряду с большой крепостью и устойчивостью - свойствами, необходимыми ему для удержания тяжести всего тела при вертикальном положении, позвоночный столб является еще и чрезвычайно подвижной осью человека, состоящей из 34 позвонков со множеством суставов, укрепленных мышечным корсетом и системой коротких и длинных связок. Наиболее важными функциями системы являются крепость, устойчивость и эластичность, которые в своем сочетании должны сохранять основную форму туловища, неся на себе всю тяжесть тела при его вертикальном положении.

Формирование позвоночного столба и его функциональное совершенствование занимает весьма длительный период в жизни ребенка и заканчивается к 20-22 годам. К моменту рождения у ребенка в горизонтальном положении имеется лишь один участок с кривизной, обращенной выпуклостью кзади - это крестцово-копчиковый кифоз. Остальные физиологические изгибы начинают формироваться уже после рождения ребенка. Приподнимание и удержание головы из положения на животе способствует формированию кривизны позвоночника выпуклостью кпереди - шейного лордоза. Переход ребенка в положение сидя и сохранение этой позы способствует формированию грудного кифоза. По-

ясничный лордоз возникает под действием мышц, обеспечивающих сохранение вертикальной позы.

Для оценки качества функционирования ОДА у человека следует ввести понятие осанка. Под осанкой понимают привычную, ненапряженную позу стоящего человека. Эта поза обеспечивается оптимальным соотношением мышечной тяги и тонуса мышц плечевого пояса, шеи, таза, задних групп мышц бедер. Кроме этого, нормальную осанку формируют определяемые позвоночником положение головы, плечевого пояса и таза. Не менее важное значение в формировании правильной осанки принимают мышцы, участвующие в поддержании равновесия тела, правильность дыхания, правильность расположения внутренних органов брюшной полости и выраженность мышц брюшного пресса. **Нормальная осанка формируется к 6-7-летнему возрасту ребенка и при этом характеризуется:**

- прямым положением головы и позвоночника с совпадением их вертикальных осей (т.е. совпадением по вертикали наиболее выступающих назад точек грудного и крестцово-копчикового кифозов);
- симметричным расположением развернутых и слегка опущенных надплечий;
- симметричным и одноуровневым расположением углов лопаток, прилежащих к грудной клетке;
- симметричным положением сосков;



○ одинаковой формой «треугольников талии», основание которых образуется опущенными руками, а стороны - линией талии;

○ симметричным и одноуровневым положением реберной подвздошных костей;

○ симметричным положением ягодичных складок;

○ строго вертикальным положением остистых отростков позвоночника;

○ плоский или умеренно выпуклый живот, совпадением линии живота и линии грудной клетки;

○ одинаковой длиной нижних конечностей;

○ правильным положением стоп.

Важную роль в обеспечении функций позвоночника и его нормального развития играет рациональное физическое воспитание. Оно должно обеспечивать развитие общей и силовой выносливости мышц туловища и конечностей, создавая крепкий мышечный корсет - основу осанки. **Любое отклонение от указанных выше характеристик приводит к нарушению равновесия и является причиной изменения осанки.**

Нарушения осанки

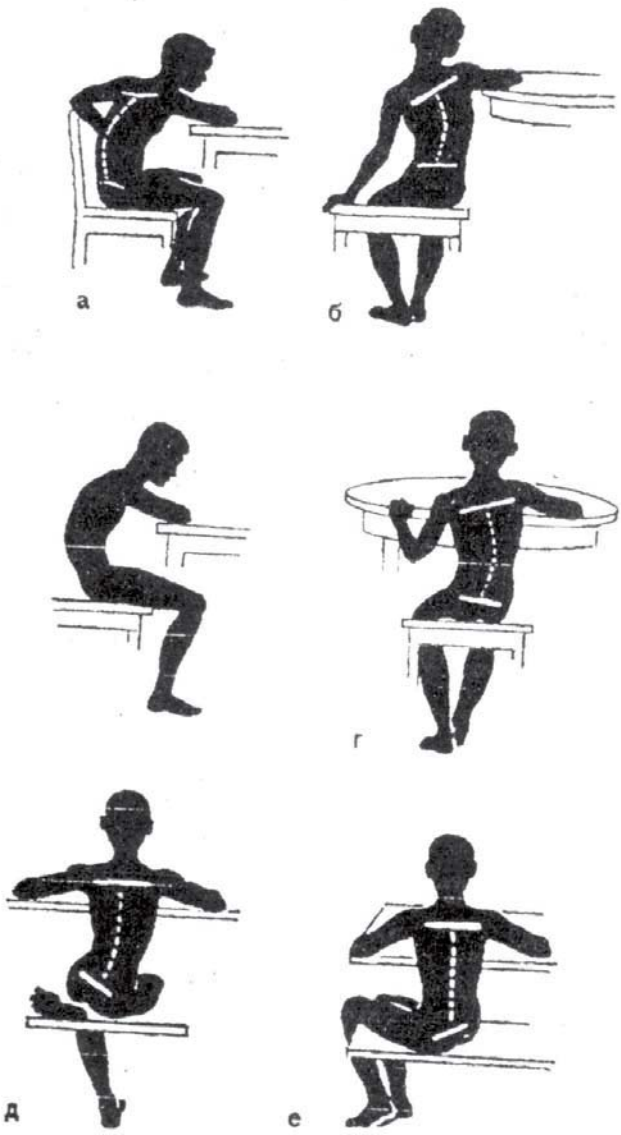
Среди факторов, ведущих к нарушению осанки, прежде всего следует выделить **длительную сидячую посадку с повернутым, наклоненным в сторону и сильно наклоненным вперед туловищем**: это наиболее неблагоприятная позиция позвоночника, при которой нагрузка на межпозвоночные диски в три раза больше, чем в положении стоя. **Следует отличать нарушения осанки от сравнительно часто наблюдающихся у здоровых детей порочных установок.** Если первое - это серьезное, требующее длительного лечения состояние, то второе - привычка, требующая сравнительно простых лечебных мероприятий. Привычка не обязательно перерастает в деформацию, но достаточно часто ей способствует, особенно у детей, имеющих врожденную неполноценность соединительной ткани, входящей в состав кожи, связок и т. п.

Наиболее часто нарушения осанки проявляются тем, что позвоночник слегка искривляется вбок при утомлении мышц спины; после отдыха искривление исчезает. **Со временем искривление делается постоянным,** изменяется осанка больного, резко ухудшается подвижность позвоночника, и всякое физическое напряжение становится утомительным.

Чтобы проверить у вашего ребенка осанку, необходимо раздеть его и внимательно осмотреть, выявляя при этом асимметрию надплечий, лопаток, треугольников талии, которые образуются между свободно опущенной рукой и талией, асимметрию таза. Одним из самых простых и доступных в домашних условиях способов выявить нарушения осанки является следующая: при максимально наклоненной вперед спине отмечаются йодом точки выступающей части остистых отростков позвоночника. При выпрямлении позвоночника к остистому отростку 7 шейного позвонка (самый выступающий шейный позвонок) прикладывается свободный конец ленты или шнура либо проводится йодом средняя линия до межъягодичной складки. При правильной осан-

ке лента совпадает с отметками на спине, при наличии дефектов осанки отметки на остистых отростках отходят в сторону от средней линии.

Нарушение осанки - это еще не заболевание, а только функциональное нарушение, при котором своевременно начатое лечение ведет к нормализации тонуса мышц и коррекции этой аномалии. Напротив, отсутствие должного внимания со стороны родителей ведет к дальнейшему прогрессированию нарушения осанки, вплоть до развития серьезного, нередко требующего оперативного вмешательства - сколиоза. Кроме того, нарушения осанки приводят к неправильному функционированию внутренних органов - легких, печени, сердца, почек и отклонениям со стороны нервной системы, являясь predisposing фактором для формирования хронических заболеваний внутренних органов.



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, радикально пролеченных по поводу злокачественных забо- леваний слизистой оболочки ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ



**Григорий Михайлович ГЛИКЕНФРЕЙД,
врач-онколог отделения опухолей головы и шеи ГУЗ
«Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул**

Большинство больных с опухолями указанных локализаций получают весь комплекс специального лечения: оперативное лечение, лучевую терапию и химиотерапию.

Все эти лечебные мероприятия, хотя и направлены на выздоровление больного от злокачественной опухоли, тем не менее очень осложняют нормальное существование больного, приводя к снижению качества его жизни. Не применять их невозможно, поскольку альтернативы методам официальной медицины нет, и любая их подмена «знахарством» либо малоопробованными и, как следствие, малоэффективными, методами в различных полукommerческих-полумедицинских организациях обязательно приведёт к прогрессированию процесса и гибели больного.

Поэтому специальные методы лечения – это то «меньшее зло», которое выбирают, когда речь заходит о жизни и смерти.

Бояться лечения не нужно, поскольку любой пациент, выполняя рекомендации врача-онколога, **сможет уменьшить негативные последствия лечения и обеспечить себе достойное существование.**

В случае оперативного лечения по поводу заболеваний полости рта и глотки всё более или менее понятно, поскольку функциональные результаты зависят, в основном, от хирурга и применённого им

метода пластического замещения части удалённого органа.

Но, как уже было сказано выше, **вместе с хирургическим методом до или после операции применяются лучевая и химиотерапия.**

Первым вопросом больных, получающих и прошедших лучевую терапию, является вопрос – «как выводить радиацию». Вопрос в корне неправильный. Никакой радиации в организм человека не «закладывается», никаких радиоактивных веществ «по крови» не циркулирует. Излучение избирательно и локально воздействует на быстроделющиеся клетки, убивая только злокачественную опухоль. Но при этом повреждаются, хотя и гораздо меньше, чем опухоль, попадающие в область облучения участки здоровой слизистой оболочки. Кроме того, в месте приложения лучевой терапии в некотором количестве образуются свободные радикалы, также ненужные здоровому человеку.

При проведении химиотерапии вещества, которые убивают опухоль, – химиопрепараты вводят внутривенно или внутриартериально. За счёт своей специфической структуры они избирательно воздействуют и уничтожают клетки опухоли, расположенной на слизистой оболочке. Это именно то, чего добиваются врачи. Но ещё химиопрепараты способны вызывать различные негативные химические реакции в тка-

нях организма, а в глотке и полости рта поражают и здоровую слизистую, поскольку её клетки тоже относительно быстро делятся и поэтому тоже подвержены влиянию химиотерапии.

Таким образом, чтобы избежать или ослабить чувство комка, сухости, болей в горле и полости рта, возникающих после поражения слизистой от специальных методов лечения, нужно соблюдать ряд нехитрых правил.

○ **Первое** – необходимо регулярно, постоянно, часто (до 10 раз в день) полоскать горло и полость рта любым антисептиком. Идеально для этого, по соотношению «цена-качество», подходит настойка календулы, которая продаётся в абсолютно любом аптечном киоске. Чайная ложка настойки на стакан воды, и этот стакан за день нужно выполоскать. Во время процедуры с ослабленной, воспалённой слизистой механически удаляются и погибают все микробы, с которыми естественные механизмы очистки повреждённой оболочки справиться не могут.

○ **Второе** – сухость слизистых оболочек можно снять применением внутрь небольших порций растительного масла: по 1 чайной ложке 3-4 раза в день, проглатывать его нужно медленно, с усилием, как бы рассасывая, чтобы более равномерно смазать пораженные участки. Предпочтение следует отдавать

оливковому и персиковому маслам, поскольку они обладают наиболее выраженным эффектом.

○ **Третье**, возможно, самое важное, - нужно чётко определиться с диетой. Ни в коем случае нельзя совсем не есть, щадя горло, это приведёт к резкому ослаблению собственных защитных сил организма. Пища должна быть богата белками, жирами, углеводами и витаминами, продуктами как растительного, так и животного происхождения. Но она должна быть нейтральной. Острое, кислое, солёное, очень горячее и очень холодное следует практически полностью исключить из рациона, тогда слизистая будет меньше раздражаться и явления воспаления, главное проявление которых - боль, будут меньше.

○ **Наконец**, не стоит забывать и о возможности медикаментозного обезболивания. Но начинать всегда нужно с малого – нестероидных противовоспалительных средств, базисных препаратов группы анальгина, переходя по мере необходимости к более сильным анальгетикам. Консультацию по этому вопросу всегда можно получить в противоболевом кабинете онкологического диспансера, специализированном кабинете онколога опухолей головы и шеи, либо у онколога в поликлинике по месту жительства.

Для того чтобы улучшить общее состояние организма, ухудшение которого вызвано негативными химическими реакциями при химиотерапии, образованием свободных радикалов при лучевой терапии и часто просто собственным отрицательным психологическим настроением больного, можно применить ряд определённых лекарственных средств.

При этом желательно не увлекаться дорогостоящими импортными биодобавками, поскольку, при сомнительном эффекте, это гарантированно приведёт к повышенному расходу семейного бюджета и, как следствие, к ухудшению питания, что гораздо более важно при реабилитации больных.



Рассмотрим несколько групп препаратов, с несколькими примерами из каждой группы:

◆ **Поливитамины.** Витамины как биологические катализаторы участвуют во всех химических реакциях, происходящих в организме, тем самым обеспечивая его жизнедеятельность. Продолжительное отсутствие хотя бы одного из них приведет к тяжёлым заболеваниям, нередко оканчивающимся смертью. А в аспекте реабилитации после химиолучевого лечения их дополнительный приём просто необходим («Компливит», «Ундевит», «Ревит», либо импортные – «Центрум», «Витрум»).

◆ **Адаптогены.** Какое бы негативное воздействие ни получал человек, будь то специальные методы лечения или подтачивающая силы болезнь, адаптогены, мягко изменяя иммунологические показатели, заставляют организм интенсивнее бороться с болезнью (женьшень, элеутерококк, левзея).

◆ **Иммуномодуляторы.** Данная группа, «дёргая» в организме за определённые невидимые ниточки, способна мощно стимулировать иммунную систему, способствуя активизации собственных защитных сил организма, заставляя их более тщательно уничтожать ежесекундно образующиеся, даже в здоровом теле, злокачественные клетки (иммуномодулирующий сбор из алтайских трав).

◆ **Антиоксиданты** обладают каталитическим, селективным, ионообменным, сорбционным действиями, за счёт которых выводятся вредные вещества: соли тяжёлых металлов, токсины, свободные радикалы, повышается ферментативная и гормональная активность (витамины Е и С, провитамины А).

И, наконец, чтобы выздороветь и нормально себя чувствовать после перенесенного тяжёлого лечения, никогда не нужно забывать о душевном спокойствии. Чем меньше человек будет думать о своей давно излеченной болезни, чем меньше он будет переживать по поводу различных житейских пустяков, попытавшись вернуться к какой-нибудь трудовой деятельности (хотя бы на приусадебном участке или в садоводстве), тем более ощутимо будут уменьшаться отрицательные последствия лечения и вероятность возврата заболевания.

Из выступления президента АРОО «АСМР» Л.А. Плигиной на сестринской конференции «Качество сестринской помощи»

*«Люди неблагодарны, нелогичны и заняты собой.
Люби их, несмотря на это.
Добро, которое ты делаешь, уже завтра будет забыто.
Делай добро, несмотря на это ...»*

(из завещания матери Терезы)

18 декабря 2003 года в г.Барнауле прошла очередная сестринская конференция «Качество сестринской помощи», на которой присутствовало около 500 специалистов из сестринских коллективов городских и краевых ЛПУ.

Современная медицинская сестра - это специалист, самостоятельно действующий в рамках своей специальности. Тяжелая повседневная работа по уходу за пациентами падает на плечи медсестры с базовым уровнем образования. Это самая многочисленная профессиональная группа специалистов, но сегодня есть проблема дефицита сестринских кадров (20-25% - в городских ЛПУ, а в районах и селах до - 30%). Качество ухода и качество

жизни пациента зависит как от укомплектованности сестринскими кадрами, так и от их квалификации.

Мы все прекрасно знаем, что не бывает качества медицинской помощи выше полученного образования. Именно поэтому взаимодействие образовательных учреждений с практическим здравоохранением должно быть самым тесным, продуманным и эффективным, т.к. в результате этого сотрудничества практическое здравоохранение получает грамотных специалистов. Поэтому сестринским коллективам ЛПУ во главе с главными и старшими медицинскими сестрами необходимо постоянно совершенствовать получение практических навыков студентами во

время прохождения практик на базах ЛПУ.

Совет по сестринскому делу Минздрава России в сентябре прошлого года принял решение, что в следующие пять лет должности главных и старших медсестер ЛПУ будут иметь право занимать только специалисты, имеющие повышенный уровень образования или ВСО, и получать они будут соответственно зарплату главной или старшей медсестры.

Совет Минздрава России по сестринскому делу рекомендует главным специалистам по сестринскому делу регионов активизировать работу по взаимодействию с региональными общественными профессиональными организациями. Это говорит о том, что Российская и ре-

гиональные ассоциации медицинских сестер доказали важное значение своей деятельности в законодательной сфере; в решении вопросов профориентации; медицинского образования; повышения квалификации; аттестации на квалификационную категорию; в обеспечении защиты прав медицинских работников при возникновении трудовых споров и в случаях профессиональной ответственности. Усиление общественного контроля и развитие самоуправления являются наиболее оптимальной формой взаимодействия в совместной реализации кадровой политики органов управления, учреждений здравоохранения, образовательных учреждений с общественными организациями - ассоциациями. Об этом говорится в приказе МЗ РФ № 210 от 13.07.2002г. «О концепции кадровой политики в здравоохранении РФ».

Тема сегодняшней публикации: «Особенности присвоения квалификационных категорий по специальности «Сестринское дело»

В крае активно идет аттестация средних медицинских работников, и, конечно, возникает много вопросов. Мы готовы дать консультации по вашим обращениям.

- Может ли медицинская сестра, проработавшая после окончания медицинского колледжа (училища) три года, подать заявление с просьбой присвоить ей вторую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело» без предварительного прохождения цикла повышения квалификации по соответствующей специальности?

- Да, может, так как приказом Минздрава РФ от 9.08.01г. №314 «О порядке получения квалификационных категорий» не регламентировано обязательное предварительное перед аттестацией на получение квалификационной категории прохождение курсов повышения квалификации.

Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст.63) повышение квалификации специалистов дано им как право. В соответствии с Трудовым кодексом РФ (ст.196, 197) повышение квалификации для работника предусмотрено также как право, которое он реализу-

ет путем заключения дополнительного договора с работодателем, и как обязанность для работодателя, который обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

Постановлением Правительства РФ от 04.07.02г. №499 «О лицензировании медицинской деятельности в РФ» прохождение повышения квалификации работниками определено не ранее одного раза в 5 лет как одно из лицензированных требований.

- Можно ли подать заявление в аттестационную комиссию на присвоение квалификационной категории по специальности, соответствующей совмещаемой должности?

- В соответствии с п.1.4 Положения о порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения РФ, утвержденном приказом Минздрава РФ от 09.08.01г. №314 «О порядке получения квалификационных категорий», специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как основной, так и совмещаемой должностям.

Мы талантливы!

Разрешите представить Вам Ольгу Александровну Виноградову – специалиста сестринского дела высшей категории с 30-летним стажем. 17 лет работает старшей медсестрой гинекологического отделения городской больницы №11. И вот уже около 20 лет пишет стихи. Пусть они не всегда совершенны, но льются из души и отражают все переживания, боль за пациентов, несут радость побед над человеческим недугом.

Дед Мороз пришел под утро
И сказал, чтоб не скучала:
Он проблем мешок подбросит
Посерьезней для начала.
Ну, поплачешь, все бывает,
Но зато душа взрослеет,
Только волос на макушке
Серебрится и белеет.
Что не скоро перемена,
Но зато она та-ка-я!
Хочешь, спросишь у мартышки -
Скажет, строгость соблюдая:
- Обезьяны год, а значит,
Неудачи близко к сердцу
Принимать совсем не стоит -
И минуют неудачи.
Радость эфемерна очень,
Но она во всем, чем дышишь.
Э..., ты, матушка, ведь спишь уж.
Спишь. И ничего не слышишь.

Давно ночь. И все спят
Слышно – в третьей храпят,
В пятой – сонно,
со стоном вздыхают,
А в седьмой – тишина,
Только знает сестра,
Что там плохо, и это печалит.
Редко капают кровь.
Жадный взгляд вновь и вновь.
В нем и боль, и печаль,
- И терпенье.
Только не уходи,
только ты прояви
Всю сноровку свою и уменье.
Ты - надежда сейчас,
От твоих серых глаз,
От халата - какая-то сила,
На часах пятый час...
Если Бог тогда спас,
Это ты, вероятно, прислала.





Любовь Михайловна Кудрявцева, старший лаборант высшей категории;
Татьяна Леонидовна Кинцель, фельдшер-лаборант первой категории

К лабораторному исследованию ГОТОВИТЬСЯ НУЖНО ПРАВИЛЬНО

Лабораторные исследования назначаются врачом обычно с целью установления диагноза, слежения за состоянием пациента с уже установленным диагнозом или с профилактической целью. Необходимо помнить, что на результат лабораторного анализа будет влиять не только патологический процесс, на выявление которого направлено исследование, но и сопутствующая патология и комплекс физиологических факторов, а также правильная подготовка пациента к исследованию и правильный сбор материала.

Поэтому пациент должен быть информирован о правильной подготовке к исследованию. Нормы всех биологических показателей ориентированы на состояние пациента натощак, поэтому забор материала на лабораторные исследования проводится в утренние часы.

Для определения гематологических показателей: гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ (общий анализ крови) забор крови осуществляется из пальца, как правило, лаборантом после 15 минутного отдыха (при подъеме по лестнице, быстрой ходьбе).

Концентрация гемоглобина в крови в норме у

женщин составляет 120-140 г/л, у мужчин – 130-150 г/л. После еды, при приеме лекарственных препаратов (некоторых антибиотиков, анальгетиков), а также между 17 часами вечера и семью часами утра его содержание может понижаться. Следовательно, если пациент позавтракал с утра до забора крови либо принимал накануне исследования безобидные обезболивающие лекарственные средства – значение концентрации гемоглобина, определенное лабораторией, может оказаться ниже истинного значения его для данного пациента, в случае, если бы пациент был пра-

вильно подготовлен к определению этого показателя. Повышение гемоглобина наблюдается при обезвоживании организма (рвота, обильное потоотделение); у заядлых курильщиков за счет функционального неактивного карбоксигемоглобина.

Количество лейкоцитов в норме 4-9x10⁹/л. Их повышению способствует прием пищи, тяжелая физическая нагрузка, охлаждение, эмоциональное перенапряжение, чрезмерное пребывание на солнце, менструация. Снижение – может вызвать прием антибиотиков, сульфаниламидов и др. лекарств.

СОЭ – скорость оседания эритроцитов в норме у женщин до 20 мм/г, у мужчин – до 15 мм/г. Прием бисептола, пероральных контрацептивов, витамина А повышает СОЭ. Из сказанного следует, что пациент должен информировать врача о приеме названных препаратов.

Исследование мочи на общий анализ также требует правильного сбора материала для исследования. Сбор мочи проводит сам пациент сразу после сна всю порцию в сухую чистую посуду. Перед сбором мочи проводится тщательный туалет наружных половых органов. Несоблюдение этого условия может привести к искажению результатов исследования за счет попадания выделений из половых органов в образец мочи, сдаваемый в лабораторию. ►



На фото: Нина Владимировна МОРОЗОВА, лаборант высшей категории (слева); Вера Александровна ГИЗБРЕХТ, фельдшер-лаборант I квалификационной категории (справа) МУЗ «Городская больница №11».

Сбор кала для обнаружения яиц глистов проводится самим пациентом в чистую сухую широкогорлую стеклянную посуду. Материал забирается из разных мест (всего 10-15 г). Поскольку жизненный цикл гельминтов характеризуется прерывистостью яйцепродукции, а наличие гельминтов в организме пациента определяется при обнаружении яиц паразитов, зачастую для установления диагноза необходимо многократно сдавать материал на исследование.

При исследовании кала с целью определения скрытого кровотечения за три дня до анализа следует исключить из диеты: мясо, рыбу, зеле-

ные овощи, помидоры, а также лекарства, содержащие железо, медь. Несоблюдение этих условий ведет к ложноположительному результату.

Взятие венозной крови на биохимический анализ проводится процедурной медсестрой у больного в положении сидя или лежа до проведения диагностических и лечебных процедур: операции, переливания крови, растворов, пункций, биопсий, инъекций, общего массажа тела, эндоскопии, физических нагрузок, выполнения ЭКГ, рентгеновского обследования. Последний прием пищи - за 12 часов до взятия крови, что особенно важно для таких компонентов, как: липиды, глюко-

за, мочевины. Одним из наиболее часто назначаемых биохимических исследований является исследование глюкозы в крови. Необходимо помнить, что уровень глюкозы повышается при волнении, переживаниях, стрессовых ситуациях (особенно у детей и пожилых людей). Поэтому при сдаче крови на это исследование пациент должен находиться в спокойном состоянии, иначе результат, выдаваемый лабораторией, окажется завышенным.

Подготовка необходима для исследования мочевой кислоты. Пища должна быть без высокого содержания белков и пуринов (блюда из фасоли, гороха, обильная мясная

пища). Исключить алкоголь, физическое напряжение. При несоблюдении этих условий результат будет завышенным.

За 24 часа исключить принятие алкоголя, так как это влияет на такие показатели, как: триглицериды, холестерин, липопротеиды, глюкозу, общий белок, белковые фракции, ферменты и альфа-амилаза. У курильщиков наблюдается повышение альфа-амилазы, щелочной фосфатазы, ферментов, холестерина, фибриногена; снижение: билирубина, мочевины, триглицеридов. Большое влияние на результаты биохимических анализов оказывает состояние физической активности (ее ограничение при строгом постельном режиме); психические нагрузки, стрессы, также пол, возраст, масса тела, беременность, применение наркотиков, пероральных контрацептивов.

Таким образом, если Вам предстоит обследоваться в лаборатории, необходимо знать и выполнять условия правильной подготовки. Такую информацию пациент должен получать у врача, медицинской сестры или лаборанта. Только правильная подготовка к исследованию может обеспечить достоверность результата анализа, выдаваемого лабораторией.



На фото: Наталья Ивановна ГУСТОКАШИНА, фельдшер-лаборант I квалификационной категории.



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



ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Будьте внимательны к женскому здоровью!

Планирование семьи и сохранение здоровья женщины являются важнейшими проблемами современной женщины и очень важны для каждой женщины. Только при планировании семьи возможно избежать наступления нежелательной беременности; иметь только желанных детей; регулировать интервал между беременностями; иметь желанное число детей в семье.

**Татьяна Ивановна Рыкунова, главный
акушер-гинеколог города Бийска**

Аборт не является безопасной операцией для здоровья женщины. Серьезным его осложнением являются бесплодие, рецидивирующие воспалительные процессы гениталий, которые в дальнейшем могут привести к доброкачественным и злокачественным заболеваниям молочных желез и гениталий. Во время аборта резко травмируются половые пути, и беременность, следующая за абортом, сопровождается повышенным риском самопроизвольного выкидыша, возрастанием акушерских осложнений: преждевременные роды, несвоевременное излияние околоплодных вод.

Во время аборта женщина испытывает резкое изменение психики, депрессию. Уже через несколько недель жизни в матке ребенок – это крохотный, размером с полмизинца, человек. У него ручки с пальчиками, сердце стучит, он шевелится и может испугаться. Во время аборта человек прижимает к лицу свои крохотные ручки, когда к нему приближается инструмент.

Исходя из этого, предупреждение нежелательной беременности является одним из эффективных путей сохранения здоровья и жизни женщины.

Сексуальная жизнь каждого

человека должна доставлять ему радость и быть безопасной для его здоровья.

**В результате планирования
семьи можно сохранить
до 5 млн. жизней.**

**Женщина должна знать все
методы контрацепции. Среди них
выделяют:**

- **Традиционные** –
 - барьерная, или механическая;
 - химическая, или спермициды;
 - ритмическая, или биологическая;
 - прерванный половой акт.

- **ВМК.**
- **Гормональная.**

- **Доброкачественная хирургическая стерилизация.**

Контрацепция должна отвечать следующим требованиям: высокая эффективность; отсутствие побочных эффектов на организм; отсутствие тератогенного действия; простота; обратимость.

Барьерная

Презерватив.

Противопоказания – аллергия на резину.

Преимущества: участие мужчины в планировании; простота, доступность; предохранение от заболеваний, передаваемых половым путем; профилактика рака шейки матки.

Этот метод используется в 100% у беременных женщин. Эффективность: 15-20 беременностей на 100 женщин.

Химические

Вспомогательное средство, лучше в комплексе с барьерным методом. Должны разрушать сперматозоиды в течение 60 секунд, так как уже через 40 секунд после полового акта сперматозоиды находятся в области маточной трубы.

В ряд показаний относятся: временный метод; при редких половых сношениях; в позднем репродуктивном периоде; в сочетании с ритмическим методом.

К противопоказаниям относится аллергия.

Среди коммерческих средств выделяют: наноксилал; фарматекс; стериллин; контрацептин-Т; пантексис-овал; семидид.

Ритмические

При этом методе определяется активный фертильный период. От самого короткого (индивидуально для каждой женщины) отнимаем 18 – это начало активности фертильного периода, от длинного отнимаем 11 – это конец. Например, у женщины цикл приблизительно равен 28-30 дням, то 28-18=10, 30-11=19. С 10 по 19 день цикла – это активный фертильный период, в это время и наступает беременность (эффективность: 19 беременностей на 100 женщин). ▶

▶ Прерванный половой акт

Чаще встречается в мусульманских странах. К его недостаткам следует отнести нередкое нарушение оргазма у мужчин, длительно пользующихся этим методом, а также импотенции и неврозы. Эффективность: 25 беременностей на 100 женщин.

Внутриматочная контрацепция (ВМК)

Различают инертные и медикаментозные. ВМК показаны женщинам рожавшим, в том числе кормящим матерям. Они не влияют на лактацию и не приносят вред ребенку. И рекомендованы тем женщинам, которым противопоказаны гормональные контрацептивы.

К противопоказаниям относятся:

- воспалительные заболевания гениталий;
- патологические маточные кровотечения;
- злокачественный процесс гениталий – рак;
- патологические изменения на матке;
- относительно противопоказано: подростковый возраст, высокий риск заболеваний, передающихся половым путем.

Эффективность данного метода составляет 92-96%.

Гормональная

Преимуществом этих препаратов является самая высокая контрацептивная эффективность. Кроме того, они обладают высоким лечебным эффектом. Особенно показаны женщинам с различными заболеваниями репродуктивной системы. Оральные контрацептивы – метод выбора для профилактики рака молочной железы.

Гормональные контрацептивы представлены оральными контрацептивами (ОК), инъекционными препаратами и имплантантами.

- ◆ Комбинированные (эстроген – гестагены). Они делятся на монофазные (препараты марвелон, логест, жанин, ригевидон, микрогинон, Диане) и многофазные

(препараты триквилар, тризистон, трирегол, антеовин).

- ◆ Мини-пили содержат микродозы гестагенов (препараты эксклютон, континуин, микронон, фемулен).

- ◆ Посткоитальные, содержащие гестагены, но в больших дозах. Применяются после незащищенного полового акта.

К инъекционной пролонгированной контрацепции относится Депо Провера, к подкожным имплантам – норплант.

Важное место в защите подростков от нежелательной беременности занимает посткоитальная контрацепция, так как молодежь часто вступает в незащищенные сексуальные отношения без использования средств защиты. В этом случае необходимо пользоваться: эстроген-гестагенными препаратами (4 таблетки: 2 таблетки Регевидона после незащищенного полового акта и 2 таблетки через 12 часов); ВМК (после незащищенного полового акта в течение 5 дней).

Этот метод может применяться в исключительных случаях, так как есть опасность осложнений.

Добровольная хирургическая стерилизация

Это необратимый метод, но он особенно показан женщинам, имеющим двух и более детей. Метод основан на блокировании маточных труб, выполняется методом эндоскопической операции и во время проведения кесарева сечения.

Контрацепция для возрастных групп

В подростковый период рекомендуется применять презервативы вместе со спермицидами (химические методы). С 16-летнего возраста можно применять ОК больше двух лет: трехфазные и монофазные третьего поколения. При нескольких партнерах – презерватив вместе с ОК.

До родов (репродуктивный метод) возможно применять: ОК третьего поколения – монофазные; при нескольких партнерах – презерватив вместе с ОК. При планировании беременности – три месяца барьерная контрацепция или ритмический метод.

При лактации: мини-пили; ВМК; барьерный метод + спермициды.

В зрелом возрасте, между родами: ОК до беременности; ВМК (за 6 месяцев до желаемой беременности удаляем ВМК). Три месяца ВМК + три месяца барьерная контрацепция; мини-пили; инъекционные, барьерные спермициды.

Поздний репродуктивный период (после рождения последнего ребенка): хирургическая стерилизация; имплантант; инъекции; ВМК; ОК; барьерные методы; мини-пили.

В настоящее время много прекрасных высокоэффективных методов контрацепции, грамотный подбор которых с учетом возраста, здоровья, сексуальной жизни предотвратит нежелательную беременность и рождение только желанных детей.

Подбор контрацепции – очень индивидуален, в этом вам поможет врач акушер-гинеколог женской консультации.



Школа гипертонической болезни



ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Н.Н. Пономарева, руководитель «Школы артериальной гипертонии» городской больницы №2, Ю.В. Кусидис, врач-кардиолог городской больницы №2, г.Барнаул

Занятие 4



«Если бы физические упражнения можно было бы упаковать в пилюлю, она стала бы самым чаще всего выписываемым и полезным для народа лекарством».

Р. Батлер

Организм человека изначально развивался в условиях высокой физической активности, которая сопровождала его занятия охотой, сбор плодов и ягод, возделывание земли, разведение скота и т. д.

В современном обществе люди стали вести преимущественно сидячий образ жизни. Это резко меняет настроенный на физическую работу обмен веществ в организме и приводит к возникновению многих заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых.

Физические тренировки являются одной из главных составляющих программы лечения артериальной гипертонии.

Регулярные физические тренировки приводят к снижению систолического и диастолического артериального давления (АД) на 5–10 мм рт.ст. Во время физических упражнений мелкие кровеносные сосуды, питающие кровью каждую клеточку нашего организма, расслабляются, сопротивление току крови уменьшается, и в результате снижается АД. Этот эффект сохраняется в течение многих часов после физических занятий.

По данным проведенного в США исследования, среди больных с ГБ I - II стадией, занимающихся регулярными физическими тренировками в течение 5-6 месяцев, наблюдалось снижение САД на 10–20 мм рт.ст. а ДАД на 5–10 мм рт.ст. Через 1 – 2 года регулярных занятий у всех пациентов наступило выраженное снижение АД (у части больных – до полной нормализации); что позволило некоторым из них отказаться от лекарственных препаратов.

Вот почему людям с артериальной гипертонией важно заниматься физическими тренировками. Физические упражнения также «укрепляют сердце». Сердце – это мышца. Хорошо известно, что единственный способ «укрепить» какую-либо мышцу – это заставить её работать. Чем чаще Вы пользуетесь какой-то мышцей, тем сильнее она со временем становится. И наоборот, если Вы не используете какую-то из мышц, Вы можете потратить её – она атрофируется.

Поэтому регулярные физические тренировки окажут благоприятное действие на всю Вашу сердечно-сосудистую систему.

Какое ещё влияние оказывают регулярные физические тренировки на организм человека?

- 1) Снижается склонность крови к повышенной свертываемости, тромбообразованию.
- 2) Уменьшается содержание общего холестерина в крови, ХС ЛПНП («плохого» холестерина), повышается содержание ХС ЛПВП («хорошего» холестерина).
- 3) Снижается повышенный уровень сахара крови.
- 4) Регулярные физические нагрузки тренируют нервно-сосудистый аппарат сердца. В результате реже станет пульс, уменьшится склонность сосудов к спазму, сердце будет легче «реагировать» на стрессы, резкие изменения погоды, станет менее восприимчивым к нервным перегрузкам.

5) Улучшается общее самочувствие. Человек меньше устает в течение дня, легче переносит бытовые физические нагрузки, быстрее засыпает и лучше спит.

6) Физические упражнения помогают снизить и затем контролировать массу тела.

Например, просто прогулка в течение 30 минут в день сжигает 200 кКал. За 6 месяцев Вы сможете потратить 36 400 кКал и потерять 4,5 кг, а за год – 9кг! Также доказано, что упражнения уменьшают аппетит.

При снижении массы тела при помощи диеты теряются не только жиры, но и мышечная масса.

При выполнении физических упражнений происходит потеря жиров за счет построения мышечной ткани. Увеличение мышечной массы повышает уровень основного обмена, и? соответственно, сжигается больше калорий.

Многочисленные исследования доказали, что независимо от того, каким путем Вы добились потери веса, дальнейшие физические упражнения станут лучшим способом для сохранения достигнутого результата.

7) Физические упражнения укрепляют костную ткань, снижается риск развития остеопороза.

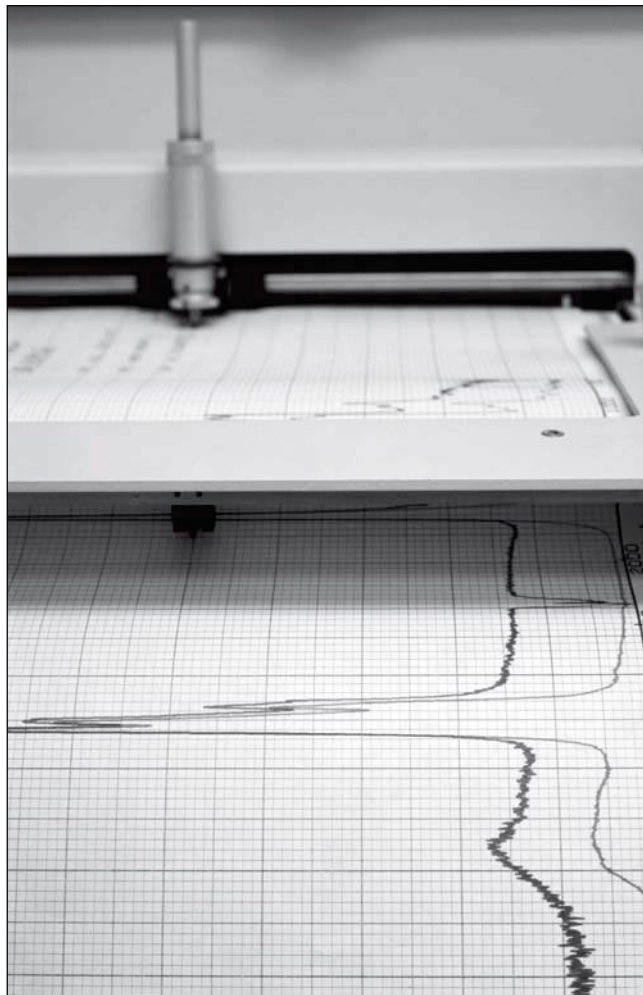
8) Кроме того, повышение физической активности повышает внимание, снижает беспокойство, повышает уровень самообладания, самооценки.

Принимая во внимание все вышесказанное, комитет экспертов Всемирной Организации Здравоохранения утверждает, что **регулярная физическая активность должна быть неотъемлемой частью образа жизни.**

Какой вид физической активности предпочесть?

Любая физическая активность становится возможной в результате мышечных сокращений. Различают два основных вида мышечных сокращений: *изотонические* и *изометрические*.

Для укрепления сердечно-сосудистой системы наиболее важны и полезны *изотонические* мышечные сокращения - физические упражнения, которые характеризуются повторяющимися движениями больших мышеч-



ных групп и требуют постоянного притока кислорода. Это такие упражнения как? ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде, занятия на тренажере, танцы, ходьба на лыжах – т.е. все, что предполагает размашистые движения тела с активным вовлечением крупных суставов.

Для выполнения *изометрических* упражнений требуется меньше кислорода. Это такие упражнения? как прыжки, метания, подъем штанги, силовые упражнения и др. Они могут быть излишне нагрузочными для сердца, т.к. повышают артериальное давление. Поэтому гипертоникам нужно ограничивать объем изометрических упражнений.

Физическая активность необходима не только тем, кто занят сидячей работой и живет в городе. Ручной труд в сельской местности часто связан лишь с нагрузкой на отдельные группы мышц (изометрические упражнения). Кроме того, даже если нагрузка сохраняется в течение нескольких часов, *ее интенсивность может быть недостаточной для тренировки сердечно-сосудистой системы.*

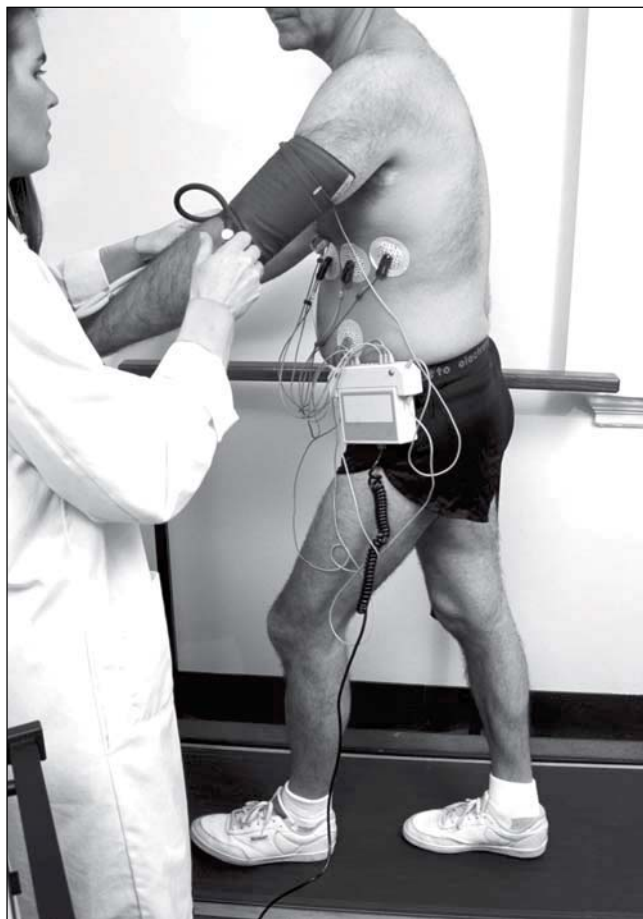
В многочисленных исследованиях доказано, что наиболее безопасным, эффективным и физиологическим видом физической активности является ходьба.

Какова должна быть продолжительность, интенсивность и частота занятий тренировочной ходьбой?

Для эффективной тренировки сердечной деятельности занятия должны быть по продолжительности не менее 30 минут. Если Вы приступаете впервые к занятиям или после долгого перерыва, начните с занятий по 10 минут и постепенно увеличивайте их продолжительность на 5 минут каждые две недели.

Идеальная частота занятий – 3-5 раз в неделю. Проведение менее двух занятий в неделю неэффективно, а более 5 – не дает никаких дополнительных результатов с точки зрения контроля гипертонии. Занимаясь реже, нужно тренироваться дольше (30 – 60 мин.) а, занимаясь чаще, можно сделать тренировки короче. Если Вы вели малоподвижный образ жизни, начните с одного – двух раз в неделю и постепенно увеличьте до трех и более раз.

Необязательно специально выделять время для тренировок. Достаточно, например, выходить на 1 – 2 остановки раньше, возвращаясь с работы домой, и проходить это расстояние в нужном темпе или ежедневно гулять с собакой.



Как же определить темп ходьбы (интенсивность физической тренировки)?

Он определяется частотой сердечных сокращений, которую Вы развиваете при ходьбе. Тренирующая частота сердечных сокращений рассчитывается индивидуально для каждого человека по формуле: $(220 - \text{возраст}) \times 0,5 \dots 0,75$. Вы получите интервал пульса. Например, от 86 до 126. Это значит, что во время ходьбы Ваш пульс должен быть не меньше 86 и не больше 126.

Как еще можно оценить интенсивность выполняемой Вами нагрузки? По своему самочувствию. Если во время тренировки у Вас появилась одышка, и Вы начинаете покрываться обильным потом, значит, нагрузка слишком большая для Вас.

Простой тест Американской Ассоциации Кардиологов позволяет провести оценку интенсивности ходьбы.

● Если Вы достаточно свободно разговариваете во время ходьбы – это оптимальный темп ходьбы.

● Если Вы можете петь – темп ходьбы мал и не оказывает тренирующего влияния на сердечно-сосудистую систему.

● Если Вы не можете разговаривать – замедлите шаг, т.к. темп ходьбы способствует перегрузке в работе сердца.

Обязательное требование для физических тренировок – их хорошая переносимость.

Если во время тренировки появились головокружение, одышка, холодный пот, боль в грудной клетке, нужно остановиться, отдохнуть, при необходимости обратиться за медицинской помощью.

После тренировки также необходимым требованием является отсутствие симптомов недомогания, плохого самочувствия, головной боли, боли в мышцах и суставах, нарушения сна. Если у Вас наблюдаются перечисленные симптомы, значит, физическая нагрузка была для Вас чрезмерной.

Составьте индивидуальный план физических тренировок и следуйте ему.

Не ожидайте немедленного результата: снижения артериального давления в покое можно ожидать только через 4-8 недель. Дальнейшее снижение давления наблюдается у больных с повышенной массой тела, которые продолжают «сбрасывать» вес. Как отмечалось выше, предполагаемое снижение систолического и диастолического АД в покое составляет 10–15 и 5-10 мм рт.ст. соответственно.

Запомните правила физических тренировок:

1) Физические тренировки должны быть обязательно регулярные и желательно на свежем воздухе.

2) Очень полезна дозированная ходьба. Это один из лучших и достаточно эффективных видов физической активности при гипертонической болезни.

3) Необходимо начинать с малых нагрузок, постепенно увеличивая время, дистанцию и темп ходьбы. Старайтесь гулять не менее 30 минут в день. Следите за своей частотой сердечных сокращений. ►

4) При появлении во время тренировки головокружения, неприятных ощущений в области сердца, выраженного сердцебиения или сильной одышки необходимо остановиться и отдохнуть. Это явление перегрузки. Следует прекратить физическую тренировку и уменьшить нагрузку на следующий день. Избегайте соревновательного вида тренировок.

5) Не рекомендуется начинать тренировку сразу после еды. Лучше через час после приема пищи или натощак.

6) Избегайте физических занятий на морозе, в холодную, ветреную или очень жаркую погоду.

7) При плохом самочувствии не приступайте к физическим нагрузкам.

8) После физических тренировок не следует принимать слишком горячих или холодных ванн.

Пациенты с артериальной гипертонией 1 степени могут добиться снижения артериального давления с помощью только изменения двигательной активности.

Пациенты с более высокими показателями артериального давления должны принимать лекарственные препараты для стабилизации давления, прежде чем начать тренировки. Через несколько месяцев регулярных тренировок вполне вероятно, что они смогут снизить дозу принимаемых лекарств или вообще отказаться от них.

Несколько предложений...

- Вместо лифта пользуйтесь лестницей.
- Вместо того, чтобы ездить по магазинам на машине, ходите пешком.
- Ходите на работу и с работы пешком.
- Паркуйте машину подальше от офиса.
- Ездите на работу на велосипеде.
- Наслаждайтесь активным отдыхом со своей семьей: играйте в коллективные игры на пляже, в парке, в лесу.
- Танцуйте.
- Занимайтесь домашними делами, например, уборкой квартиры, с большой энергией.

Мы под микроскопом Сказочная машина - ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ТЕЛО

Печень – наша химическая лаборатория – занимает под правым куполом диафрагмы все подреберье. У здорового человека не спускается ниже края нижнего ребра справа. Вырабатывает необходимые для нормальной работы организма субстанции, нейтрализует продукты об-

мена и токсины, в ней запасается энергетическое вещество гликоген – топливо для организма.

Резервуар для желчи – желчный пузырь. Там ее может храниться до 0,4л. Желчь способна растворять жиры точно так же, как самое сильное моющее средство. И это при том, что более чем на 95% она состоит из воды. Желчь необходима для переваривания пищи.

200 литров жидкости в день пропускают через себя **почки**. После

очистки из организма выводится лишь смесь воды и солей. Супер-фильтры ценны для организма, поэтому он защищает их «подушками» из жировой ткани.

В левом подреберье расположена **селезенка** – «кладбище клеток крови». В ней разрушаются отслужившие свое эритроциты, тромбоциты, лейкоциты. Здесь же молодые лейкоциты «учатся» бороться с инфекцией.

Хоть эта кишка и называется **двенадцатиперстной**, но ее длина в точности не равна ни длине, ни толщине 12 пальцев – просто такое название. Она играет важную роль в процессе переваривания пищи.

Желудок похож на бело-розовый мешочек, сверху и снизу «вышитый» красными кровеносными сосудами. Находится он между селезенкой и печенью, вверху и больше слева. Прямо под ним располагается поджелудочная железа, по форме и цвету напоминающая кукурузный початок. У нее две задачи: выработка инсулина – гормона, регулирующего уровень сахара в крови, - и производство пищеварительных соков.

6-7 метров длина **тонкой кишки**. А ее площадь из-за сложного рельефа – кишка свернута петлями – составляет 200 м² (размер теннисного корта). Здесь пища продолжает перевариваться, продвигаясь от «входа» к «выходу». Из нее извлекается 90% питательных веществ.

Стоматологический центр

Улыбка

- *ЛЕЧЕНИЕ И РЕСТАВРАЦИЯ
- *ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА
- *ОСВЕТЛЕНИЕ ЗУБОВ
- *ВСЕ ВИДЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, в том числе БЮГЕЛЬНОЕ

Улица Песчаная, 89.
Телефоны: 23-64-78, 62-42-48

*Гарантия.
Качество.*

Лиц. Г 307932 от 17.02.2001 г.



00022



20 февраля 2004 года в Москве в бизнес-центре гостиницы «Украина» состоялась презентация нового проекта Никиты Джигурды, «Раздвигая горизонты»

- Я никогда не ставил перед собой цель подражать Высоцкому, говорит Джигурда. Продолжать - да. Раздвигать горизонты сознания до понимания того, что окружающий мир - только отражение внутренних процессов, происходящих в человеке, писать о том, о чем Он не

успел написать, и петь ради того, чтобы как можно больше людей захотели и стали «стелить поля Любви» - все это было, остается и будет моей сверхзадачей, несмотря на некоторую идеалистичность вышесказанного.

«Пошли мне Господь второго, чтоб вытянул петь со мной», «Другу передоверивши чашу, сбегу, смог ли он ее выпить - узнать не смогу», «И сегодня другой над помостом идет»...

Для меня эти строчки, спетые Владимиром Семеновичем, стали после 1980 года реальным стимулом к действию. Проходя свои «четыре четверти пути», я понял глубинный смысл этого образа. Люди, помимо физического, проходят и духовный путь: от начальной стадии, когда человек считает себя животным и греховным созданием, до отождествления человеческого рода и каждого человека с Творцом. Мы все - частички Творца, вмещающие в себя всего Создателя. Но не каждый знает и чувствует это. Пока не каждый... Многие из нас - реальные канатоходцы из песни Высоцкого, многие - потенциальные. И никуда нам не деться от самосовершенствования на духовном пути. С чем я нас всех и поздравляю.

Я от души признателен и благодарен за поддержку моим друзьям - Олегу Ахундову, Александру Васюкову, Юрию Тихомирову и его компании «Вега-Медиа. Спасибо вдохновившим меня на создание этого альбома - Ядвиге Михайловой (моей маме), Виктору Кравчуку (папе), Сергею Джигурде, Сергею Михайлову, Татьяне Самохиной, Владимиру Корецкому, Николаю Богайчуку, Михаилу Трифонову, Анатолию Белову, Михаилу Кукушкину.

С генеральным продюсером проекта - Вадимом Козловым - нас роднит давняя творческая дружба. Благодаря ему в 1992 году вышел мой первый CD. А вот теперь, почти через двенадцать лет, мы снова с удовольствием поработали вместе.

Еще раз спасибо всем.

Никита Джигурда

Февраль 2004 года

