

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**Татьяна и Андрей ЕФИМОВЫ:
УВИДИМ МИР ВМЕСТЕ
С ТУРИСТИЧЕСКОЙ КОМПАНИЕЙ
“ВОЗРОЖДЕНИЕ-ТРЕВЕЛ”!**



ОТ РЕДАКТОРА **Мы - за семейный отдых!**



Лето - традиционно время массовых отпусков...

Все большую популярность обретает семейный отдых. Прошло немало лет, но неприятный осадок от таблички на дверях корпуса «В санаторий с детьми не входить!» остался до сих пор.

Это замечательно, что всей семьей можно выехать на пляж, уйти в горы, перелететь через океан в экзотическую страну...

Не огорчайтесь, если отпуск уже заверше. Маршрут выходного дня доставит вашей семье не меньше радости. Парки, аттракционы, фестивали, выставки, премьерные показы кинофильмов, картинг, обед в летнем кафе... Пусть ваши фантазии будут безграничны.

Дорожите возможностью доставить себе удовольствие общения с детьми, ведь они так быстро подрастают.

Ирина Козлова

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 -
Ирина Козлова
Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
Выпускающий редактор -
Алексей Пшеничный
Начальник отдела
по связям с общественностью -
Надежда Полтанова
Отдел рекламы - т. 23-24-13
Татьяна Веснина
Компьютерный дизайн и верстка
Алексей Пшеничный

Подписано в печать
30.07.2004г. Печать офсетная.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации
СМИ № ПИ-12-1644
от 04.02.2003г.,
выданное Сибирским окруж-
ным межрегиональным терри-
ториальным управлением Ми-
нистерства РФ по делам печа-
ти, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Все товары и услуги подлежат
обязательной сертификации.
Материалы, помеченные
знаком ■, размещаются на
правах рекламы, точка зрения
авторов может не совпадать с
мнением редакции.
Отпечатано в типографии
ОАО «Алтайский полиграфиче-
ский комбинат»,
г.Барнаул, ул. Титова, 3.

Подписаться на журнал
вы можете во всех отделе-
ниях связи или через
представителей журнала в
городах и районах края.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618**

Содержание

Программа CINDI в Бийске	2-3
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья	4-5
Профилактика рака молочной железы	6-7
Управление чувствами: для мужчин	8
Гастрит	9
ЗДОРОВЫЙ ОРГАНИЗМ. Чистим себя сами	10-11
МИР И МЕДИЦИНА	12
10 современных мифов о волосах	13
БРОНХИТ-ШКОЛА. Табакокурение или здоровье?	14-17
Банк для всей семьи. Вклад «Пенсионный-плюс Сбербанка России»	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Периоперативный процесс - новое качество сестринской помощи. Профилактика осложнений стопы при сахарном диабете. Как справиться с болезнью. Досрочная трудовая пенсия и стаж	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Мальчик или девочка?	23-25
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Разборчивый едок	26-27
РАБОТА НАД ОШИБКАМИ. Чтобы все было хорошо	28
Делаем гастроскопию	29
РОДИТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА. Особенности детского массажа	30-31
Пластика живота	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. 10 доводов в пользу здоровой пищи	33-34
Защитим глаза от солнца	35
Почему японцы живут долго	36-37
Творчество во всем	38
Увидим мир вместе!	39-40

Внимание! Приступили к работе представители журнала:
в Калманском районе - Михайлова Галина Ильинична, ул.Дзержинского, 142, тел. 22-2-93;
в Ключевском районе - Зарецкая Зинаида Владимировна, ул.Адамовича, 1а (комплекс рай-
больницы), тел. 2-21-78
в Павловске - Храмова Ирина Анатольевна, Павловская ЦРБ, тел. 2-21-97;
Рафаловская Елена Владимировна, поликлиника, тел. 2-03-96.

ДЕЛИМСЯ ОПЫТОМ

Н.М. Медведева, заместитель председателя комитета администрации г.Бийска по здравоохранению;
В.Д. Шелер, председатель комитета администрации г.Бийска по здравоохранению;
Н.Е. Рехтина, заведующая отделом администрации г.Бийска по образованию.

Программа CINDI в Бийске

Показателем благополучия, нормального экономического и социального развития общества, даже больше - предпосылкой национальной безопасности страны - является здоровье населения.

По данным различных исследований состояние здоровья в первую очередь определяется физической и социальной средой, образом жизни и в меньшей степени зависит от здравоохранения.

Воздействие на человека многих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: курение, злоупотребление алкоголем, стрессы, экологическое неблагополучие, несбалансированное питание, низкая физическая активность, артериальная гипертензия - способствуют развитию заболеваний, приводящих к преждевременной смерти. Эти факторы, сформировавшись в детском возрасте, продолжают действовать и в зрелом, внося свой вклад в общее ухудшение здоровья, приводят к отрицательным социальным последствиям. Но многие из этих факторов предотвратимы.

При изучении состояния здоровья школьников отмечается высокое распространение указанных поведенческих факторов риска. Зафиксирована достоверная зависимость числа и характера нарушений в состоянии здоровья школьников от объема и интенсивности учебных нагрузок, от несбалансированного питания и распространенности других факторов риска в школьной среде, консервативных форм и методов физического воспитания.

Основным направлением в работе по укреплению здоровья детей должно стать **создание профилактических программ**, способствующих

изменению форм и способов жизни. В настоящее время основным направлением в области профилактики видится работа со всеми детьми с целью формирования у них знаний, привычек и ценностей здорового образа жизни.

Особую роль в решении проблемы сохранения детского здоровья играет система образования, поскольку она является главным каналом воздействия на массовый, организованный в ее рамках контингент детей. Образование является социальным институтом, оказывающим формирующее влияние на повседневную жизнь и перспективы развития взрослеющего человека. Именно на образовании лежат важнейшие функции передачи знаний, культурных и нравственных ценностей, помощь в социальной адаптации и выработке адекватного социального поведения.

В России уже накоплен определенный опыт проведения программ, направленных на укрепление здоровья детей. Это - **программа укрепления здоровья детей CINDI - дети - Россия, Международный проект Всемирной организации здравоохранения «Школы укрепления здоровья», проект «Классы, свободные от курения» и ряд других.**

В городе Бийске в рамках программы **CINDI - дети - Россия** проведено исследование нужд профилактического вмешательства в школьные программы. По унифицированной анкете, разработанной Всемирной организацией здравоохранения, проведено анкетирование учащихся 5-7 и 8-11 классов, их родителей и учителей в трех общеобразовательных школах города. Детская выборка составила 1134 человека,

отклик после проведения правки анкет - 703, или 62% от общего числа анкетированных. Опрос проводился методом самозаполнения анкет.

Перед началом анкетирования проведено обучение интервьюеров, которыми были медицинские работники и социальные педагоги школ. Анкетирование во всех школах проведено одновременно, что исключило перекрестную утечку информации и нежелательную подтасовку ответов.

Анкеты содержат от 37 до 56 вопросов у детей разных возрастных групп. Аналогичные вопросы были в анкетах родителей и учителей.

По результатам анкетирования составлен отчет для Всемирной организации здравоохранения. Результаты анкетирования в отчете сравниваются с соответствующими отчетами других российских регионов CINDI - дети - Россия.

Анализ полученных результатов показал, что **92% детей 5-7 классов не сомневаются в том, что для них важно быть здоровыми**, 8% детей не знают важности этого.

В 5-7 классах наиболее интересной темой о здоровье является физическая активность (90% детей), наименее интересной - сексуальные отношения.

В 8-11 классах также наиболее интересной темой названа физическая активность, но интересующихся уже гораздо меньше - 70%, а тема сексуальных отношений переместилась на третье место (52%).

Почти 90% детей 5-7 классов уверены, что в школах нужна программа здорового образа жизни, и всего 61% учащихся 8-11 классов согласны с этим, более 20% - не знают и почти 10% отрицают необходимость такой работы в школе.



Около 70% детей 5-7 классов и 95% подростков 8-11 классов уверены, что забота об их здоровье - их собственная задача и состояние здоровья зависит от них самих.

Менее 10% детей ожидают поддержки в опасных жизненных ситуациях от друзей, около 5% - от учителей. Основная часть детей ждут помощи в данном случае от родителей.

Таким образом, наше исследование достоверно показало, что раннее профилактическое вмешательство наиболее перспективно. Это связано с тем, что поведенческие факторы риска у детей еще не сформировались или их появление носит непостоянный характер, когда еще не сложился стереотип поведения, не соответствующий здоровому образу жизни. Доказано, что уже в этом возрасте формируются факторы риска атеросклероза, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, обуславливающие значительную заболеваемость и смертность взрослого, особенно мужского, населения. Распространенность курения среди школьников, по данным эпидемиологических исследований, высока. Наше исследование показало, что в 5-7 классах не более 5% детей не видят ничего плохого в курении, а в 8-11 классах - уже 47%.

Употребление спиртных напитков среди старшекласников широко распространено. Алкогольные напитки пробовали 93% учащихся 8-11 классов, при этом отрицательное отношение к алкоголю высказали более половины опрошенных.

Угроза здоровью детей в подростковом возрасте может возникнуть в результате недостаточной физической активности вследствие неправильной организации учебно-воспитательного процесса. **«Школьная гипокинезия» - одна из важных проблем современной профилактической медицины.**

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье населения. Недостаточное потребление овощей и фруктов, избыток жира в питании способствуют развитию избыточной массы тела, дислипидемий, артериальной гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

В настоящее время **возрастает роль стрессового фактора в развитии заболеваний у школьников.** Ве-

роятность развития депрессии у детей велика, что требует изменения среды образовательного учреждения в сторону большей дружелюбности по отношению к детям.

За годы обучения в школе в 5 раз возрастает число нарушений зрения и осанки, в 4 раза увеличивается число детей с заболеваниями органов пищеварения. Прирост числа функциональных расстройств, хронических заболеваний у обучающихся в школах с повышенными нагрузками, по данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, идет гораздо интенсивнее, чем среди учащихся массовых школ.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что **проблему сохранения и укрепления здоровья школьников в настоящее время можно решить только путем создания интегральной профилактической программы,** направленной на изменение поведенческих навыков, школьной среды и медицинского обслуживания в школе, что в свою очередь требует разработки новых медицинских, педагогических и социальных технологий, внедрения принципов и методов лечебной педагогики, гигиенического обучения основам здорового образа жизни при активном вовлечении в этот процесс семьи, школьников и педагогов.

Основная проблема, с которой столкнулись школы города, участвующие в эксперименте, - противоречие между ориентацией на здоровье как общечеловеческую ценность и реальным состоянием здоровья учащихся.

В образовательных учреждениях г.Бийска внедрены самые разнообразные профилактические программы, направленные на укрепление здоровья школьников и формирование у детей навыков здорового образа жизни.

В основу программы «Здоровье», разработанной коллективом школы №17, положена идея повышения роли учителя, как носителя профессиональной валеологической культуры. Главная цель программы - внедрение здоровьесберегающих технологий в учебный процесс. Педагогический коллектив школы рассматривает исследовательскую деятельность и валеологическую направленность своей работы приоритетной, актуально зна-

чимой для развития профессиональной компетентности учителя.

Работая совместно с комитетом по здравоохранению, школа успешно реализует программу укрепления и восстановления здоровья детей, подростков, педагогов. Так, реализуется четырехуровневая программа первичной профилактики артериальной гипертензии. Работа построена следующим образом. Путем анкетирования детей определены группы риска. У младших школьников (1-4 классы) определяются уровень владения гигиеническими навыками, уровень физической активности, применение малосолевой диеты. В среднем и старшем школьном возрасте (5-11 классы) кроме этого изучается распространенность вредных привычек, в частности - курения, употребления алкоголя, наркотиков. В соответствии с результатами анкетирования проводится работа по профилактике наркомании, табакокурения, алкоголизма. Параллельно внедряется программа «Антистресс» и ведется борьба с лишним весом.

Активно действует клуб «Здоровое сердце», где реализуется комплексный подход к вопросу охраны здоровья детей, родителей и педагогов, оказывается помощь семье в вопросах антистрессового, антиалкогольного, антинаркотического воспитания.

Таким образом, программа «CINDI» позволила выявить реальное отношение детей, их родителей к собственному здоровью, к вредным привычкам, к программе здорового образа жизни и разработать на основе данных анкетирования локальные программы и проекты, направленные на решение задач по сохранению и укреплению здоровья школьников, их родителей и членов педагогического коллектива школы.

В двух других школах, являющихся демонстрационными площадками программы CINDI, разработаны и внедряются свои профилактические программы.

Дальнейшая работа предполагает проведение повторного анкетирования с целью определения эффективности внедренных профилактических программ и распространение опыта трех школ, принявших участие в эксперименте, на все учреждения образования города.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ с нарушенным состоянием здоровья

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



Вакцинация детей с сахарным диабетом

Дети, больные сахарным диабетом, подлежат профилактической вакцинации против дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидпаротита, в том числе и против вирусных гепатитов В, А. Рекомендуется ежегодно вакцинировать детей с сахарным диабетом против гриппа с использованием сплит- или субъединичных вакцин.

Профилактическая вакцинация может проводиться этими вакцинами в декретируемые сроки при условии, что ребенок находится в клинико-метаболической компенсации сахарного диабета в течение месяца перед вакцинацией (общее удовлетворительное состояние, отсутствие жажды, полиурии, удовлетворительный аппетит, гликемия нато-

щак не выше 10 ммоль/л, суточная глюкозурия в пределах 10-20 г, отсутствие ацетонурии).

Перед проведением прививок необходимо выполнить исследование уровня гликемии натощак, глюкозурии в течение суток, анализ мочи на ацетон.

Профилактическая вакцинация проводится на фоне основного лечения: диеты и инсулинотерапии.

При техническом выполнении вакцинации следует обратить внимание на возможность наличия липодистрофий у детей, больных сахарным диабетом, что обуславливает необходимость выбора для вакцинации участков тела, свободных от липодистрофий.

В поствакцинальном периоде необходим контроль педиатра-эндокринолога за общим состоянием ребенка, температурой тела в течение трех дней, наличием или отсутствием местных реакций, а также симптомов декомпенсации сахарного диабета (появление жажды, полиурии, диспептических расстройств, болей в животе, нарастание гликемии и глюкозурии, появление запаха ацетона изо рта, ацетона в моче). По показаниям необходима коррекция диеты и инсулина.

Для профилактической вакцинации детей, больных сахарным диабетом, остаются в силе все противо-





показания, определяемые инструкцией по проведению профилактической вакцинации детям, не больным сахарным диабетом, и декомпенсированное состояние у детей, больных диабетом.

Клиническое течение поствакцинального периода

Клиническое наблюдение за детьми, страдающими сахарным диабетом, вакцинированными против дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори и эпидпаротита, гриппа и гепатита В по индивидуальному графику, не выявило поствакцинальных реакций, осложнений со стороны основного заболевания, а также учащения случаев присоединения интеркуррентных вирусных инфекций в сравнении с группой здоровых детей.

Формирование специфического иммунитета

Формирование иммунитета против кори и эпидемического паротита у детей с сахарным диабетом, вакцинированных на фоне заболевания, не изучено. Ретроспективный анализ содержания уровня противополиомиелитных, противокоревых и противопаротитных АТ у детей, привитых до манифестации заболевания, показал, что сахарный диабет не оказывает влияния на сохранность защитных уровней специфических АТ, хотя процент серонегативных сывороток в этой группе несколько превышал таковой в группе здоровых детей. На практике детей с сахарным диабетом часто вакцинируют против гриппа и гепатита В, однако уровни специфических антител у них не исследованы.

Вакцинация против дифтерии и столбняка у детей с сахарным диабетом, проведенная как до, так и после развития заболевания, приводила к полноценной продукции специфического иммунитета, не отличающейся по уровню от контрольной группы (практически здоровых). При этом через 5 лет после ревакцинации противодифтерийные АТ в защитных титрах зарегистрированы в 86% случаев, в противостолбнячные – в 95,7%, что практически не отличается от того, что наблюдается у здоровых.



Полезно ЗНАТЬ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК

**Вступил в силу с 1 января 2002г.
(Приказ Министерства здравоохранения №229 от 27.06.2001г.)**

ВОЗРАСТ	НАИМЕНОВАНИЕ ПРИВИВКИ
В первые 12 часов жизни	Первая вакцинация - гепатит В
3-7 дней	Вакцинация - туберкулез
1 месяц	Вторая вакцинация - гепатит В
3 месяца	Первая вакцинация - дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит
4,5 месяца	Вторая вакцинация - дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит
6 месяцев	Третья вакцинация - дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит. Третья вакцинация - гепатит В
12 месяцев	Вакцинация - корь, паротит, краснуха
18 месяцев	Первая ревакцинация - дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит
20 месяцев	Вторая ревакцинация - полиомиелит
6 лет	Вторая вакцинация - корь, паротит, краснуха
7 лет	Первая ревакцинация – туберкулез. Вторая ревакцинация - дифтерия, столбняк
13 лет	Вакцинация - гепатит В (ранее не привитые). Вакцинация – краснуха (девочки)
14 лет	Третья ревакцинация - дифтерия и столбняк. Ревакцинация – туберкулез. Третья ревакцинация - полиомиелит
Взрослые	Ревакцинация против дифтерии и столбняка - каждые 10 лет от момента последней ревакцинации

Примечания:

1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.
2. Детям, родившимся от матерей – носителей вируса гепатита В или больных вирусным гепатитом В в третьем триместре беременности - вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0-1-2-12 месяцев.
3. Вакцинация против гепатита В в 13 лет проводится ранее не привитым по схеме 0-1-6 месяцев.
4. Вакцинация против краснухи проводится девочкам в 13 лет ранее не привитым или получившим только одну прививку.
5. Ревакцинация против туберкулеза проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям.
6. Ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет.
7. Применяемые в рамках национального календаря профилактических прививок вакцины (кроме БЦЖ) можно вводить одновременно разными шприцами в разные участки тела или с интервалом в 1 месяц.
8. При нарушении срока начала прививок последние проводят по схемам, предусмотренным настоящим календарем и инструкциями по применению препаратов.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Татьяна Леонидовна Гонопольская, врач-маммолог,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В последнее время в мире отмечается рост заболеваемости раком молочной железы, такая же тенденция просматривается в России. Наиболее высокая заболеваемость наблюдается в экономически развитых странах (50-60 заболевших на 100000 женщин). В России она составляет 50-58 заболевших на 100000 женщин. Одновременно с ростом заболеваемости растет и смертность.

Казалось бы, молочная железа - орган легко доступный осмотру и пальпации, тем не менее число ошибок на поликлиническом этапе велико и достигает 38%. Необходимо отметить, что **первый пик заболеваемости раком молочной железы приходится на репродуктивный возраст - 30-40 лет.**

При этом рак в первой стадии выявляется лишь в 13% случаев. При раннем выявлении опухоли до ее клинических проявлений 20-летняя продолжительность жизни достигает 92-98%. В то время как в настоящее время в большинстве ЛПУ России 50% заболевших погибают в первые 5 лет после операции. Причин этому много, они носят объективный и организационный характер. Прежде всего, к ним можно отнести недостаток финансирования, разный уровень технического и кадрового обеспечения ЛПУ России, большая удаленность территорий. Плохо поставлена санитарно-просветительная работа. Население не знает, куда идти и к кому обращаться, да к тому же и боится последствий операций, а порой и просто не в состоянии оплатить все необходимые расходы.

Снижению заболеваемости и смертности должны способствовать **комплексные профилактические мероприятия**: ранняя диагностика и использование современных методов лечения доброкачественной патологии молочных желез.

Существует гипотеза, что доброкачественные изменения молочной железы представляют собой исходное звено в процессе злокачественного перерождения тканей молочной железы. Следовательно, факторы риска для этих заболеваний едины.

Известно, что рак молочной железы может появиться в тканях, измененных многочисленными неопухолевыми заболеваниями. Отдельные участки измененной ткани молочной железы через разные сроки могут переродиться в злокачественную опухоль. В свете изложенных фактов лечение больных с мастопатией необходимо рассматривать не изолированно, а в плане профилактики рака этого органа.

Выполнение задач первичной профилактики заболеваний молочной железы требуют решения проблем восстановления и сохранения окружающей среды, уменьшения влияния различных канцерогенов на организм женщины, нормализации семейной жизни, осуществления своевременной детородной функции и грудного вскармливания ребенка. **Вторичная профилактика** заключается в выявлении и лечении различных нарушений эндокринной системы, функции печени и щитовидной железы, заболеваний органов женской половой сферы. Если первичная профилактика мастопатии и рака

молочной железы в большей степени относится к социальной сфере, то вторичная профилактика является прерогативой медицинской науки и практики.

Исследования, проведенные многими авторами, позволяют отнести к группе риска по возникновению патологии молочной железы и рака женщин, имеющих:

- наследственный характер (наличие доброкачественных и злокачественных новообразований молочных желез у родственниц по материнской линии);

- операции на молочных железах, в том числе травмы груди;

- высокий социальный уровень;

- тяжелые психотравмы;

- ранний возраст менархе и поздний - менопаузы;

- подвергшихся ионизирующему излучению;

А также заболевания:

- гинекологические (гиперпластические процессы в матке, эндометриозы, миомы матки, синдром поликистозных яичников, нарушения менструальной функции, гинекологические нейро-эндокринные синдромы, опухоли яичников);

- эндокринные нарушения, сопровождающиеся гиперэстрогенией, гипопрогестеронемией, гиперандрогенией, гиперпролактинемией;

- заболевания щитовидной железы;

- заболевания печени с длительным течением (более 10 лет);

- гипертоническая болезнь;

- сахарный диабет;

- ожирение;

- иммунодефицитные состояния.



Таким образом, **под динамическим наблюдением должны находиться женщины** с неизменными молочными железами с контролем через 2 года; синдромом втянутого соска без рентгено-маммографических признаков рака; синдромом оперированной молочной железы по поводу доброкачественных заболеваний; синдромом патологической секреции из соска молозивоподобного и гнойного характера без цитологических признаков внутрипротоковых изменений с контролем через 6 месяцев.

Обобщить вышеизложенное можно цитатой академика Н.Н. Перова: «Основной метод профилактики злокачественных опухолей - это выявление и лечение предопухолевых заболеваний».

Мастопатия, или фиброно-кистозная болезнь, по гистологической классификации ВОЗ, является самым распространенным доброкачественным заболеванием молочных желез. По некоторым данным, это заболевание встречается у **60% женщин репродуктивного возраста**.

При патологии молочных желез часто отмечаются уплотнения в молочной железе, могут также быть **малозаметные изменения кожи молочной железы или соска, незначительные болевые ощущения** в молочной железе. Все эти изменения, как правило, мало беспокоят больную, не мешают ей жить и работать. Однако необходимо помнить о том, что **если появились какие-то новые, пусть самые незначительные изменения в молочной железе, возникает чувство нагрубания, распираания в молочных железах в середине менструального цикла или перед менструацией, то нужно незамедлительно обратиться к врачу**.

Большую роль в диагностике патологии молочных желез играет самообследование, которое рекомендуется проводить систематически, лучше всего в период первой недели после окончания менструации.

Самообследование молочных желез начинают с осмотра перед зеркалом. Внимательно осматриваются молочные железы, обращает-

ся внимание на изменение объема и формы груди, а также изменения цвета кожи, соска и околососкового кружка. Необходимо проверить, есть ли выделения из соска при сжатии его большим и указательным пальцами противоположной руки. Если выделения есть, обязательно обратить внимание на их цвет. Мысленно разделив молочную железу на четыре части (квадранты), необходимо провести обследование квадрант за квадрантом в одной и той же последовательности при каждом самообследовании. Необходимо помнить, что молочная железа наиболее развита на уровне верхнего наружного квадранта. Необходимо также ощупывать молочную железу по квадрантам в положении лежа. Так можно более тщательно обследовать нижние зоны молочной железы. Обследуя подмышечную впадину, нужно попытаться найти подмышечные лимфатические узлы. Если они прощупываются, это не страшно, но обратиться к врачу необходимо, если они появились недавно или их форма изменилась.

Основными методами диагностики патологии молочных желез являются **аппаратные методики**. Особая диагностическая ценность отводится рентгенологическому методу исследования (**маммография**), которая должна проводиться всем женщинам в возрасте после 40 лет не реже одного раза в два года. **Ультразвуковая диагностика** является методом скрининга у женщин моложе 40 лет и уточняет картину, полученную при других методах исследования.

Доброкачественные гиперпластические процессы в молочных железах - всего лишь проявление определенного неблагополучия в организме, которое нужно выявить и устранить. Без устранения причины - лечение обречено на неудачу.

В терапии мастопатии ведущая роль принадлежит системному подходу, охватывающему многообразие факторов, которые способствовали развитию заболевания, с учетом гормонального статуса и процессов метаболизма. Системный подход базируется на знании личностных

особенностей больной, факторов окружающей среды, психологических взаимоотношений и нюансов семейной жизни. Основой патогенетической терапии ФКБ является коррекция выявленных изменений функции нейроэндокринных органов.

Исследование молочных желез является обязательным при каждом обследовании женщины гинекологом. Женщины с выявленными диффузными изменениями молочных желез, не нуждающихся в оперативном лечении, должны получать длительную консервативную терапию с учетом частоты рецидивирования заболевания.

На базе Диагностического центра Алтайского края открыто поликлиническое отделение Краевого маммологического центра. Прием женщин в это отделение осуществляется по направлению врачей-гинекологов, онкологов, эндокринологов, терапевтов, хирургов из межрайонных маммологических центров и лечебно-профилактических учреждений края. Всем обратившимся необходимо иметь на руках: направление, выписку из истории болезни, данные УЗИ молочных желез и маммографии (по возможности), результаты цитологического исследования мазков при сцеживающей молочной железе.



УПРАВЛЕНИЕ ЧУВСТВАМИ: ДЛЯ МУЖЧИН

Чувства и эмоции - это привилегия женщин?! Настоящий мужчина всегда спокоен и хладнокровен, он не обижается и тем более не плачет. Это распространенное общепринятое мнение о мужчинах. Но мы все испытываем различные чувства и эмоции: страх, радость, разочарование, гнев, раздражение, восхищение и многие другие много раз в день. И это нормально, потому что чувства и эмоции являются нашей естественной реакцией на события жизни.

Но среди мужчин считается не принятым их выражать, принято, наоборот, сдерживать и подавлять эмоции, ведь проявление их в мужском мире считается слабостью. Но в этой ситуации происходит то, что называется «эффектом котла», который полон воды, постоянно подогревается, и у которого запаяна крышка. Представьте, что произойдет со временем? Именно поэтому иногда достаточно малейшей неприятной ситуации, чтобы произошел взрыв. Подобный всплеск негативных эмоций нередко приводит к вспышкам гнева и агрессии, а иногда и к насилию по отношению к окружающим в любой форме: эмоциональной, словесной, физической. Все это не способствует конструктивному решению проблем и возникших противоречий. Также этому не способствует намеренное обострение конфликта, яростное выражение агрессии.

Различные проявления гнева могут привлечь внимание, но обычно не позволяют получить то, чего Вы хотите добиться. Злость предназначена для устрашения других людей, обычно она это делает. Но испуг ведет к дискомфорту, что затрудняет разумное обсуждение проблемы, а в конечном счете и ее решение. Кроме того, недоброжелательность, созданная гневом, может надолго отравлять атмосферу после того, как причина раздражения уже забыта.

Когда раздражение становится хроническим, в результате постоянно подавляемых эмоций, оно также влечет за собой проблемы здоровья, включая повышенное давление, болезни сердца, некоторые виды рака, депрессию.

Имеете ли Вы склонность К ГНЕВУ:

- Думаете ли Вы, что люди, которые обслуживают Вас не торопясь, заслуживают, чтобы на них накричали из-за их нерасторопности?
 - Предполагаете ли Вы, что при возможности они готовы обсчитать Вас?
- Если «да», то Вы верите в то, что гневная реакция оправдана.**
- Кричите ли Вы на своего ребенка, как только он проливает или роняет что-либо?
- Если «да», то Вы раздражаетесь автоматически – без размышления.**
- Чувствуете ли Вы, что Вас трясет или у Вас перехватывает дыхание после раздражающего столкновения?
- Если «да», то Ваш организм сильно реагирует на воспринимаемые угрозы.**
- Раздражаетесь ли Вы каждый раз, когда стоите в очереди или ведете машину?

Если «да», то раздражение стало Вашей привычкой.

Что же делать?

И можно ли что-то сделать? Конечно, можно, и это необходимо. Можно научиться контролировать свой гнев и вспыльчивый нрав достаточно эффективно. Первым и большим шагом является знание и понимание собственных эмоций и признание того, что они создают проблемы.

У нас не так много моделей того, как можно выразить свой гнев нормальным, здоровым путем, но все же они есть.

О наступающих нас негативных эмоциях, могущих привести нас к агрессии и оскорблениям, предупреждает нас наше тело. Сами собой, непроизвольно, сжимаются кулаки, зубы, дыхание становится чаще и интенсивнее, сердцебиение учащается, может присутствовать ощущение сжатия сердца, напрягаются мышцы. Прислушайтесь к себе и к этим предупреждающим сигналам.

Следующие стратегии поведения способствуют сохранению спокойствия в потенциально неблагоприятных ситуациях и конструктивному решению проблем.

Если Вы чувствуете какие-либо из предупреждающих сигналов, скажите человеку, что в данный момент не мо-

жете говорить об этой ситуации. Сделайте перерыв, сделайте то, что в спорте называется тайм-аутом. Когда тренер команды, наблюдая со стороны за ее игрой, видит, что она близка к поражению, он берет тайм-аут, чтобы сменить тактику игры и привести свою команду к победе. Сделайте то же самое и скажите об этом вслух: «Я очень рассержен, мне необходимо время, чтобы остыть, я вернусь через час». Удалитесь ровно на час. Таким образом, у Вас и Вашего собеседника будет время успокоиться, проанализировать ситуацию и продумать пути ее решения.

Как бы Вы ни были рассержены, во время такого тайм-аута не употребляйте алкоголь, другие стимуляторы, т.к. они только усугубят Ваше состояние. А также не садитесь за руль, чтобы не попасть в аварию и не оказаться в больнице. Лучше пройдите пешком. Если нет возможности выйти на улицу, выйдите в другую комнату, займите себя чем-либо. Это поможет Вам снять напряжение гнева с Вашего тела. Если Вы пообещали вернуться через час, выполните свое обещание. Это поможет установлению доверия.

Вернувшись после тайм-аута, поговорите о том, на что Вы рассердились (Именно на «что», а не на «кого»).

Если один из вас не хочет обсуждать эту ситуацию, уважайте его желание не начинать разговор в данный момент. Если Вы почувствуете новый приступ гнева, вновь возьмите тайм-аут. *В процессе обсуждения конфликтной ситуации поставьте себя на место другого человека.* Постарайтесь понять его точку зрения и сообщите ему, что понимаете ее. Если Вы ее не понимаете, задавайте вопросы, пока не поймете. Обсудите варианты решения проблемы.

Учитесь выражать неудовольствие конструктивным способом. Вместо того, чтобы сказать: «Что ты наделал(а)!», скажите: «Как мы можем это исправить?». Говоря о своем неудовольствии, говорите не о том, кто не нравится, а о том, что не нравится. Не «Ты плохая», а «Твои поступки плохие». Например, «Я чувствую гнев и обиду, когда ты повышаешь на меня голос». Таким образом, вы информируете человека о том, что с Вами происходит и даете ему возможность исправить свою ошибку, не настроивая против себя.

Позвольте другим знать, что и как Вы чувствуете, и это даст Вам возможность решать конфликты. Это изменит Вашу жизнь и отношения в лучшую сторону.

Информация предоставлена краевым кризисным Центром для мужчин



БРОНХИТ – ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ



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



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

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



Занятие 2

Табакокурение или ЗДОРОВЬЕ?

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - это хроническое медленно прогрессирующее заболевание бронхов и легких, которое проявляется нарастающими нарушениями дыхания, кашлем, уменьшением переносимости физических нагрузок. Ранее ХОБЛ называли хроническим (астматоидным, обструктивным бронхитом, «бронхитом курильщика», «кашлем курильщика». Действительно, кашель, а также одышка при физической нагрузке, повышенная утомляемость - наиболее частые для ХОБЛ жалобы.

Болезнь эта возникает из-за длительного воздействия на легкие неблагоприятных факторов окружающей среды. Но в 80-90% случаев основная причина ХОБЛ – курение. Конечно, болезнь проявляется не у всех курильщиков, нужна внутренняя предрасположенность. Но кто угадает, у кого она есть, а у кого нет?

ХОБЛ формируется незаметно, а проявления ее наступают приблизительно после 45 лет, поэтому курильщику не приходит в голову, что он губит себя. Количество болеющих ХОБЛ стремительно возрастает, а значит, курение дорого обходится и человеку, и обществу.

Приведем данные Всемирной организации здравоохранения.

Продолжительность жизни курильщика на 8-15 лет короче, чем некурящего.

Курение вызывает больше преждевременных смертей, чем СПИД, наркотики, алкоголь, пожары, автотрагедии, убийства и самоубийства вместе взятые.

Токсичность табачного дыма в 4 раза выше, чем выхлопных газов автомобиля.

Вклад курения в смертность от новообразований - 90%, заболеваний легочной системы - 75%, сердечно-сосудистых заболеваний - 25%.

Среди склонных к депрессии лиц в 2 раза больше курильщиков.

Курение является причиной преждевременной смертности примерно 25% всех курящих (исследование проведено в 27 странах).

Все знают – курить вредно, однако ситуация с распространением курения табака во всех странах приобрела характер глобальной эпидемии.

Факты табачной эпидемии в Российской Федерации, предоставленные Всемирной организацией здравоохранения

○ Табачная эпидемия в Российской Федерации каждый день убивает 750 человек.

○ В России 32% всех случаев смерти мужчин вызваны употреблением табака.

○ Число случаев смерти от употребления табака увеличивается и, согласно прогнозам, к 2020г. составит более 22% всех случаев смерти.

○ Приблизительно две трети российских мужчин и одна треть российских женщин курят.

○ Число курящих среди 8-10 летних детей за последние пять лет выросло на 30%. Уже к 30 годам они приобретут хронические заболевания, приводящие к инвалидизации и ранней смерти.

○ Сегодня 55% всех случаев смерти в России вызваны сердечными заболеваниями, за ними идут раковые заболевания, на которые приходится 20% всех случаев смерти. От 25% до 30% обеих групп заболеваний вызываются курением.

○ При сохранении в нашей стране современного уровня смертности и в дальнейшем только 54% из нынешних 16-летних юношей доживут до пенсионного возраста (60 лет)

Особую тревогу вызывает тенденция к распространению курения среди женщин, т.к. организм женщины более чувствителен к токсическому и онкогенному действию табака. У интенсивно курящих женщин риск рака легких в 16 раз выше, в то время как у мужчин - в 10 раз, по сравнению с некурящими.

Из чего же состоит табачный дым?

Когда курящий затягивается, он вдыхает так называемый главный поток дыма. Горящим конусом сигареты выделяется аэрозоль, в перерыве между затяжками - побочный ток дыма, отличающийся по химическому составу от главного потока.

Та часть дыма, которая задерживается фильтром, определяется как фаза, состоящая из частиц, часть же дыма, проходящая через фильтр, является газовой фазой. Аэрозоль дыма - это высококонцентрированные, взвешенные в воздухе, жидкие частицы, составляющие смолу, которая состоит из множества органических и неорганических соединений.

Главный поток дыма, вдыхаемый курящим, составляет при курении сигарет без фильтра - 32%, а с фильтром - 23% общего количества дыма. Большая часть дыма выделяется в окружающую среду, где его вдыхают некурящие - так называемые пассивные курильщики.

Горящая сигарета является как бы уникальной химической фабрикой, «производящей» более 4 тыс. различных соединений, в том числе около 50 канцерогенных веществ, способствующих развитию рака.

К газовым компонентам табачного дыма относятся оксид и диоксид углерода, цианистый водород, аммоний, ацетальдегид, нитробензол, ацетон, сероводород, синильная кислота и другие вещества.

Фаза табачного дыма, содержащая твердые частицы, включает в основном никотин, воду и смолу - табачный деготь. В состав смолы входят (что очень важно) полициклические ароматические углеводороды, вызывающие рак, в том числе нитрозоамины, ароматические амины, бензопирен, антрацен и др.

Органы дыхания играют основную роль в процессе превращений в организме составляющих компонентов дыма.

Никотин - вызывает повреждение выстилки крупных и мелких сосудов, в т.ч. сосудов легких. Химическая реакция никотина и оксида азота приводит к образованию N-нитрозаминов, которые способствуют развитию опухолей.

Кадмий - тяжелый металл, обладает токсическим действием на все клетки органов дыхания.

Формальдегид является высокотоксичным газообразным соединением и вызывает повреждение многих клеточных структур дыхательных путей.

Полоний-210 адсорбируется в табаке из атмосферы, период его полураспада составляет 128 суток.

Уретан, бензопирен и хлорид винила относятся к числу онкогенов. В процессе их превращения в организме образуются промежуточные молекулы, которые также обладают выраженными повреждающими свойствами.

Курение приводит к поражению верхних дыхательных путей. При длительном курении развивается осиплость голоса. Люди с длительным стажем курения страдают как вкусовыми, так и обонятельными расстройствами: притупляется острота восприятия запахов, о чем человек часто узнает только после отказа от курения. Курение увеличивает секрецию желудочного сока, повышает его агрессивность, что ведет к повреждению слизистой оболочки желудка, язвенной болезни. Вредные вещества, содержащиеся в табачных изделиях, попадают в кровоток и выводятся с мочой, а это риск развития рака мочевого пузыря. Таким образом, страдает весь организм курильщика, и в первую очередь - дыхательная система.

Статистические данные опросов населения показывают, что около 70% постоянно курящих людей хотели бы бросить курить. Но самостоятельно отказаться от курения для многих трудно, что определяется никотиновой зависимостью.

Никотиновая зависимость до последнего времени не рассматривалась как лекарственная зависимость отчасти потому, что вредное влияние курения на здоровье еще не было широко подтверждено, а также потому, что эта привычка не связывалась с социальными отклонениями в поведении.

Время все изменило: обобщение более 2500 научных работ, сделанное в 1988г. в Англии о влиянии курения на здоровье, привело к изменению взглядов. Сигареты и другие формы табака стали рассматриваться как наркотики. Никотин, содержащийся в табаке, вызывает развитие наркомании. Привязанность к никотину демонстрируется тем фактом, что половина тех, кто перенес инфаркт миокарда или рак легкого, возвращаются к курению.

ОПРЕДЕЛИТЕ, НАСКОЛЬКО ВЕЛИКА У ВАС ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КУРЕНИЯ

Тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости у людей, курящих табак		
Вопрос	Ответ	Балл
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут; в течение 6-30 минут	3 2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первой сигареты утром; все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше; 11-20; 21-30; 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение остального дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Если Вы набрали 0-2 балла – зависимость очень слабая; 3-4 – слабая, 5 – средняя зависимость; 6-7 – высокая зависимость; 8-10 – очень высокая

Что же делать? И вообще, можно ли что-то сделать?

Если никотиновая зависимость не выявляется или слабая, то с этого момента - ни одной сигареты. А вот если зависимость умеренная или выраженная, наступать надо по всем фронтам. И главное направление – желание.

Определите Вашу мотивацию к отказу от курения

Оценка степени мотивации бросить курить может быть проведена с помощью очень простых двух вопросов:

Вопрос	Ответы	Баллы
1. Бросили бы вы курить, если бы это было легко?	Определенно нет;	0
	вероятнее всего;	1
	нет; возможно да	2 3
2. Как сильно вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще;	0
	слабое желание;	1
	в средней степени;	2
	сильное желание;	3
	однозначно хочу	4

Сумма баллов по отдельным вопросам говорит о Вашей готовности отказаться от сигареты. Максимальное значение суммы баллов - 8, минимальное - 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Степень мотивации можно оценить так:

сумма баллов больше 6 – Вы имеете высокую мотивацию к отказу от курения;

сумма баллов от 4 до 6 - слабая мотивация;

сумма баллов ниже 3 - отсутствие мотивации.

Так вот, если желание бросить курить есть, то необходимы и медикаменты, и иглотерапия, и психологическая помощь.

Единственный метод лечения никотиновой зависимости с доказанной научными исследованиями эффективностью – никотинзамещающие препараты.

В настоящее время в России зарегистрированы и доступны два вида никотинсодержащих препаратов: Никоретте – никотинсодержащая жевательная резинка и ингалятор.

Перед началом лечения никотинзамещающими препаратами необходимо обязательно посоветоваться с пульмонологом и выяснить, нет ли противопоказаний к лечению.

Если нет – то шанс увеличивается.

К сожалению, мест, где могли бы помочь человеку отказаться от курения, достаточно мало. Заведения, где гарантируется 100%-й успех, кажутся подозрительными - такого не бывает. Поэтому часто приходится рассчитывать на себя, на свое стремление достичь успеха. А помочь Вам в этом могут такие советы:

Если Вы решили бросить сигарету...

Кардиологический научный центр Российской академии медицинских наук дает советы тем, кто решил самостоятельно порвать с вредной привычкой.

● **Фиксируйте (письменно) время, когда Вы курили сигареты** или только хотели закурить, но воздержались. Отмечайте, насколько сильно Вам хотелось в тот момент закурить. Это поможет максимально сократить количество потребляемых сигарет и понять, когда желание закурить наиболее сильно, выделить самую «важную» сигарету дня.



○ **Заранее наметьте дату, когда Вы бросите курить.** Она может быть приурочена к отпуску, дню рождения и т.д. Когда этот день настанет, не ищите причины, чтобы отложить выполнение своего намерения на более поздний срок.

○ **Если Вы чувствуете сильную потребность в курении, лучше бросить курить сразу.** За день или два до намеченного дня выкуривайте примерно вдвое больше сигарет, чем обычно. Произойдет перенасыщение организма никотином и другими вредными компонентами табака и вы, особенно почувствовав его вредное воздействие, легче сможете отказаться от него.

○ **Каждое утро старайтесь как можно дольше оттягивать момент закуривания первой сигареты.**

○ **Не носите с собой сигареты, спрячьте их, отдайте кому-нибудь.**

○ **Выкуривайте только половину сигареты.**

○ **Старайтесь не курить, когда смотрите телевизор.**

○ **Попробуйте заменить сигарету легкими упражнениями, короткими энергичными прогулками, например, до и после работы.**

○ **Никогда не объявляйте окружающим: «Я бросаю курить» или «Я бросил курить».** Если Вам предложат закурить, отвечайте, что в данный момент вам просто не хочется. Тогда если со дня окончательного отказа Вы выкурите сигарету, это не вызовет нарекания окружающих и не будет означать, что Вы нарушили слово.

Как помочь члену семьи, близкому человеку, своему другу отказаться от курения?



○ Не злоупотребляйте беседами о вреде курения, если близкий человек об этом и так хорошо знает.

○ Не ожидайте, что он бросит курить с первой попытки. Будьте психологически готовы к рецидиву. Привычка курить у многих вырабатывается в течение многих лет, а то и десятилетий, и отказаться от нее не так легко.

○ В дни отказа от курения ненавязчиво помогите ему отвлечься от желания закурить. Занятия физическими упражнениями лучше всего отвлекают от сигарет и снимают напряжение. На дни отказа от курения не планируйте необычных мероприятий (приезд родственников, прием гостей, стратегические покупки, переход на другую работу и т.д.), так как это потребует больших эмоциональных и психологических сил. А они нужны сейчас, чтобы расстаться с курением.

○ Если Ваш друг не выдержал и выкурил одну или несколько сигарет, не паникуйте и не считайте, что все пропало. Постарайтесь помочь ему понять, почему произошел срыв, чтобы избежать его в будущем.

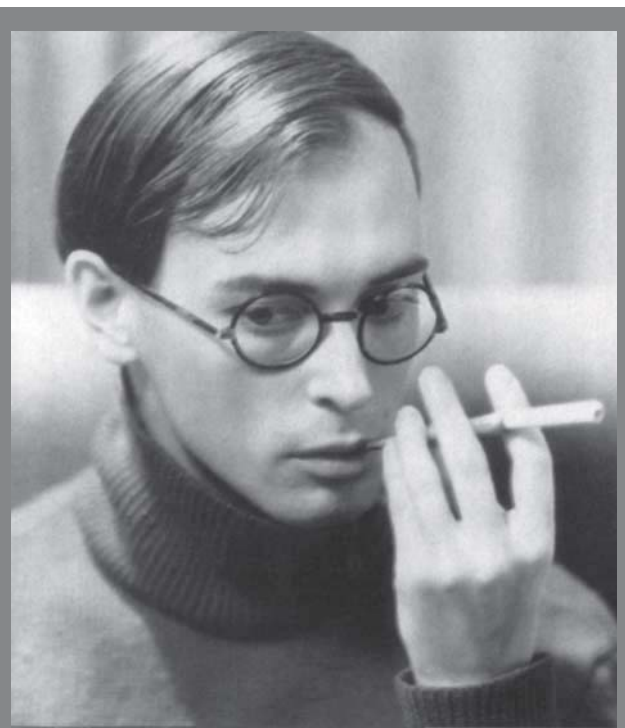
○ Когда у Вашего друга возникает сильное желание закурить, напоминайте ему о положительных факторах отказа от курения (избавление от утреннего кашля, запаха табака, экономия денег), а не о вредных последствиях курения. Исходите из того, что желание выкурить сигарету длится всего несколько

минут! Именно в эти несколько минут важно отвлечься, переключиться на что-то другое. Можно посоветовать в этот момент сделать несколько дыхательных упражнений, выпить стакан воды или съесть яблоко (огурец, морковь и т.д.). Что-нибудь съесть вместо того, чтобы курить – это один из приемов отвлечения от курения, так как пищевой центр и центр, в котором ведет к подавлению другого. Лучше всего подобрать для себя наименее калорийную пищу, чтобы не набрать лишние килограммы, например, любые фрукты, овощи, ягоды или выпить один-два стакана воды (минеральной или обычной).

Пусть у Вас хватит сил на доброжелательность, терпение и участливость, особенно в первые дни прекращения курения, когда Ваш друг может быть раздражен, нетерпелив или даже капризен, что иногда наблюдается сразу после отказа от курения.

Вы курите и чувствуете себя прекрасно? Задумайтесь, так ли нужна Вам эта вредная привычка? Стоит ли тратить на табак, чтобы в будущем делать визиты к врачам и покупать лекарства? Отказ от курения – это единственный способ затормозить прогрессирующее заболевание.

Успехи от лечения ХОБЛ напрямую зависят от того, порвете ли Вы с этой вредной привычкой. Сегодня у Вас есть реальный шанс сохранить здоровье, вовремя отказавшись от курения!



Прекращение курения – первый и обязательный шаг при ХОБЛ

Периоперативный процесс - новое качество сестринской помощи

Сегодня на страницах нашего «Вестника Ассоциации» мы начинаем публикацию информации по материалам IV международной научно-практической конференции хирургических медсестер, состоявшейся в Москве.

Быстрый темп развития науки, внедрение в хирургическую практику новых технологий и современного оборудования требуют от операционных медсестер высокого профессионализма и постоянного совершенствования.

Необходимость повышения качества медицинской помощи населению сегодня ни у кого не вызывает сомнения. Одним из путей решения этой проблемы является улучшение качества подготовки специалистов в области сестринского дела, воспитание медсестер, способных работать в условиях применения новых сестринских технологий, к которым в хирургии относится периоперативный процесс.

И сегодня медсестра готовит пациента к операции, ухаживает за ним в послеоперационном периоде, но чаще всего она только выполняет врачебные назначения. **Новый уровень подготовки медсестер по-**

зволит по-другому взглянуть на их роль в периоперативном периоде. Ведь, поступая в стационар для оперативного вмешательства, пациент испытывает огромный стресс и острую потребность в человеке, способном позаботиться о нем, решить его проблемы.

Уже в предоперационном периоде медсестра, используя стандарты, может проводить обследование, выявлять проблемы пациента и решать их на протяжении всего периоперативного периода вместе с другими членами реабилитационной бригады. **Особенно возрастает ее роль в интраоперационном периоде, когда пациент беспомощен и беззащитен.** Именно в это время возможны такие грозные осложнения, как сердечно-сосудистая недостаточность, тромбозы и др. **Вдумчивое отношение периоперативной медсестры к работе способно не только уменьшить вероятность осложнений, но и предотвратить их развитие.**

Процесс подготовки периоперативной медсестры достаточно сложен, так как она должна быть профессионалом высокой квалификации. Для подготовки специалистов, способных работать в новых услови-

ях, необходимо использовать различные методы активного обучения (деловые игры, разработка стандартизированных планов ухода, курсирование больных), проводить обучение новым сестринским технологиям, в том числе на циклах повышения квалификации операционных медсестер.

В настоящее время повышается потребность в системах оценки, экспертизы и контроля качества сестринской помощи. При экспертизе уровня медицинской помощи оцениваются:

- ведение карты периоперативного (сестринского) ухода;
- соблюдение медико-технологических протоколов сестринской деятельности;
- выполнение простых медицинских услуг;
- результаты анкетирования как пациентов, так и медицинских работников.

Результаты анализа тех или иных показателей, а также недочетов, допущенных при выполнении определенных манипуляций, необходимо использовать для повышения качества работы.

Продолжение следует

**Наталья Андреевна Койнова, старшая медсестра высшей категории
эндокринологического отделения, ГУЗ «Краевая клиническая больница»**

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Сахарный диабет - это серьезное хроническое заболевание, сопровождающееся повышением уровня сахара в крови, которое может приводить к развитию отдельных осложнений. Кроме того, при сахарном диабете могут происходить внезапные падения и подъемы уровня сахара в крови, что может быть опасным.

Сахарный диабет был известен в Древнем Египте еще в 170-м году до нашей эры. Врачи пытались найти способы лечения, но им не была известна причина болезни, и люди с сахарным диабетом, были обречены на гибель. Так продолжалось много веков. Только в 1921г. произошли перемены в лечении сахарного диабета: из поджелудочной железы новорожденного теленка получили вещество, которое снижало сахар крови. Это вещество - инсулин.

В 1922г. человек получил первую инъекцию, и люди стали учиться жить с сахарным диабетом.

У пациента, который не выполняет рекомендации врача, происходит развитие осложнений.

Выделяют острые и поздние осложнения сахарного диабета:

- 1 типа - гипогликемия (низкое содержание уровня сахара в крови);
- 2 типа - гипергликемия (высокое содержание уровня сахара в крови).

При этих осложнениях **необходима быстрая и грамотная помощь.** Поздние осложнения возникают не сразу, а приблизительно лет через 5 и более от начала заболевания при плохой компенсации диабета. В первую очередь, при сахарном диабете поражаются мелкие и крупные сосуды. Страдают такие органы, как глаза, почки, сердечно-сосудистая система и сосуды нижних конечностей.

К поздним осложнениям относятся и повреждение нервной сис-

темы, как автономной, так и периферической. При этом может нарушаться болевая, тактильная и температурная чувствительность, особенно в ногах, появляются жгучие боли, судороги, покалывание.

Стопа является основным участком человеческого тела, осуществляющим функцию опоры. Поэтому при сочетании поражений нервов и сосудов, вызванных диабетом, она высоко подвержена различным травмам.

В зависимости от того, что поражается сильнее - сосуды или нервы - различают три типа диабетической стопы:

- ◆ ангиопатическая - с преимущественным поражением сосудов;
- ◆ невропатическая - с преимущественным поражением мелких нервов;
- ◆ смешанная, когда нервы и сосуды поражены в одинаковой степени.

При поражении периферических чувствительных нервов кожа стоп перестает ощущать боль и вибрацию. Потеря защитной чувствительности грозит высоким риском травмы. Можно легко получить ожог, загорая на солнце или согревая ноги грелкой, наступить на острый предмет и не почувствовать боли, натереть ногу узким ботинком и узнать об этом через несколько дней, когда инфекция распространилась уже слишком далеко.

В результате поражения периферических нервов **нарушается проведение импульсов к мышцам.** В результате мышцы стоп становятся слабыми, атрофируются и перестают поддерживать нормальную форму стопы. **Развиваются типичные для диабетической стопы деформации - плоскостопие, молоткообразные или когтевидные пальцы.** При этом на подошве образуются выпячивания головок плюсневых костей.



Выступающие зоны стопы, в том числе при деформации первого пальца, представляют большую опасность при сочетании с невропатией. Подвергаясь постоянному давлению при ходьбе, в особенности втесной или узкой обуви, при язве стопы образование натоптыша или гиперкератоза на стопе всегда говорит о том, что локальные участки стопы подвергаются постоянному травмированию. Под гиперкератозом происходит сдавление мягких тканей и может образоваться пространство, заполненное жидкостью. Кожа стоп при сахарном диабете сухая, нередко трещинки, через которые беспрепятственно проникает инфекция. Оставаясь незамеченной, если ноги регулярно не осматриваются, инфекция быстро проникает вглубь и может поразить кости и суставы стоп.

Риск образования язвы стопы велик, если: нарушена защитная чувствительность на стопах, отсутствует пульс на артериях стоп, имеется серьезная деформация стоп, в прошлом была язва стопы, была ампутация конечности.

Низкий риск образования язвы стопы: сохранена защитная чувствительность на стопах, определяется пульсация на артериях стоп, нет значительных деформаций стоп, не было язв стоп в прошлом, не было ампутаций.

При сочетании деформации и нарушенной чувствительности риск язвы удваивается.

Продолжение следует.

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

КАК СПРАВИТЬСЯ С БОЛЕЗНЬЮ

Продолжение. Начало в №7(19)

Для ухода за больными очень удобен матрас, состоящий из отдельных частей. Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, по всей ширине наматрасника прикрепляют клеенку и подгибают ее края, что предупреждает загрязнение постели. Затем кладут простыню. Подушки должны быть достаточных размеров и мягкими.

Постельное белье должно быть чистым, белым и меняться не реже одного раза в неделю. Постель больных утром и на ночь должна перестилаться. Ухаживающий стряхивает и расправляет простыни, одеяла, взбивает подушки. Снятое грязное белье необходимо немедленно вынести из комнаты больного.

За чистотой нательного белья также нужно следить внимательным образом и производить его смену не реже двух раз в неделю. Иногда приходится менять белье несколько раз в день. После снятия грязной рубашки тело больного должно быть протерто влажным полотенцем, насухо вытерто, и лишь после этого можно надеть на больного чистую рубашку.

Возле кровати больного должен располагаться прикроватный столик, на котором в строгом порядке следует расставить медикаменты, необходимые для лечения, напитки для утоления жажды (рекомендуемые медицинскими работниками), на второй полочке должны быть средства диагностики (термометр, аппарат для измерения АД), а также предметы ухода (поильник, плевательница). На прикроватном столике требуется держать и колокольчик.

Гигиена больного

Лицо, шею и верхнюю часть туловища надо умывать ежедневно утром и вечером. Руки необходимо мыть с мылом перед каждым приемом

пищи и после туалета. Ноги нужно мыть ежедневно на ночь теплой водой с мылом.

Кожа половых органов и заднего прохода требует ежедневного обмывания. Ногти на руках и ногах должны быть коротко подстрижены.

Если больному ванна и душ противопоказаны, то нужно ежедневно делать обтирания. Для протирания кожи следует использовать специальный дезинфицирующий раствор, содержащий камфорный спирт, уксус или одеколон (0,5 литра теплой воды температурой +43-45° С).

Уход за полостью рта и зубами: для предупреждения болезней полости рта больной должен утром и перед сном обязательно чистить зубы пастой, а после еды полоскать рот теплой подсоленной водой. Необходимо обратить особое внимание на чистоту съемных протезов.

Уход за носом: у каждого больного всегда должен быть чистый носовой платок. При образовании сухих корочек нужно в каждую ноздрю ввести ватный жгутик, смоченный растительным маслом.

Уход за глазами: иногда у больных после сна склеиваются ресницы. В этих случаях берут кусочек ваты, делают шарик и смачивают его в растворе фурациллина (1/2 таблетки на 1 стакан теплой кипяченой воды) или в слабо-розовом растворе марганцовки. Для каждого глаза готовят отдельный шарик.

Уход за волосами: с целью сохранения в чистоте кожи человека и волос тяжелобольному рекомендуется короткая стрижка. Волосы мыть не реже одного раза в неделю, расчесывать волосы нужно ежедневно. Больной должен иметь свой гребень, щетку, полотенце. Пользоваться чужими предметами туалета недопустимо.



Ухаживающий за больным должен особенно следить за чистотой своего тела и одежды, чистить зубы утром и вечером и полоскать ротовую полость после каждого приема пищи. Не реже одного раза в пять дней принимать ванну или мыться в бане. Особенно следить за чистотой рук: ногти должны быть коротко подстрижены, руки тщательно промыты с мылом перед каждой процедурой.

Этот человек должен носить одежду, которую легко стирать. Одежда должна содержаться в чистоте, если на нее попадут выделения больного (моча, рвотные массы, мокрота), ее необходимо немедленно выстирать, прокипятить и выгладить.

Обувь должна быть легкой и мягкой. Если ухаживает за больным женщина, она должна покрывать волосы белым платком или косынкой.

В тех случаях, когда больной страдает заразной болезнью, меры личной гигиены и профилактики должны быть особенно строгими. Об этом в каждом конкретном случае медицинский работник проинформирует подробно.

Задачей не только медицинского персонала (участковый врач, медицинская сестра), но и всех окружающих больного лиц, является всемерное развитие и поддержание у больного интереса к занятиям физической культурой посредством бесед, изучения специальной литературы, а также с помощью эмоциональных и разнообразных по форме и содержанию процедур.

Спрашивали – отвечаем

ДОСРОЧНАЯ ТРУДОВАЯ ПЕНСИЯ И СТАЖ



- Может ли период работы после 1 ноября 1999г. в качестве медицинской сестры в акушерском отделении исчислен с применением льготного порядка, когда один год засчитывается за один год и 6 месяцев?

- В соответствии с п.3 Правил исчисления сроков выслуги для назначения пенсии за выслугу лет в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения, утвержденным постановлением Правительства РФ от 22.09.99г. №1066 (в редакции постановления Правительства РФ от 19.02.01г. №130), врачам и среднему медицинскому персоналу, работавшим в должностях в структурных подразделениях согласно приложению, один год работы засчитывается за один год и 6 месяцев при условии занятости в соответствующих должностях в течение полного рабочего дня. Перечень структурных подразделений государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, клиник высших медицинских образовательных учреждений и медицинских научных организаций, медико-санитарных частей и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых дает право один год работы считать за один год и 6 месяцев (приложение к Правилам от 22.09.99г. №1066), исходит из четкого соответствия фактических наименований структурных подразделений наименованиям, приведенным в вышеназванном Перечне. Перечнем не поименованы акушерские отделения. В этой связи право на применение льготы, предусмотренной п.3 Правил от 22.09.99г. №1066, медицинским работникам акушерских отделений не может быть предоставлено, начиная с 1 ноября 1999 года.



- Может ли предоставлено право на досрочную трудовую пенсию по старости (пенсию за выслугу лет) в связи с лечебной и иной работой по охране здоровья населения врачам и среднему медицинскому персоналу муниципального предприятия «Городская стоматологическая поликлиника»?

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



не менее 30 лет только в городах, независимо от их возраста. Положение подп.11 п.1 ст.28 названного Федерального закона подтверждает намерения законодателя о предоставлении права на соответствующий вид пенсии медицинским работникам, занятым исключительно в учреждениях. Иное нормативным правовым актом не оговаривается.

В связи с этим правовых оснований для включения в стаж, дающий право на досрочную трудовую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения, медицинским работникам муниципального предприятия «Городская стоматологическая поликлиника» органами, осуществляющими пенсионное обеспечение, не имеется.



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