

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Июнь - месяц детства!

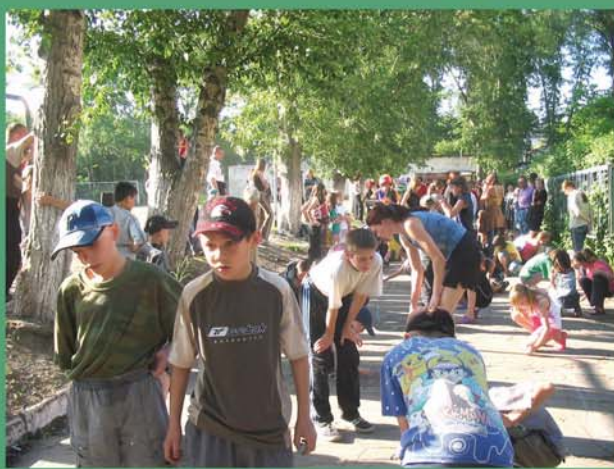
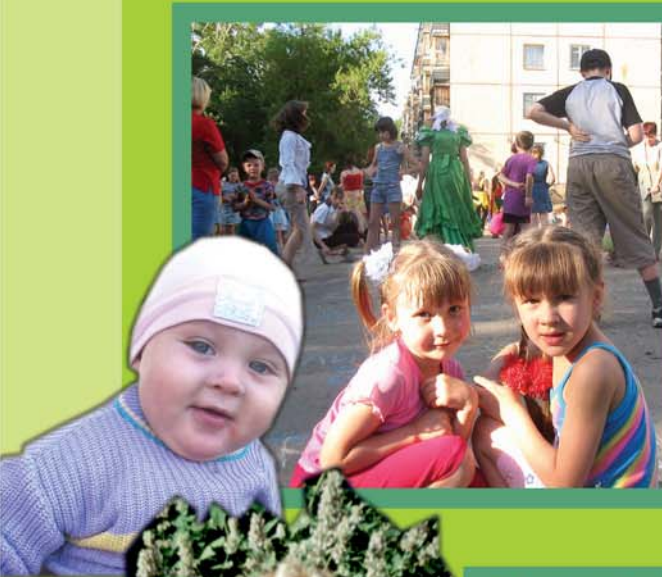


№ 6 (1 8) И Ю Н Ь 2 0 0 4

ОТ РЕДАКТОРА ИЮНЬ НАСЫЩЕН СОБЫТИЯМИ

Первый день месяца праздник детства.

Наш журнал встречал его вместе с барнаульскими жителями домов по ул. Островского и микрорайона «Западный». Конкурсы - "Рисунок на асфальте", "Лучшая бабушка", конкурс автолюбителей; подвижные игры, великолепные концерты, призы. Через такие праздники мы привлекали внимание к темам, волнующие жителей: вопросы медицинского и социального обследования, реализации программы по формированию здорового образа жизни, семейной политики в крае.



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

Фото на обложке
Яны Павелковской-Джигурды

Подписано в печать
24.06.2004г. Печать офсетная.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

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

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

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618**

Содержание

Рассеянный склероз	2-3
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья	4
Государственные пособия гражданам, имеющим детей	5-6
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ И ОБСЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ В КГУЗ «ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АЛТАЙСКОГО КРАЯ».....	7-8
Бородавки	9
Описторхоз - болезнь можно победить!	10-13
БРОНХИТ-ШКОЛА. Опыт работы бронхит-школы	14-15
Мир и медицина	16
Приезжайте к нам снова!	17-18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Барнаулский базовый медицинский колледж: «Мы гордимся своей работой!» Стеноз гортани	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Десять заповедей будущей мамы	23-24
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Приступы раздражения. Особенности детского массажа.	25-28
В лес за травами	29
Пищевые добавки: вред или польза?	30
Пародонтит не устоит	31
Теперь сосуды лечит... Лазер	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Элексиры бодрости	33-34
Ни дня без соков	35
Мир и медицина	36
ШКОЛА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: Стресс и гипертоническая болезнь	37-40

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ



Рассеянный склероз (синоним: множественный склероз) – это хроническое, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое проявляется многоочаговой неврологической симптоматикой и имеет волнообразное течение. Рассеянный склероз относится к группе демиелинизирующих заболеваний, основным патологическим проявлением которых служит разрушение миелина, который способствует увеличению скорости проведения нервного импульса.

Григорий Иосифович Шумахер, зав. кафедрой неврологии АГМУ, врач высшей квалификации, д.м.н., профессор

История изучения рассеянного склероза берет свое начало во второй половине XIX века, когда французский патологоанатом Ж.Крювелье описал «пятнистый», или «островковый» склероз. Приоритет описания клинической картины рассеянного склероза принадлежит Ж.Шарко (1868г.), который характеризовал заболевание как сочетание двигательных, координаторных и зрительных расстройств.

Эпидемиология

В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн. больных рассеянным склерозом. Выделяют три зоны, различающиеся по показателю распространенности заболевания. Зона высокого риска – распространённость более 50 случаев на 100 000 населения - включает северную Европу, северные районы США, юг Канады, юг Австралии. В зону среднего риска (10-50 случаев) входят южная Европа, юг США, северная Африка и остальная территория Австралии. Зона низкого риска – менее 10 случаев на 100 000 населения – большинство регионов Центральной и Южной Америки, Азии, Африки.

В России наиболее высокие показатели регистрируются в северных, северо-западных и западных районах, где частота заболевания варьируется от 30 до 70 случаев на 100 000 населения.

Этиология

В настоящее время рассеянный склероз определяют как мультифакторное заболевание. Под этим понимается участие как внешних, так и

наследственных факторов.

Убедительно доказано наличие генетических факторов предрасположенности к рассеянному склерозу. В семьях больных риск второго случая заболевания в разных этнических группах - в 4-20 раз выше, чем в данной популяции в целом. Эпидемиологические и генетические исследования выявили связь между риском развития рассеянного склероза и определенными изменениями в хромосомах, обуславливающих своеобразный иммунный ответ у данного индивидуума.

Однако для их реализации необходимы внешние факторы. К ним относятся:

◆ **различные вирусы (кори, краснухи, герпеса) и бактерии**, способствующие развитию воспалительно-аутоиммунного процесса в ЦНС и разрушению миелина. Большое внимание уделяется участию латентной вирусной инфекции, в том числе и условно-патогенных для человека вирусов, которые подавляют иммунную систему организма;

◆ **различные экзо- и эндогенные факторы**, влияющие на общий иммунитет. Среди этих факторов особое значение могут иметь травмы головы, стрессы, физическое и психическое перенапряжение, операции. Предполагается, что большое влияние на иммунологические и биохимические процессы в ЦНС имеют особенности питания. Преобладание животных жиров и белков может быть одним из дополнительных факторов риска развития рассеянного

склероза. Не исключается дополнительное патологическое влияние экзотоксинов, в частности красок, органических растворителей, продуктов нефтепереработки.

Клинические проявления

Как правило, клинические симптомы рассеянного склероза проявляются у лиц молодого возраста (от 18 до 45 лет). Первыми симптомами заболевания часто бывают ретробульбарные невриты, проявляющиеся снижением остроты зрения, ощущением нечеткости изображения, пелены перед глазами, переходящей слепотой на один или оба глаза. Заболевание может начинаться с глазодвигательных расстройств (двоение, косоглазие), неврита лицевого нерва, мозжечковых нарушений (пошатывание при ходьбе), слабости в конечностях.

Прогрессирование рассеянного склероза приводит к поражению других отделов ЦНС и возникновению новых симптомов. Уже в начальных стадиях характерна повышенная утомляемость (синдром «хронической усталости»). В более поздних стадиях появляются психопатологические изменения в виде эмоциональной неустойчивости, эйфории или депрессии, раздражительности, вялости, апатии, снижения интеллекта различной степени вплоть до деменции.

В целом клинические проявления рассеянного склероза могут быть разделены на семь основных групп:

1. невриты зрительных нервов со снижением остроты зрения;

2. нарушение функции черепных нервов, чаще всего с развитием глазодвигательных расстройств или неврита лицевого нерва;

3. поражение мозжечка в виде нарушения координации движений;

4. поражение двигательной системы с парезами и параличами;

5. нарушение чувствительности;

6. нарушения функции тазовых органов, задержка или недержание мочи;

7. нейропсихологические изменения, ослабление памяти, эйфория или депрессия, синдром хронической усталости.

Течение

У **85-90%** больных заболевание имеет волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Тяжесть поражения нервной системы и темпы развития необратимых симптомов значительно варьируют у разных больных. Возможны как случаи «мягкого», «благоприятного» течения заболевания с периодами ремиссий или стабилизации на десятки лет, так и быстротекущие варианты.

Различные изменения в организме могут являться факторами, провоцирующими обострение заболевания. Часто в этой роли выступают инфекции, психогенные стрессы, травмы, переохлаждение и физическое перенапряжение, операции (особенно под наркозом), воздействие токсинов и радиации. Многолетние динамические наблюдения за больными женщинами с рассеянным склерозом в разных странах Европы показали, что беременность и роды не влияют на кратковременный и долгосрочный прогноз при заболевании, а у многих больных вызывают развитие стойкой длительной ремиссии.

Диагностика рассеянного склероза основывается на результатах клинического обследования и данных магнитно-резонансной томографии.

Лечение

В настоящее время разработаны схемы лечения рассеянного склероза, направленные на купирование и предупреждение обострений, а также симптоматическая терапия. При обострении заболевания препаратами выбора являются кортикостероиды. Наиболее эффективными в настоящее время считаются ударные дозы кортикостероидов (пульс-терапии), когда эффект достигается внутривенным введением больших доз препаратов за короткий отрезок времени. Такое лечение проводится только в стационаре.

Новым направлением патогенетической терапии рассеянного склероза является предупреждение последующих обострений заболевания методами длительной иммунокоррекции. Использование интерферонов в лечении рассеянного склероза стало одним из наиболее значимых достижений в области изучения этого заболевания в последние годы.

Наиболее эффективным оказался в-интерферон. Клинически это проявляется уменьшением количества обострений и замедлением прогрессирования заболевания.

Другим препаратом, уменьшающим количество обострений при ремитирующем течении рассеянного склероза, является **копаксон**.

Симптоматическая терапия направлена на стимуляцию работы поврежденной нервной ткани и активизацию деятельности здоровых нервных клеток. Этому разделу терапии рассеянного склероза в настоящее время уделяется все больше внимания, особенно при стабилизации заболевания. Симптоматическая терапия проводится в тесной связи с медико-социальной реабилитацией больных и во многих случаях имеет большое влияние на состояние больного рассеянным склерозом и на течение заболевания.

Важным аспектом симптоматической терапии рассеянного склероза является снижение патологического мышечного тонуса. Для этого назначают миорелаксанты (сирдалуд, баклофен, мидокалм), иглорефлексо-терапию, точечный массаж, методы физической релаксации. Доза препаратов подбирается индивидуально.

Новый сильнодействующий метод – инъекции ботулин-токсина. Этот метод требует осторожности и специальных навыков, но является наиболее сильным средством, эффективным даже при развитии спастических контрактур. В некоторых случаях, при умеренном повышении мышечного тонуса, эффективны сеансы гипербарической оксигенации (ГБО). В ряде случаев сеансы ГБО способствуют уменьшению выраженности нарушений функций тазовых органов.

Для коррекции дисфункции вегетативной нервной системы назначают вегетотропные средства, при головок-



ружениях – **бетасерк или стугерон**.

К симптоматическим средствам следует отнести **метаболическую терапию**, способствующую регенерации пораженной нервной ткани. Курсы метаболической терапии проводятся больным рассеянным склерозом **один раз в 4-6 месяцев** (церебротропин, эссенциале, глицин, ноотропил, энцефабол, витамины группы В, витамины Е и С, глутаминовая кислота). Показаны ЛФК, массаж (при низком мышечном тоне).

Профилактика и прогноз

Больные рассеянным склерозом должны избегать инфекций, интоксикаций, переутомления. При появлении признаков общей инфекции необходимы соблюдение постельного режима, назначение антибактериальных препаратов, десенсибилизирующих средств. Целесообразно ограничение тепловых процедур, противопоказана гиперинсоляция. При рассеянном склерозе рекомендуется сохранять максимальную активность во всех областях жизнедеятельности, если эта активность соответствует возможностям больного и исключает частые физические и психические перегрузки. Больной рассеянным склерозом должен как можно активнее участвовать в жизни общества, а изоляция неблагоприятно влияет на течение заболевания, особенно на частоту его осложнений.

Именно такие изменения в методах ведения больных, нейрореабилитация в сочетании с современными методами патогенетического и симптоматического лечения изменили клиническую картину заболевания, и у многих больных отмечается благоприятная форма течения заболевания с длительными ремиссиями.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ с нарушенным состоянием здоровья

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



Вакцинация детей с бронхиальной астмой

Иммунизацию проводят детям с atopической формой бронхиальной астмы легкой и средней тяжести течения, в редких случаях (по эпидпоказаниям) - больным с тяжелым течением основного заболевания.

Иммунизации не подлежат дети, находящиеся в астматическом статусе.

В зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы и продолжительности ремиссии выделяют четыре группы больных, которые могут быть вакцинированы.

I группа. Дети с неустойчивой ремиссией заболевания (до 1 месяца), с наличием легких и умеренно выраженных явлений бронхоспазма, с нарушением вентиляционной функции легких (по данным спирографии и пневмотахометрии) могут быть иммунизированы АДС и АДС-м препаратами, противогриппозной, противополиомиелитной вакцинами и вакциной против гепатита В в условиях стационара (если находятся там на лечении) или в кабинетах по иммунопрофилактике.

II группа. Дети в стадии ремиссии от 1 до 2 месяцев.

Вакцинируются теми же препаратами в кабинетах по иммунопрофилактике. Таких детей можно вакцинировать ЖКВ, ЖПВ (живая паротитная вакцина), вакциной против краснухи, БЦЖ, АКДС и против гепатита В.

III группа. Дети с ремиссией заболевания от 3 до 6 месяцев и дети с ремиссией заболевания 7 и более месяцев после последнего приступа.

IV группа. Вакцинируются по графику участковыми педиатрами, а также фельдшерами ФАПов.

Способы медикаментозной терапии. Вакцинация проводится на фоне лечения основного заболевания с учетом опыта врача-аллерголога и в соответствии с методическими рекомендациями по лечению аллергических заболеваний.

Предлагаем один из ее вариантов.

I группа:

○ задитен (кетотифен) в возрастной дозировке 2 раза в день в течение 1 месяца до вакцинации и в течение 1,5-3 месяцев после вакцинации либо интал или тайлед в течение 1 недели до и в течение 1,5-3 месяцев после вакцинации (на весь вакцинальный период);

○ один из антимедиаторных препаратов (фенкарол, тавегил, перитол, диазолин) в возрастной дозировке 3 раза в день в течение 5-6 дней до и 5-6 дней после вакцинации (при вакцинации ЖКВ и ЖПВ и против краснухи - 10-12 дней после вакцинации). Эти препараты могут быть заменены современными антимедиаторными средствами пролонгированного действия (кларитин, кестин и др.), которые назначаются

в другой дозировке; витаминные препараты (витамины В5, В6, В15) назначаются 2 раза в день в течение 1-2 недель до и 3-4 недель после вакцинации; при наличии явлений бронхоспазма в течение 3-4 дней до и 5-6 дней после вакцинации назначается эуфиллин из расчета 4 мг/кг массы тела 2-3 раза в день или другие бронходилататоры в возрастной дозировке. При введении ЖКВ, ЖПВ и вакцины против краснухи эти препараты в поствакцинальном периоде можно назначить на период до 2 недель. Если медикаментозная подготовка не может быть проведена до вакцинации, то лекарственные препараты назначают с момента проведения прививки.

II группа:

○ задитен (кетотифен) или интал (тайлед);
○ один из антимедиаторных препаратов 2 раза в день;
○ один из витаминных препаратов.

Длительность применения и дозировка - такие же, как для больных I группы.

III группа:

○ один из антимедиаторных препаратов - 2 раза в день;
○ один из витаминов группы В - 2 раза в день. Длительность применения, как для больных I группы.

IV группа:

○ один из антимедиаторных препаратов 2 раза в день по вышеприведенной схеме.

В случае отказа родителей от медикаментозной терапии вакцинация может быть проведена без нее.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПОСОБИЯ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ДЕТЕЙ

Татьяна Сергеевна Абакумова, председатель комитета
по социальной защите населения администрации г.Барнаула

Система государственных пособий гражданам, имеющим детей, в совокупности с другими социальными гарантиями (выплаты социального характера, различного рода льготы, налоговые вычеты в связи с наличием детей, социальное обслуживание семьи и детей) формирует систему социальной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства и обеспечивает прямую материальную поддержку семьи в связи с рождением и воспитанием детей.

В соответствии с Федеральным законом «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» право на ежемесячное пособие имеет один из родителей (усыновитель, опекун, попечитель) на каждого ребенка, рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) и проживающего совместно с ним ребенка до достижения им шестнадцати лет (на учащегося общеоб-



разовательного учреждения - до окончания им обучения, но не позднее, чем до достижения им восемнадцати лет).

Для назначения ежемесячного пособия на ребенка в органы социальной защиты населения представляют:

- заявление о назначении ежемесячного пособия на ребенка;
- копию свидетельства о рождении;
- справку с места жительства ребенка о совместном его проживании с родителем (усыновителем, опекуном, попечителем);
- справку об учебе в общеобразовательном учреждении ребенка старше шестнадцати лет;
- декларацию о доходах семьи (заполняется лично гражданином по установленной форме).

Для назначения пособия на ребенка, находящегося под опекой, дополнительно представляются:

- выписка из решения органов местного самоуправления об установлении над ребенком опеки (попечительства);
- справка из органов образования о неполучении денежного содержания на ребенка.

Социальные гарантии женщинам-матерям

Пособия по беременности и родам выплачиваются за период отпуска по беременности и родам продолжительностью семьдесят (в случае многоплодной беременности - восемьдесят четыре) календарных дней до родов и семьдесят (в случае осложненных родов - восемьдесят шесть, при рождении двух и более детей - сто десять) календарных дней после родов.

Для назначения и выплаты пособия по беременности и родам: женщинам, подлежащим социальному страхованию, представить листок нетрудоспособности.

Женщинам, уволенным в связи с ликвидацией предприятий, учреждений и других организаций, в течение 12-ти месяцев, предшествовавших дню признания их в установленном порядке безработными, - заявление о назначении пособия по беременности и родам, листок нетрудоспособности, выписку из трудовой книжки о последнем месте работы, заверенную в установленном порядке, и справку из органов государственной службы занятости о признании их безработными. Пособия выплачиваются из средств Фонда социального страхования РФ.

Женщинам, обучающимся с отрывом от производства в образовательных учреждениях начального, среднего, высшего профессионального образования, в учреждениях послевузовского профессионального образования, пособия выплачиваются из средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, выделяемых в установленном порядке образовательным учреждениям на выплату стипендий.

Женщинам, проходящим военную службу по контракту, службу в качестве рядового и начальствующего состава в органах внутренних дел, необходимо предоставить медицинскую справку установленной формы. Пособия выплачиваются за счет средств федерального бюджета, выделяемых в установленном порядке федеральным органам исполнительной власти, в которых законодательством Российской Федерации предусмотрены военная служба, служба в качестве лиц рядового и начальствующего состава в органах внутренних дел.

Социальные гарантии семьям с детьми-инвалидами

Согласно закону «О социальной защите инвалидов в РФ», семьям с детьми-инвалидами предоставляется скидка в размере 50% с квартирной платы (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, - со стоимости топлива, приобретенного в пределах норм, установленных для продажи населению. Санаторно-курортные путевки детям-инвалидам и сопровождающим их лицам выдаются органами здравоохранения по месту жительства ребенка. Талоны выдаются органами социальной защиты населения также по месту жительства ребенка.

Ребенку-инвалиду и сопровождающему его лицу предоставляется право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно.

Детям-инвалидам в возрасте до 18 лет отпускаются бесплатно в соответствии с законодательством РФ и субъектов РФ.

Одному из родителей (опекуну, попечителю), воспитывающему ребенка-инвалида, выдается листок нетрудоспособности на весь период санаторного лечения (с учетом времени на проезд).

Дети-инвалиды и их родители (опекуны, попечители, усыновители) пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования городского сообщения, кроме такси.

Одному из работающих родителей (опекуну, попечителю, усыновителю) предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых дня в календарном месяце для ухода за ребенком-инвалидом до достижения им 18-летнего возраста по его заявлению за счет средств фонда социального страхования.

Документы, необходимые для выделения дополнительных выходных дней:

- заявление;
- справка органов социальной защиты об инвалидности ребенка с указанием, что ребенок не содержится в специализированном детском учреждении на полном государственном обеспечении (справка предоставляется ежегодно);
- справка с места работы другого родителя о том, что на момент обращения дополнительные дни в этом же календарном месяце не использованы (справка предоставляется при обращении).

Суммирование дней, предоставляемых для ухода за ребенком-инвалидом, в течение года или присоединение их к очередному или дополнительному отпуску не допускается.

Дополнительные дни, предоставленные, но не использованные в календарном месяце работающим родителем в связи с болезнью, предоставляются в этом же месяце при условии окончания временной нетрудоспособности в указанном календарном месяце.

Матерям детей-инвалидов и инвалидов с детства, воспитывавшим их до 8 лет, назначается пенсия по старости по достижении 50 лет и при общем трудовом стаже не менее 15 лет. В общий трудовой стаж включается также время ухода за ребенком в возрасте до 18 лет.

Время ухода за ребенком-инвалидом устанавливается органами социальной защиты на основании:

- заявления и паспорта лица, осуществляющего уход;
- документов, удостоверяющих факт и продолжительность нахождения ребенка на инвалидности, его возраст.

Смерть ребенка после достижения восьмилетнего возраста не лишает мать права на указанную пенсию.

Семьям, имеющим ребенка-инвалида старше трех лет, предоставляются бесплатно кресла-коляски, прогулочные кресла-коляски на основании медицинского заключения детских лечебных учреждений.

Комитеты по социальной защите и поддержке населения в г.Барнауле:

Индустриальный район – ул. Энтузиастов, 5, тел.47-47-06

Железнодорожный район – ул.Крупской, 99а, тел.24-79-39

Ленинский район – ул.Г.Исакова, 230, тел.40-39-04

Октябрьский район – ул.Цеховая, 29, тел.24-05-13

Центральный район – ул.Никитина, 70, тел.36-47-52

ОПИСТОРХОЗ - БОЛЕЗНЬ МОЖНО ПОБЕДИТЬ!



Нина Валентиновна Карбышева, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней АГМУ, член-корреспондент Международной академии экологии и безопасности жизнедеятельности человека (г. Санкт-Петербург), руководитель Центра по диагностике, лечению и профилактике описторхоза и «редких» гельминтозов (Первое инфекционное отделение МУЗ «Городская больница №5», г. Барнаул).

Актуальность проблемы описторхоза, включенного в разряд «неуправляемых паразитарных болезней», в нашей стране год от года возрастает. Отчасти это обусловлено распространенностью инвазии, возбудитель которой Международным агентством по изучению рака отнесен к группе канцерогенов номер один человека.

Очаги описторхоза имеются в бассейнах рек Обь, Иртыш, Енисей, Волга, Кама, Днепр, Урал, Северная Двина. Регион Западной Сибири - это один из самых напряженных очагов описторхозной инвазии в мире. Обь-Иртышский бассейн является крупнейшей эндемичной территорией по описторхозу. В среднем течении Оби и низовьях Иртыша пораженность местного населения достигает 70-80 и даже 90%.

Своеобразие природных условий нашего региона, особенности гидрологического режима обеспечивают стойкое функционирование очагов описторхоза, что в настоящее время поддерживается продолжающимся загрязнением внешней среды, значительным удельным весом рыбы в пищевом рационе населения. Зараженность же личинками (метацеркариями) описторхий рыб семейства карповых (а это - лещ, сазан, линь, карась, язь, чебак, плотва, собственно карп, то есть самая употребляемая рыба в нашем регионе) - достигает 40-70%. Анализ общей заболеваемости описторхозом в крае выявляет стабильно высокий ее уровень, более чем в 2 раза превышающий показатель по России, достигающий в ряде районов 300,0-400,0 на 100 000 населения. И эта статистика отражает лишь часть проблемы.

При такой распространенности инвазии диагностика описторхоза не проста из-за многообразия и неспецифичности симптоматики. Нередко он протекает бессимптомно или «маскируется» под другие заболевания. Такие больные в течение длительного времени безуспешно лечатся, например, у пульмонологов - от бронхи-

альной астмы, у кардиологов - от аритмии, при высыпаниях на коже - у аллергологов и иммунологов. Кто-то «в плену» депрессии или бесконечных простуд. При проблемах со стороны желудочно-кишечного тракта человек длительно лечится у гастроэнтерологов. **Поэтому в нашем крае следует всегда помнить о такой распространенной патологии, особенно в тех случаях, когда у пациента - болезненное состояние с неясной симптоматикой, не поддающееся лечению, если он к тому же большой любитель речной рыбы. И прежде всего такая настороженность должна быть у врачей!**

Другой стороной проблемы является то, что лечение уже диагностированных случаев описторхоза в настоящее время осуществляется врачами самых различных специальностей, вплоть до врачей лабораторных подразделений, функциональной диагностики. **Применение «самостоятельных» схем,** пренебрежение патогенетически обоснованной подготовкой перед дачей антигельминтика снижает эффективность противопаразитарной терапии. Это приводит к необходимости повторных курсов дегельминтизации, число которых ограничено (не более трех) из-за токсичности препарата. При этом растут негативизм больных по отношению к лечению, разочарование и неверие в его эффективность.

На основе собственного опыта, данных литературы мы убеждены в том, что независимо от течения описторхоза - клинически выраженного или латентного (бессимптомного) - описторхоз требует лечения, и освобож-

дать организм от паразитов необходимо. Описторхис - «долгожитель», как следствие заболевания описторхозом - это многолетний процесс, продолжающийся более 20-30 лет, то есть «пережить» паразита практически невозможно. При этом описторхисы, паразитируя в печени, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе ведут «разрушительную» работу, одним из серьезных исходов которой может быть злокачественный процесс - первичный рак печени. Поэтому **лечение описторхоза, направленное на освобождение организма человека от паразитов, даже при бессимптомном течении болезни является вопросом, жизненно важным. Создание специализированного Центра**

С целью повышения качества оказания помощи больным описторхозом и другими «редкими» гельминтозами нами в 2001 году на базе инфекционного отделения городской больницы №5 организован Центр по диагностике, лечению и профилактике описторхоза и «редких» гельминтозов. Задачами Центра являются обеспечение квалифицированной лабораторной диагностики, унифицирование тактики ведения больных, апробация новых методов диагностики и лечения, повышение знаний врачей всех специальностей в области гельминтологии, проведение просветительной работы среди населения.

Централизация оказания помощи больным описторхозом послужила основой для разработки и внедрения в практику ряда новых методов диагностики и лечения. Трудности диагностики описторхоза определили поиск путей усовершенствования существующих методов и внедрения и разработки новых подходов к выявлению данной инвазии. Преобладание (в 95% случаев) в природных очагах хронических форм описторхоза снижает диагностические возможности гемограммы - исследование крови (отсутствие эозинофилии) и, вследствие длительного воспаления, - дуоденального зондирования. Нами, в качестве подготовительного периода перед диагностическим дуоденальным зондированием, внедрена патогенетически обоснованная терапия, включающая комплекс противовоспалительных и желчегонных средств, что значительно повысило результативность проводимого исследования.

Совместно с ЗАО «Вектор-Бест» нами проведена апробация новых тест-систем для иммуноферментного анализа (ИФА), выявляющих специфические антитела класса IgM к антигену *Opistorchus felineus*, а также антитела, присутствующие в крови больных описторхозом в виде циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Исследование более 300 больных хроническим описторхозом с лабораторно подтвержденным диагнозом (наличие яиц или взрослых паразитов при микроскопии желчи или содержимого кишечника) позволило установить в 70% случаев циркуляцию специфических противописторхозных антител в виде иммунных комплексов. В свете этого вполне понятен сформировавшийся негативизм в отношении серологической диагностики описторхозной инвазии. Повсеместно используемая для ИФА тест-система выявляет лишь IgG, продолжительность циркуляции которых невелика - не более года, и не решает проблемы диагностики у больных с много-



летней инвазией, составляющих большинство в эндемичных по описторхозу регионах. Широкое внедрение тест-систем Описторх - IgM и ЦИК-стрип производства ЗАО «Вектор-Бест» несомненно расширит возможности диагностики описторхоза, позволяя в ряде случаев обходиться без инвазивных вмешательств.

Нами проведена оценка диагностических возможностей данных ультразвукового исследования (УЗИ) для выявления паразитарной инвазии. Последние при описторхозе характеризуются повторяющимися изменениями в виде неоднородности структуры печени за счет утолщения стенок внутрипеченочных протоков, нередко с отложением солей кальция, и уплотнения стенок долевых ветвей портальной вены. Внутрипеченочные протоки становятся «видимыми» при УЗИ в виде множества линейных гиперэхогенных структур, неравномерно расположенных по всей площади полученного среза. Анализ 100 случаев описторхоза методом случайной выборки показал несомненную диагностическую ценность УЗИ при выявлении этой инвазии. Специфичность наблюдаемых изменений при УЗИ, по нашим данным, составила 86%, чувствительность - 36% при prognostической значимости позитивного результата - до 70%.

Для диагностики описторхоза совместно с сотрудниками кафедры дифференциальных уравнений АГУ разработана компьютерная программа, основанная на самообучающихся нейронных сетях, включающая в себя наиболее информативные результаты проведенного обследования и клинические симптомы. Программа содержит интерфейс пользователя с возможностями адаптации нейронной сети, ввода новых данных и вывода диагностического заключения «болен - здоров» с уровнем решительности, близким к 100%. Полученные диагностические заключения позволяют рассматривать данную технологию как весьма перспективную для постановки комплексного диагноза описторхоза и наиболее эффективную среди существующих скрининговых тестов. ►



◀ Рекомендуемые методики лечения описторхоза

В нашем Центре накоплен большой опыт и по лечению больных описторхозом, разработаны реабилитационные программы, мы активно сотрудничаем с врачами разных специальностей. К нам приходят больные и при впервые выявленном описторхозе, и когда безуспешно прошли курс лечения у других врачей. Профессионально работающий персонал заслуженно пользуется уважением пациентов. При существующих схемах лечения инвазии всегда присутствует элемент индивидуального подхода к терапии у каждого больного.

Неудовлетворенность результатами антигельминтной терапии описторхоза, течением резидуального периода определила как поиск новых противопаразитарных средств, так и исследования по раскрытию механизмов постописторхозных явлений. Как показал опыт, сегодня нет средства для лечения описторхоза, которое бы обеспечивало 100%-ную дегельминтизацию, включая препараты выбора бильтрицид и азинокс. Кроме этого, несмотря на имеющуюся позитивную характеристику бильтрицида: быстро метаболизируется, выводится почками преимущественно (80%) в виде метаболитов в течение 4 суток, при этом 90% от введенной дозы выводится в первые 24 часа – этот антигельминтик небезразлично переносится больными. По нашим наблюдениям, пациенты на протяжении двух-трех месяцев после лечения ощущают дискомфорт со стороны гепатобилиарной системы: тошноту, снижение аппетита, чувство тяжести в подреберье, неустойчивый стул.

Существует и еще один аспект. При успешной дегельминтизации сохраняется симптоматика хронических поражений желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, трактуемых как постописторхозные явления. Все это в совокупности лежит в основе отказа больных от повторных курсов бильтрицида, даже при сохраняющейся активной инвазии паразитов. В таких случаях приходится искать альтернативу химическому антигельминтику.

Нами проведено изучение эффективности **экорсола (сухого экстракта коры осины с лохеином)** и получены положительные результаты. На фоне лечения пациенты отмечали значительное улучшение самочувствия – уменьшение тяжести в правом подреберье, исчезновение горечи по утрам, прекращение тошноты. Паразитологическое излечение наступило спустя три месяца после дегельминтизации у 68% пациентов с умеренно выраженной степенью инвазии. При выраженной длительной инвазии назначение только экорсола как антигельминтика не обеспечивало освобождения от описторхоза. На основе полученных результатов экорсол может быть рекомендован больным описторхозом для повторных курсов дегельминтизации как дополнительное средство, а также при наличии противопоказаний к назначению бильтрицида.

Несмотря на несомненные успехи в проведении антигельминтной терапии при описторхозе сохраняется актуальность клинической реабилитации. Имеются

многочисленные сообщения о несоответствии между паразитологическим и клиническим эффектом, о необходимости коррекции при описторхозе дисбаланса иммунного ответа.

Нами в комплексной программе лечения больных описторхозом успешно применяются растительные противоописторхозные средства (экорсол, кора осины, галликор), обладающие защитным действием, оберегая клетки печени. «Подчищает» последствия иммунопатологических реакций природный иммунокорректор **«Трансфер фактор»**, обеспечивающий формирование полноценного специфического иммунного ответа. Также у больных хроническим описторхозом нами апробирована *Echinacea purpurea* в таблетированной форме под коммерческим наименованием **«Эстифан»**. Назначение эхинацеи оказало положительное влияние на клинические проявления резидуального периода описторхоза. Через 4 месяца после лечения эхинацеей у всех наблюдаемых больных с артралгическим синдромом и у 70% больных с васкулитами наступило полное выздоровление. В группе пациентов, получавших только бильтрицид, остаточные явления в виде артралгий, васкулитов сохранялись весь регламентируемый при описторхозе период диспансерного наблюдения (более полугодя). Иммуностимуляция эхинацеей способствовала ускорению элиминации антигенов описторхоза, прекращая тем самым персистенцию этиологического фактора и развитие иммунопатологических процессов при хроническом описторхозе, подтверждением чему могут быть и приведенные клинические данные.

В связи с этим применение эхинацеи считаем целесообразным в комплексном лечении больных описторхозной инвазией.

На базе Центра постоянно проводится научная работа. В настоящее время завершаются исследования по оценке диагностической значимости специфических маркеров описторхозной инвазии в зависимости от продолжительности описторхоза, клинической формы инвазии, проводимого лечения. Изучение механизмов постописторхозных явлений, результаты которого выявили выраженную и продолжительную (более полугодя) деструкцию, позволили разработать на этой основе комплекс реабилитационной терапии уже после эффективной антигельминтной терапии в резидуальном периоде описторхоза.

Иногда можно услышать: от описторхоза никогда не избавиться! Это не так. Природа дала нам шанс – паразиты не размножаются в человеческом организме, и, шаг за шагом, при квалифицированном подходе к лечению с использованием комплекса средств адекватной патогенетически обоснованной терапии болезнь можно победить.



БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ



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



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

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



Опыт работы бронхит-школы

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является ведущей причиной заболеваемости и смертности. Уровень смертности и распространенность ХОБЛ продолжают расти. По данным исследования, проведенного ВОЗ и Мировым Банком, к 2020г. ХОБЛ будет занимать 5-е место в структуре общей заболеваемости в мире.

Пациенты, страдающие ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, составляют основной контингент лиц с патологией органов дыхания, наблюдаемый в пульмонологических отделениях стационаров, а также амбулаторно. Больные бронхиальной астмой все чаще получают терапию в поликлинических условиях и проходят необходимый курс обучения на базе астма-центра либо в астма-школах по месту жительства.

Пациенты, страдающие ХОБЛ, также нуждаются в обучающей программе с целью повышения готовности следовать рекомендациям врача, т.к. знания больных о заболевании в значительной мере определяются литературой, которой явно недостаточно.

Задачами обучающей программы «Бронхит-школа» являются:

- усиление контакта «врач-пациент» и вследствие этого - улучшение контроля над течением заболевания,
- отказ от курения, так как большинство пациентов с ХОБЛ курят или курили в прошлом.

Таким образом, возникла необходимость создания бронхит-школы с программой, ориентированной главным образом на антитабачную пропаганду, усиление мотивации больных придерживаться рекомендаций врача по базисной терапии заболевания, на методы самоконтроля и обучение правильной технике использования ингаляторов, на навыки кинезотерапии и ведение здорового образа жизни.

Часть занятий бронхит-школы могут посещать не только пациенты, страдающие ХОБЛ, но и больные бронхоэктатической болезнью, другими заболеваниями, сопровождающимися бронхиальной обструкцией, за исключением «астматиков», для которых в условиях пульмонологического отделения параллельно проводится астма-школа, также существуют районные бронхит-школы.

Существование одновременно двух школ диктуется принципиально различными подходами к лечению ХОБЛ и астмы, а также существенными отличиями контингента больных в

этих группах по возрасту, социальному статусу. Среди страдающих ХОБЛ преобладают люди зрелого возраста, часто имеющие инвалидизирующие заболевания и низкий социальный уровень, что влияет на эффективность усвоения материала занятий.

Группа проходит цикл обучения, затем набирается следующая группа. Количество больных в группе - до 15 человек. Как правило, в процессе занятий часть пациентов по различным причинам прекращает их посещать, и к третьему занятию формируется коллектив из 8-10 человек - заинтересованных слушателей, что является оптимальным числом.

Занятия проводятся в отдельной комнате, где, в зависимости от темы занятия, размещаются наглядные пособия, рекламные проспекты, плакаты, схемы, кроме того, слушатели имеют возможность делать пометки в ходе занятия на тематических таблицах, которые предоставляются каждому присутствующему. Мы также демонстрируем средства доставки лекарственных веществ (ингаляторы, небулайзер), ориентируем в ценах медикаментов.

Общая продолжительность занятия - 40-50 минут. Более длительные и перегруженные информацией беседы не приводят к лучшему усвоению материала.

Мы предлагаем слушателям записывать те вопросы, ответы на которые они желали бы услышать на занятиях. С учетом заинтересованности корректируются темы бесед. В ходе занятий вопросы задаются по мере их возникновения, а не в конце занятия, поэтому занятие проходит живо и часто принимает форму беседы.

Ограничений по возрасту и «стажу» заболевания мы не делаем, так как в разнородных группах возможен обмен опытом и информацией. О времени и темах предполагаемых занятий объявляется заранее, дополнительно о наборе новой группы бронхит-школы сообщается лечащим врачам, которые информируют пациентов.

Структура занятий может изменяться в зависимости от степени подготовленности и «интеллектуальности» группы. В конце каждого занятия слушателям предлагаются вопросы для оценки уровня усвоения материала (в устной форме, по желанию). Мы также учитываем мнения слушателей о темах планируемых занятий.

Желательно, чтобы группа была «закрытой», то есть в процессе занятий не присоединялись новые слушатели. В противном случае вновь прибывшие начинают задавать воп-



На фото: сотрудники пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»

росы, которые ранее уже обсуждались, что приводит к дополнительной потере времени в ходе занятия. Вся информация бронхит-школы рассчитана на 6-7 занятий 4 раза в неделю с учетом тенденции к снижению сроков госпитализации. Занятия проводятся во второй половине дня, что максимально приближено как к распорядку работы отделения, так и к лечебному процессу.

На первом занятии пациентам разъясняются задачи и цели курса. В журнал бронхит-школы заносятся данные слушателей: возраст, диагноз, посещаемость занятий, а также проводится тестирование для определения уровня представлений слушателей о своем заболевании. Процент правильных ответов на тестовые вопросы в начале и в конце курса отмечается в журнале бронхит-школы. Рассказывается о клинических проявлениях, распространенности, факторах риска ХОБЛ, о путях воздействия на них.

Второе занятие посвящается табакокурению как основному фактору риска развития ХОБЛ (по нашим данным, среди слушателей около 70% курящих).

Третье занятие посвящено методу контроля за течением заболевания - пикфлоуметрии, проводится обучение правильной технике использования небулайзера и средств доставки лекарственных веществ, подчеркивается роль спейсера при ингаляционном применении симпатомиметиков и глюкокортикостероидов.

На четвертом занятии рассматривается бронхолитическая (базисная) терапия ХОБЛ, а также говорится о роли теofilлинов в лечении ХОБЛ, о признаках обострения заболевания и необходимости консультации пульмонолога при обострении, коротко - о ступенях терапии ХОБЛ.

Пятое занятие рекомендуем проводить раздельно: для пациентов с ХОБЛ легкого течения (подгруппа А) и с ХОБЛ тяжелого течения (подгруппа Б). Занятие в первой подгруппе посвящено здоровому образу жизни и немедикаментозным методам лечения ХОБЛ; слушателям подгруппы Б рассказывается о роли глюкокортикостероидов в терапии ХОБЛ, о возможных осложнениях при длительном использовании таблетированных и ингаляционных ГКС, дается понятие о длительной кислородотерапии на дому.

На шестом занятии рассматриваются профилактика и лечение вирусной респираторной инфекции. Говорится о противокашлевых, мукорегуляторных препаратах и их роли в лечении ХОБЛ, о фитотерапии бронхолегочных заболеваний (по желанию слушателей).

Преподаватель бронхит-школы отвечает на все интересующие вопросы и проводит заключительное тестирование.

Большую помощь в проведении занятий и закреплении материала оказывают специально подготовленные нами брошюры «ХОБЛ – знать и жить!», «Курение или здоровье?», «ХОБЛ. Советы пульмонолога», методические рекомендации по ведению занятий в бронхит-школе.

За время двухгодичной работы бронхит-школы на базе пульмонологического отделения №2 было обучено 211 пациентов, страдающих ХОБЛ. Оценивались уровень знаний пациента о своем заболевании (анкета из 10 вопросов), курительный статус: степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) и мотивация к отказу от курения путем анкетирования до и после цикла занятий. Занятия в бронхит-школе, по словам самих слушателей, способствуют расширению их знаний о своем заболевании, повышению мотивации к отказу от курения. В процессе обучения больные становятся активными полноценными помощниками врача, улучшается их психологический статус, повышается уверенность в способности контролировать свое заболевание, исчезает боязнь ингаляторов, таблетированных глюкокортикостероидов.

Тем не менее, в группе тяжелой ХОБЛ показатели по уровню знаний и мотивации к отказу от курения ниже, что требует, возможно, индивидуального обучения данной категории больных.

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

БАРНАУЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ: «Мы гордимся своей работой!»

Барнаульский базовый медицинский колледж - одно из старейших учебных заведений Алтайского края. За годы существования подготовлено свыше 26 тысяч средних медицинских работников. По-разному сложилась судьба выпускников. Есть среди них доктора наук, главные врачи, главные медицинские сестры и акушерки, преподаватели средних медицинских учебных заведений. Самое приятное, что подавляющее большинство остались верными той профессии, которую получили в «alma mater». Наши выпускники, работая в практическом здравоохранении г.Барнаула и Алтайского края, как правило, пользуются репутацией квалифицированных, надежных специалистов.

Учебное заведение - многопрофильное, оно готовит кадры по семи специальностям: лечебное дело; акушерское дело; медико-профилактическое дело; стоматология; сестринское дело; стоматология ортопедическая; лабораторная диагностика.

Прием абитуриентов осуществляется на базе среднего (полного) образования. В настоящее время по очной и очно-заочной форме обучаются свыше 1800 студентов.

Колледж в последние годы успешно реализует концепцию непрерывного образования: профильные медицинские классы, базовый уровень, повышенный уровень по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Лабораторная диагностика» и «Акушерское дело».

В медицинском колледже организовано и проводится дополнительное образование:

- ◆ повышение квалификации средних медицинских работников по различным специальностям;



- ◆ обучение по сокращенным программам;

- ◆ подготовительные курсы для поступающих в колледж.

Продолжает развиваться учебно-материальная база.

Колледж - это комплекс, включающий в себя учебный корпус с 35 аудиториями, лабораториями, лекционными, актовым и спортивным залами, библиотекой, фонд которой насчитывает свыше 80 тысяч книг. На базе лечебно-профилактических учреждений созданы 20 учебных кабинетов, оснащенных современным оборудованием и учебно-методическими комплектами. Колледж имеет современную компьютерную базу, два общежития на 600 мест, спортивно-оздоровительный комплекс, столовую, кафе, кабинет технических средств обучения, видеостудию, где преподава-

тели совместно со студентами снимают учебные фильмы.

Главная ценность учебного заведения - это преподавательские кадры: высокообразованные, эрудированные, творческие работники. Среди 112 штатных преподавателей - два заслуженных учителя (**О.К. Баклыкова, Г.М. Малиновская**); заслуженный работник здравоохранения - **Н.И. Колмыков**; Почетные работники среднего специального образования - **З.И. Черепкова, Л.С. Заковряшина**; отличники здравоохранения - **Л.П. Савельева, Н.С. Шмакова, Л.М. Тишина**. Высшую категорию имеют 27 преподавателей, 44 - I квалификационную категорию.

Создана система подготовки, переподготовки и повышения квалификации преподавателей. Постоянно действует школа начинающего препода-

давателя «Мастерство и творчество», для преподавателей со стажем проводятся занятия по тематике «Современные технологии в обучении». За последние три года на различных курсах (ФПК, ИПК, стажировка на рабочем месте, профессиональная переподготовка, Интернет-центр и т.д.) прошли повышение квалификации 87 преподавателей и административных работников.

Учебно-методические пособия для преподавателей и студентов, авторские программы, сборники задач, учебники и тесты для ПЭВМ, исследовательская работа - вот неполный перечень научно-методической работы наших педагогов: **Н.М. Дрижановой, З.И. Черенковой, Н.В. Елисеевой, Т.Б. Чекрий, Е.А. Жигмановской, Л.П. Савельевой, Т.Б. Цыбульской, В.К. Карманова, М.Г. Мелешко.**

Научно-исследовательская деятельность студентов реализуется через Студенческое научное общество, которое состоит из 10 постоянно действующих секций. Ежегодно проводятся «Дни науки», студенческие итоговые конференции СНО. Студенты колледжа принимают участие в городских и краевых научно-практических конференциях и конкурсах. Подготовлены и выпущены два сборника студенческих научно-исследовательских работ «Творческое содружество».

В октябре 2002 года члены СНО секции экологии и химии приняли участие в городской научно-практической конференции «Интеллект юных - Барнаулу и родному краю». Исследовательская работа заняла 1 место в секции «Медицина» и направлена для участия в Федеральной научно-образовательной программе «Юность. Наука. Культура» в г.Обнинске. Ежегодно проводятся межрегиональные профессиональные конкурсы «Студент года», в 2004 году Наталья Белоусова заняла призовое место в краевом конкурсе среди 14 представителей средних учебных заведений Алтайского края.

Неоценимую помощь в деле подготовки средних медицинских работников, в развитии материально-технической



базы оказывает комитет по здравоохранению администрации края. **Партнерские, добрые отношения сложились со многими лечебными учреждениями г.Барнаула, которые стали базами для обучения медицинского персонала. Среди них хотелось бы отметить следующие:**

- горбольница №8 (гл. вр. **В.В. Братышев**; гл. м/с **М.И. Баталова**);
- горбольница №11 (гл. вр. **В.А. Вольф**; гл. м/с **Л.М. Миллер**);
- горбольница №4 (гл. вр. **Н.П. Гула**; гл. м/с **Е.А. Ветхоловская**);
- краевая детская больница (гл. вр. **И.Ф. Зайцев**; гл. м/с **Н.И. Воротникова**);
- горбольница №1 (гл. вр. **В.А. Пелеганчук**; гл. м/с **В.В. Скворцова**);
- стоматологическая поликлиника №2 (гл.вр. **Г.И. Салко**);
- горбольница №12 (гл. вр. **В.И. Кочура**; гл. м/с **С.А. Ананина**) и многие другие.



Определены основные направления сотрудничества с АГМУ (ректор **В.М. Брюханов**, проректор по учебной работе **В.В. Федоров**, проректор по лечебной работе **А.И. Алгазин**). Профессорско-преподавательский состав университета участвует в работе экспертных групп по аттестации преподавателей ББМК, рецензировании учебно-методических пособий, работе секций СНО, привлекается для участия в конференциях, семинарах и чтения лекций для преподавателей по актуальным вопросам медицины.

Международное сотрудничество колледж осуществляет в различных формах. Так, в 1999 году преподаватель основ сестринского дела обучалась в школе ухода за больными в г.Гамбурге, Германия. В 2000 году преподаватели и студенты колледжа принимали участие в российско-германском семинаре «Уход за нуждающимися в семье». В течение 4 лет поддерживается связь с медицинским факультетом Детройтского университета США. Была осуществлена международная программа по обмену студентов. В апреле 2003 года преподаватели и администрация приняли участие в российско-шведском семинаре



по сестринскому делу «Смелое начало», организованном Алтайской сестринской ассоциацией в г.Барнауле.

Барнаульский базовый медицинский колледж является методическим и координационным центром для медицинских училищ Алтайского края.

Колледж сотрудничает с практическим здравоохранением. В мае 2004 года проведено Краевое совещание совместно с главными специалистами краевого комитета «Региональные особенности здравоохранения Алтайского края в системе повышения качества подготовки средних медицинских работников». Представители колледжа приняли активное участие в разработке «Региональной программы развития сестринского дела в Алтайском крае на 2001-2005 годы». Преподаватели и студенты принимают участие в подготовке и проведении конкурсов «Лучший по профессии», конференций, семинаров по вопросам сестринского процесса в ЛПУ, оказывают методическую помощь сестринскому персоналу.

Главный итог работы колледжа - это признание значения учебного заведения в системе подготовки среднего медицинского персонала, высокая оценка профессиональных качеств выпускников лечебными учреждениями, где они трудятся. В 2003 году Барнаульский базовый медицинский колледж успешно прошел государственную аттестацию, аккредитацию и лицензирование сроком на 5 лет.

Преподаватели и сотрудники учебного заведения стремятся делать все возможное для подготовки высококвалифицированных специалистов для практического здравоохранения. Колледж имеет свои традиции, пользуется большим авторитетом и популярностью среди молодежи Алтайского края. Подтверждением тому является ежегодный конкурс среди абитуриентов, желающих получить медицинское образование.

Н.И. Колмыков,
директор ГОУ «СПО ББМК»,
Г.М. Малиновская,
зам. директора
по учебной работе

Наталья Ивановна Плешкова, специалист высшей категории, старшая операционная сестра оториноларингологического отделения МУЗ «Городская больница №8», г.Барнаул

СТЕНОЗ ГОРТАНИ

В медицинской практике, пожалуй, нет более опасного для жизни заболевания, чем быстро развивающееся удушье.

Стеноз гортани - это сужение просвета гортани, ведущее к затрудненному дыханию через нее. Стеноз гортани, как правило, ведет к инвалидизации больных и требует длительного специализированного, часто этапного лечения, причем, хирургические и инвазивные методы лечения преобладают над другими. При адекватном лечении и уходе можно добиться излечения больного, следовательно, улучшения качества жизни и устранения причин инвалидности в дальнейшем.

Стенозы могут быть различные по происхождению, протяженности и локализации, по степени выраженности - от незначительного до полной атрезии (сужения) просвета гортани.

К развитию острых стенозов гортани могут привести следующие состояния:

- аллергический отек гортани;
- острые местные воспалительные и инфекционные заболевания;
- травмы, инородные тела гортани;
- ожоги дыхательных путей: химические и термические;
- черепно-мозговые травмы.

Наиболее частыми причинами хронических стенозов являются:

- рубцовые сужения гортани;
- доброкачественные и злокачественные опухоли гортани, специфические и продуктивные процессы гортани;
- парезы и параличи гортани.

Остро возникшее сужение дыхательного пути в области гортани немедленно вызывает тяжелое нарушение всех основных функций жиз-

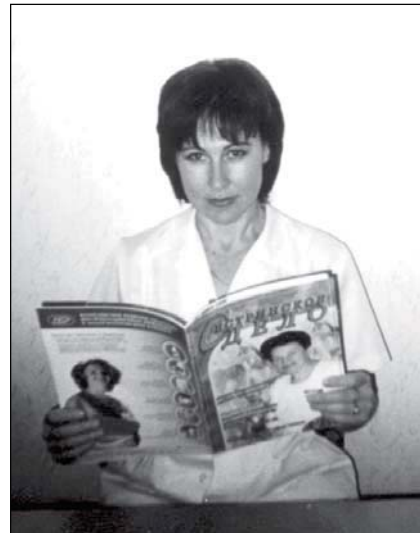
необеспечения, вплоть до полного их отключения и смерти больного. Острый стеноз возникает внезапно или в сравнительно короткий промежуток времени. Течение стеноза чаще обратимое.

Основными моментами, на которые следует обращать внимание окружающим, является оценка степени недостаточности внешнего дыхания и реакции организма на кислородное голодание:

- ◆ частота дыхания;
- ◆ наличие одышки;
- ◆ шумное дыхание;
- ◆ участие в дыхании дополнительных мышц спины, плечевого пояса, шеи;
- ◆ гемодинамические реакции (учащение сердцебиения, повышение артериального давления).

Все перечисленное в какой-то степени уменьшает недостаточность легочной вентиляции. Эти механизмы выполняют компенсаторные функции, по мере дальнейшего развития стеноза они истощаются.

Развитие приспособительных ответных реакций организма при остром стенозе имеет меньше возможностей, чем при хронической форме.

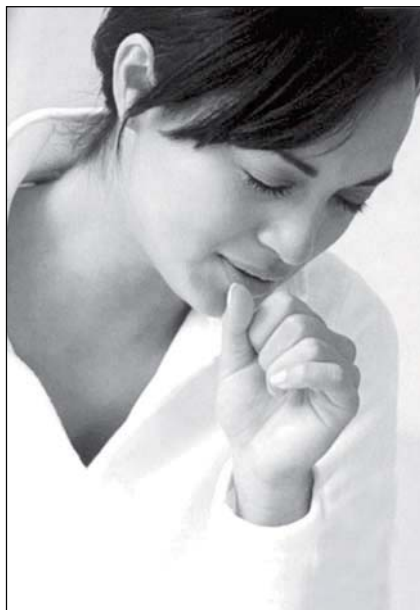


Независимо от причины стеноза гортани клиническая картина однотипна. Ведущим симптомом в ней является инспираторная одышка (затруднен вдох).

Диагностика основывается на анамнезе (жалобах), общем осмотре больного, при котором обращается внимание на состояние дыхания, голосовую функцию, характер одышки, цвет кожных покровов, пульс, артериальное давление, а также на инструментальном и рентгенологическом обследовании больного.

Выбор метода лечения определяется, в первую очередь, стадией стеноза, а во-вторую - причиной, вызвавшей стеноз. При первых двух стадиях стеноза гортани лечение направлено на устране-

Хронические стенозы возникают в результате стойких анатомических изменений в гортани или соседних с ней областях. Развиваются они обычно медленно и постепенно. В большинстве случаев медленное или постепенное нарастание стеноза способствует увеличению возможностей приспособительных сил организма, что позволяет больному даже в условиях недостаточности дыхания (III стадия стеноза) находиться без трахеостомы.



ние причин, вызвавших удушье, при третьей и четвертой применяют хирургическое лечение - трахеостомию.

Правильный уход за больным после трахеостомии имеет значение для более быстрого выздоровления и приспособления организма к новым условиям дыхания через дыхательную трубку (трахеостому), а также для профилактики послеоперационных осложнений.

Необходимо следить за тем, чтобы в просвете внутренней трубки не высыхали корочки. С этой целью рекомендуется через каждые 2-3 часа вливать в трубку по 2-3 капли стерильного жидкого масла.

При наличии вязкой и трудноотхаркиваемой мокроты, затрудняющей дыхание, в трахеостомическую канюлю закапывают по несколько капель 4% раствора соды или трипсина (химотрипсина), разведенного в физиологическом растворе.

В первые дни после операции необходимо несколько раз в день чистить внутреннюю трубку, для этого ее вынимают, очищают ватой, накрученной на зонд с нарезками, обрабатывают спиртом, высушивают, смазывают стерильным маслом и вкладыва-

ют в наружную трубку. Необходимо следить за тем, чтобы выкашливаемая мокрота не раздражала кожу вокруг раны, поэтому, если марлевая салфетка стала влажной, ее следует сменить, предварительно обработав кожу спиртом и смазав мазью (тетрациклиновая, паста Лассара и т.п.).

Основной задачей хирургических методов лечения является восстановление и сохранение проходимости воздухопроводных путей. Конечной целью лечения стеноза гортани является восстановление дыхания через естественные пути, т.е. включение в акт дыхания гортани.

Особенно хочется отметить внедрение в практику проведение щадящих хирургических вмешательств на гортани с применением эндоскопической техники - эта методика хирургического лечения называется эндоларингеальная микрохирургия. Именно она позволяет избежать многих проблем в послеоперационном периоде у больных и благоприятствует восстановлению функции гортани (дыхательной и голосовой).

Трахеостомия - это операция, целью которой является создание временного или стойкого сообщения полости трахеи с окружающей средой. Показания к трахеостомии следующие:

1 непроходимость дыхательного тракта в верхних отделах - инородные тела гортани, паралич и спазм голосовых складок, выраженный отек гортани, опухоли шеи, вызывающие сдавление дыхательных путей;

2 нарушение проходимости дыхательного тракта продуктами аспирации (вдыхания) и секрети;

3 острая дыхательная недостаточность и отсутствие самостоятельного дыхания вследствие травмы грудной клетки, повреждения шейных сегментов спинного мозга, травмы головного мозга, инсультов (кровоизлияний).

Мы талантливы!

«РУКИ МИЛОСЕРДИЯ»

посвящается медицинским сестрам Алтайского края
слова Е. Брикман, музыка А. Глазер

Есть профессия - медик,
Есть звание - сестра.
Это трудно, но долг - это выше,
Есть рабочие дни, и есть ночь до утра,
Но никто легкой доли не ищет.

Припев: Каждый день все сильнее боль натруженных рук,
Пациенты сменяют друг друга.
Улыбки людей, благодарность за труд,
Мы с тобой медсестры, подруга.

Есть трудные дни и есть ночь до утра,
У каждой есть дети и внуки,
Есть заслуга врача и есть сердце сестры,
Ее добрые, нежные руки.

Припев: Легенды и мифы уходят в века,
Не будет корысти, не будет упрека,
Рука милосердия будет легка,
Здесь не до отдыха и не до срока.

Припев: Дни вплетают года в жизни круг,
К трудностям будем терпимы,
И улыбки людей, благодарность за труд,
Есть призвание - сестра милосердия.



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



Школа гипертонической болезни



СТРЕСС и гипертоническая болезнь

Ольга Ивановна Григорьева, медицинский психолог
 Наталья Николаевна Пономарева, врач-кардиолог,
 руководитель «Школы артериальной гипертонии»
 городской больницы №2, г.Барнаул

Занятие 7 Часть 1



Единственный способ продлить свою жизнь - это ее не укорачивать.

П.Брэгг

Лучше испытывать невзгоды, чем страх перед ними.

Восточная мудрость

Человечеству с незапамятных времен известно, что чувства и переживания отражаются не только на душевном, но и на физическом состоянии человека. Мысль о неразрывном единстве тела и духа со всей определенностью была высказана еще Гиппократом. Чарльз Дарвин в фундаментальном труде «Выражение эмоций у человека и животных» утверждал, что большинство эмоций так тесно связано с их выражением, что «...сами по себе эмоции почти не существуют, если тело остается пассивным». Более того, «...если при эмоциональном возбуждении человек волевым усилием подавляет движение, то, тем не менее, состояние мышц изменяется в сторону готовности совершить его». Именно так в теле, в мышцах накапливаются подавленные, не выраженные эмоции, которые в виде мышечного напряжения, гормональных сдвигов медленно и незаметно разрушают нас изнутри. Об этом в 1932 году так писал известный ученый Г.Ф. Ланг: «Печаль, не выплаканная слезами, заставляет плакать другие органы».

XX век ознаменован развитием психосоматического направления в медицине, убедительно доказывающего, что возникновение многих заболеваний является часто следствием воздействия психической травмы или хронического психоэмоционального напряжения (стресса). К таким заболеваниям относится и гипертоническая болезнь. Некоторые исследователи полагают, что гипертония возникает тогда, когда человек считает себя «в ло-

вушке». Есть мнение, что это скорее не болезнь, а патологический способ реагирования организма на трудные ситуации, своеобразное «самообвинение». Американские ученые рассматривают гипертоническую болезнь как результат «жизненного напряжения» (Life – Stress).

Что такое стресс?

Слово «стресс» пришло к нам из английского языка и означает «нажим, давление, напряжение». Мы справедливо употребляем это слово в повседневной жизни, т.к. нередко подвергаемся давлению дома и на работе, испытываем напряжение от физических и психоэмоциональных перегрузок.

Энциклопедический словарь дает следующее толкование стресса - это совокупность защитных физиологических реакций, возникающих в организме животных и человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов (стрессоров).

В медицине и психологии под термином «стресс» понимают комплекс приспособительных (адаптационных) реакций организма, возникающих в ответ на действие вредящего фактора.

В 1936г. канадский физиолог Ганс Селье создал учение о стрессе. Он показал, что первая реакция организма на неблагоприятное воздействие – это мобилизация его защитных сил. Затем происходит приспособление (адаптация) к возникшим условиям, и организм выходит из стрессовой ситуации.

◀ Схематически стрессовую реакцию можно представить следующим образом:

Стрессор – состояние тревоги (стресс) – адаптация – ликвидация стресса – выздоровление.

При затяжном или очень интенсивном стрессе и/или при недостатке защитных сил организма напряжение переходит в перенапряжение, наступает истощение процессов адаптации, начинаются сбои в различных системах организма, развиваются заболевания.

Схематически это можно представить так:

Стрессор – длительное состояние тревоги (хронический стресс) – срыв адаптации – заболевание.

В качестве стрессоров чаще всего выступают:

- психологический конфликт (на работе, в семье);
- материальные трудности;
- потеря близкого человека или разлука с ним;
- различные болезни;
- нехватка времени;
- изменение условий на работе и многое другое.

Таким образом, факторов, вызывающих стресс (стрессоров), - бесконечное множество. Но все мы по-разному реагируем на них. Событие, приводящее одного человека в состояние стресса, для другого может промелькнуть совершенно незаметно. Поэтому главное в возникновении стресса не действующий фактор, а то, как мы на него реагируем, т.е. - **индивидуальная реакция человека на жизненные события.**

Стресс - наш постоянный «попутчик», и, чтобы уметь с ним сладить, нужно знать его природу и причины возникновения.

Что же происходит в организме во время стресса?

Вообразим первобытного человека и понаблюдаем за его внутренним состоянием и поведением в ситуации опасности. Итак, он спокоен, мирно занимается своими делами. Вдруг он услышал какие-то звуки, напоминающие рев зверя. Сначала вдали, затем все ближе и ближе. Насторожившись, он берет палку. Учащается дыхание, мышцы напрягаются - человек готов к схватке. Он видит приближающегося зверя, и в душе у него начинается борьба: с одной стороны - страх перед разъяренным зверем, с другой - желание победить в схватке и приобрести необходимый запас еды. По мере приближения животного психическое возбуждение у человека нарастает, он готов действовать. Окажись рядом современный врач, он бы установил, что у пациента учащенный пульс, повышенное кровяное давление, а уровень «стрессовых» веществ в крови и моче превышает норму. **Это,** заключил бы врач, - **стресс.**

Расслабившись, древний предок успокоился, нормализовались пульс и кровяное давление, уровень «стрессовых» веществ пришел в норму. Иными словами, в организме человека произошла разрядка, стресс нашел выход и перешел в **дистресс.**

И сегодня человек реагирует на любую стрессовую ситуацию точно так же: психическим или физическим напряжением. **Только стрессы в нашей жизни теперь все больше не физические, и ситуации разрешаются порой не так быстро, как нам хотелось бы.**



Симптомы стресса

В ответ на стресс у человека возникает состояние тревоги, смятения. Информация о тревоге поступает в мозг (а именно - в гипоталамус), и отсюда через нервные пути передается в надпочечники.

Получив сигнал SOS, надпочечники моментально выбрасывают в кровь огромное количество «боевых» гормонов - адреналина и норадреналина, которые разносятся с кровью по всему телу. Из мозга поступают особые сигналы, приводящие весь организм к психическому напряжению и готовности действовать.

Недавно было доказано, что при физическом стрессе надпочечники выделяют преимущественно норадреналин, при психическом (тревога, страх, ярость) - прежде всего адреналин. Однако и тот, и другой гормоны учащают пульс и дыхание, повышают кровяное давление.

Физические и психические реакции на стресс многовариантны и у каждого человека индивидуальны. Выделяют следующие основные признаки стрессового напряжения.

1. Физические признаки: общее напряжение мышц и связанные с ними боли в груди, животе, спине, шее; дрожь и/или нервный тик; спазмы и связанные с ними кишечные, почечные, печеночные колики; запоры; понос; затрудненное глотание; частое мочеиспускание; речевые затруднения (невнятная речь или заикание); головные боли; головокружение; высокое кровяное давление; усиленное сердцебиение; частое или затрудненное дыхание; вегетативные проявления в виде сухости во рту или в горле, повышенной потливости, сексуальных расстройств; повышение свертываемости крови; повышение уровня сахара крови; снижение иммунитета.

Большинство этих нарушений вызваны химическими веществами и гормонами, которые вырабатываются из-за избыточного напряжения нервной системы.





2. Эмоциональные признаки: беспокойство или повышенная возбудимость; раздражительность; гнев и враждебность; необычная агрессивность; невозможность сосредоточиться; путаница в мыслях; ощущение потери контроля над собой и ситуацией; чувство беспомощности, вины или безнадежности; страх; чувство паники.

3. Поведенческие признаки: злоупотребление алкоголем; усиленное курение; судорожная еда; потеря интереса к внешнему облику; резкое изменение социального поведения; сверхурочная работа; постоянная спешка в стремлении куда-то успеть; поиски виноватых и т.д.

Иногда стрессовое напряжение скрывается под маской следующих состояний: частое возникновение чувства усталости; невозможность сосредоточиться на чем-то; нехарактерное «улетучивание» мыслей; довольно часто появление болей (в голове, спине, желудке); неудовлетворенность выполняемой работой; потеря аппетита; невозможность вовремя закончить работу; трудности с принятием решений; постоянное ожидание неудачи; потеря интереса к другим людям; утрата чувства юмора и способности веселиться; постоянная раздражительность и др.



Наверняка с некоторыми из перечисленных признаков стресса вы знакомы. Однако, исходя из собственного опыта, вы сможете назвать и другие.

Быстрое распознавание симптомов стресса важно для своевременного выявления его источников и недопущения перерастания в болезнь.

К чему может приводить стрессовая ситуация?

- Пассивность, беспомощность, депрессия;
- истощение защитной системы организма, что в дальнейшем может приводить к психосоматическим заболеваниям.

В начале 20-го века Г. Селье предполагал, что итогом всех стрессов, которым подвергался организм в течение жизни, является старение. И лишь сравнительно недавно удалось доказать, что между старением и стрессом имеется немало общего. Современные ученые утверждают, что возникающие при старении гормональные сдвиги во многом сходны с теми, которые развиваются в ответ на стрессорные воздействия: возрастает концентрация одних гормонов (адреналина, норадреналина, гормонов надпочечников), а других (секретов щитовидной железы и половых желез) - падает, снижается инсулиновая резистентность крови и т.п. Очень многие изменения при стрессовой ситуации напоминают те, которые развиваются при старении: происходят сдвиги в содержании холестерина, подавляется иммунитет, повреждаются клеточные мембраны, изменяется реактивность сосудов и др.

По данным некоторых авторов - любой стресс может оставить после себя необратимые химические рубцы,

накопление которых и обуславливает признаки старения тканей.

В клетках образуются «пигменты старения». Это своего рода нерастворимые осадки, которые приводят к потере эластичности соединительных тканей, затвердеванию стареющих кровеносных сосудов. У молодых поврежденные частицы ткани легко компенсируются здоровой тканью, у пожилых же людей потери замещаются рубцами из соединительных тканей. Они накладываются, по мнению специалистов, на «химические шрамы» - нагромождения обменных шлаков, в результате чего не могут быть выведены из организма.

Однако успешная деятельность, какой бы напряженной она ни была, оставляет значительно меньше рубцов, чем деятельность, результатом которой были удручающие неудачи.

Так что становится ясным, что главный секрет завидного долголетия - именно в «антистрессовых» навыках, в «антистрессовом» поведении.

О том, как сформировать в себе «антистрессовые» навыки и научиться справляться со стрессом, - в следующем номере журнала.



ШКАЛА СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ

Отметьте события, которые имели к вам отношение в прошлом году и те, которые происходят сейчас. Подсчитав очки, вы сможете оценить уровень вашего стресса.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Смерть близкого родственника (супруга) - 100 <input type="radio"/> Развод - 73 <input type="radio"/> Раздел имущества - 65 <input type="radio"/> Смерть члена семьи - 63 <input type="radio"/> Тюремное заключение - 63 <input type="radio"/> Болезнь или травма - 53 <input type="radio"/> Свадьба - 50 <input type="radio"/> Увольнение - 47 <input type="radio"/> Выход на пенсию - 45 <input type="radio"/> Примирение с супругом - 45 <input type="radio"/> Болезнь члена семьи - 44 <input type="radio"/> Беременность - 40 <input type="radio"/> Проблемы с сексом - 39 <input type="radio"/> Рождение ребенка - 39 <input type="radio"/> Перестановки на службе - 39 <input type="radio"/> Изменение финансового положения - 38 <input type="radio"/> Смерть друга - 37 <input type="radio"/> Смена работы - 36 <input type="radio"/> Смена должности на работе - 35 <input type="radio"/> Долг выше 10000 руб. - 31 <input type="radio"/> Отдача собственности под залог - 30 <input type="radio"/> Увеличение ответственности на работе - 29 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Разлука с детьми - 29 <input type="radio"/> Неприятности с законом - 29 <input type="radio"/> Значительные личные достижения - 28 <input type="radio"/> Окончание школы - 26 <input type="radio"/> Супруг(а) начал(а) или бросил(а) работать - 26 <input type="radio"/> Изменение условий жизни - 25 <input type="radio"/> Проблемы с начальством - 23 <input type="radio"/> Переезд - 20 <input type="radio"/> Смена школы - 20 <input type="radio"/> Смена личных привычек - 20 <input type="radio"/> Смена развлечений - 19 <input type="radio"/> Смена религии - 19 <input type="radio"/> Изменение в сфере социальной активности - 18 <input type="radio"/> Долг ниже 10 000 рублей - 17 <input type="radio"/> Изменение продолжительности сна - 16 <input type="radio"/> Изменение привычек в еде - 15 <input type="radio"/> Изменение числа друзей дома - 15 <input type="radio"/> Отпуск - 13 <input type="radio"/> Новый год - 12 <input type="radio"/> Незначительные нарушения закона - 11 |
|---|--|

ПОДВЕДЕМ ИТОГИ

Исследователи считают, что если вы набрали **300** очков, то вы примерно на **80%** рискуете серьезно заболеть или впасть в депрессию, **200-300** очков снижают этот риск до **50%**, а если вы набрали менее **200** очков, то риск болезни или депрессии невелик.

(по материалам «Break the Stress!»)



Интересный ФАКТ

Ешь бананы!

Благодаря высокому содержанию углеводов банан является высококалорийным продуктом и, следовательно, хорошим источником энергии.

Кроме того, бананы - отличный поставщик калия, который необходим для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы и печени. Суточная потребность в калии для взрослого человека составляет 2 г в день, а 100 г мякоти банана содержит 376 мг калия. Значит, суточная потребность в калии может быть удовлетворена всего 3-4 бананами. А пять бананов в день, считают медики, позволяют гипертоникам вдвое сократить дозу лекарств.

В некоторых странах, например в Турции, бананы используются как снотворное средство. Исследования показали, что в 60% случаев причиной бессонницы являются перенесенные стрессы. А калий, содержащийся в бананах, как раз нейтрализует негативные последствия стрессов.

Японские медики установили, что бананы необходимы людям, страдающим язвенной болезнью желудка. Банан не только уменьшает выраженность болевого синдрома, но, что важно, может способствовать восстановлению поврежденной слизистой оболочки желудка.



0AËÏ ÃÏ ÄÛ ÃÏ ÁÄÛËÏ!

Новинка российского косметического рынка

deKAROLine

Новая разработка «Лаборатории НИЗАР» совместно с компанией «BIOLOGIQUE RECHERCHE», Франция -

косметическая линия «deKAROLine» на основе термальной воды гейзерных источников Карловых Вар и Кислородного Аква-Минерального Комплекса (патент РФ №2191566, 2191567)

Тел. (3852) 25-79-52
25-93-55
8-903-990-3153

00028

Краевой медико-социальный журнал "ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ"

Подписка-2004

Постоянно действующие образовательные школы для населения в журнале

«Здоровье алтайской семьи»...

Научить людей не только не болеть, а не заболеть. Сознательное и активное участие людей, особенно имеющих высокую степень риска заболевания, в мероприятиях по первичной и вторичной профилактике наиболее распространенных заболеваний - цель «Школ» для населения - школ артериальной гипертонии, больных бронхиальной астмой или сахарным диабетом и других.

«Школа» в нашем журнале - это цикл публикаций, включающий общие представления о заболевании, факторах риска, стереотипах поведения, требующих коррекции, новых методах лечения, об оказании неотложной помощи при осложнении заболеваний, о специализированных Центрах, работающих в крае.

Гипертоническая болезнь относится к наиболее социально значимым заболеваниям. Уровень заболеваемости ею среди населения высок, но еще более серьезны последствия «неконтролируемой» гипертонической болезни.

Мы заканчиваем цикл публикаций занятий «Школы гипертонической болезни», но впредь намерены на страницах журнала возвращаться к этой теме.

Занятия «Школы гипертонической болезни» опубликованы в №№11-12 за 2003 год и в номерах за I-е полугодие 2004 года. Для тех читателей, которые интересовались возможностью приобрести номера журнала с публикациями занятий «Школы гипертонической болезни», сообщаем: получить эти номера журнала «Здоровье алтайской семьи» возможно при оплате подписки на журнал на 2004 год по следующим реквизитам (перечислением или почтовым переводом):

ИНН 2263020152, КПП 226301001 **Получатель:** ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск», филиал ООО КБ «Алтайкапиталбанк» 656058 г.Новоалтайск, Ул.Обская,3.

Банк получателя: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул

Счет №40702810600020000162, БИК 040173771 Счет №30101810900000000771

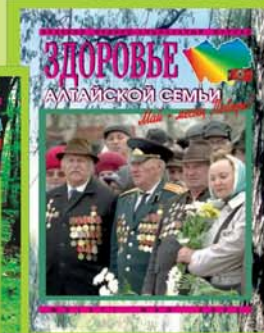
Сумма за 12 номеров 2004г. - 301,56 рублей.

Лицам, оформившим подписку до 1 августа т.г., в подарок направляются также материалы «Школы гипертонической болезни», опубликованные в №№11-12 за 2003 год.

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

Вы можете приобрести интересующие вас номера журнала по адресу:

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



НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618