

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**Нина Григорьевна АРСЕНЬЕВА, главный врач
МУЗ “Детская городская поликлиника”, г.Рубцовск,
Организатор здравоохранения высшей категории**

В номере:

**ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ВИРУСНЫМ
ГЕПАТИТОМ**



**ЖИЗНЬ С НОВЫМ
ТАЗОБЕДРЕННЫМ
СУСТАВОМ**



КАК ЛЕЧИТЬ ХОБЛ?



**КАК СОХРАНИТЬ
ФИГУРУ**



**ЛЕНЬ - ЗАЩИТА
ОРГАНИЗМА**

ОТ РЕДАКТОРА

Дар уметь жить



Совсем недавно я получила еще один жизненный урок, который во многом изменил мое мироощущение. Жить – это великий талант, даже дар - уметь жить. Особенно тогда, когда ты не просто в зрелом, а уже даже в почтенном возрасте. Когда маятник «дом – работа – дом» давно остановился...

Так случилось, что с моей бабушкой - Мельниковой Верой Васильевной мы родились в один день – и в этом августе готовились встретить круглые даты. Если бы не 13 дней, моей бабуле исполнилось бы 95 лет...

Даже на фоне потрясений, которые выпали на долю ее поколения, ее судьба представляется мне особенно жестокой и трагичной...

Ребенком оказывается с семьей в Поволжье.

Голод, смерть матери... Отец вырастил четверых детей. Затем, двадцатилетней девчонкой, вместе с двумя сестрами она приехала учительствовать в Сибирь (в Новосибирскую область) с весьма серьезным по тем временам образованием. В пожелтевшем от времени Дипломе, выданном в 1929 году, отмечено, что она изучала следующие специальные предметы – педологию, педагогику, методику...

Интересная работа, замужество, а жизнь обрушила новые удары. Сначала потеряла сестер, а в 1937 году навсегда забрали мужа Анфиногента. Так в 28 лет осталась вдовой с двумя малолетними детьми на руках, пыталась искать правду, но один из работников Новосибирского НКВД тогда достаточно серьезно посоветовал ей ради сохранения детей

уехать куда подальше. Так Вера Васильевна оказалась на Алтае - в Залесовском районе. Работала сначала в Гунихинской, Видоновской школах, в с.Б-Калтай. Затем в школах г.Новосибирска, Залесовского, Калманского, Зонального районов края. Вырастила детей, затем внуков, правнуков, появились и праправнуки. Так случилось, что пережила своих детей.

(Продолжение на стр. 2-3)

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
30.09.2004г. 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 полиграфи-
ческий 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

Дар уметь жить	2-3
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья	4-5
Эндоскопические исследования при болезнях органов пищеварения	6-7
Стоматологическая имплантация - перспективный способ восстановления зубов	8
Без рецепта	9
Жизнь с новым тазобедренным суставом	10-11
МИР И МЕДИЦИНА	12
Близорукость у детей можно предупредить!	13
БРОНХИТ-ШКОЛА. Как лечить ХОБЛ?	14-16
Потребление жирной рыбы во время беременности может предотвращать астму у детей.....	17
Банк для всей семьи. «И всем - мое почтение!»	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. «Сгорая сам - свети другим» Вакцинопрофилактика. Нужно или нет? Опасно или полезно? Мы талантливы	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Беременность: день за днем	23-25
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Где мой горшок?...	26-27
Чай... Удовольствие и лекарство	28
Доверяем профессионалам «ДНК-Диагностики»	29
РОДИТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА. Особенности детского массажа	30-31
МИР И МЕДИЦИНА	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Как сохранить нормальную фигуру	33-34
Лень - защита организма	35
Пятнышки бывают разные	36-37
Всего успеть нельзя?	38-39
Встречи в Рубцовске	40

Внимание! Приступили к работе представители журнала:
в Троицком районе - Красикова Лилия Арновна, ЦРБ, тел. 22-0-39;
в Шипуновском районе - Мищенко Вера Ивановна, ул.Мамонтова, 103, тел. 22-6-75
в Алейске - Салов Геннадий Петрович, ул.Олешко,30, тел. 22-4-97.

День пожилого человека

Дар цметь жить

Я только сейчас осознаю, какой несгибаемый характер, какая воля и жизнелюбие были в этой маленькой, хрупкой женщине. Как она умела жить, именно - умела! Не захватски, разбитно, с бравадой, а цельно, постоянно работая над собой, сохраняя строгость, справедливость, уважение и любовь к людям, особенно к детям...

Вспоминаю нашу бабу Веру светло. В памяти всплывают разные события.

После окончания мною восьмого класса мы с ней едем в Москву и Ленинград в надежде найти следы ее отца (в войну потерялись, он жил в Подмоскovie, в Вирее, но запросы определенно ничего не дали). Месяц длилось наше путешествие. Нашли родственников, собрали сведения об отце – умер в 1942 году в оккупации. Явно не было лишних средств, но мы стремились побывать везде – выставки, музеи, панорамы и театры, пригороды Ленинграда. Вставляли в шесть



Муж Анфиногент Степанович Мельников. Навеки молодой. (Фото 1930г.)

утра (из-за очередей) и до поздней ночи на ногах - а ей уже было 59!

Или позднее: моему сыну Антону прописали лечение - мацесту. И она три года подряд выезжает с ним в Сочи на полтора месяца. Это я сейчас понимаю: перелет самолетом, маленький ребенок на руках, а еще нужно устроиться и прожить в курортном городе немалый срок. А ей всего лишь 76 лет.

Отмечаем 90-летний юбилей. К столу привозим ароматную ташкентскую дыню (она их очень любит с детства, все вспоминает Поволжье), а ее реакция: «Да, НАТО всерьез входит в Среднюю Азию и уточняет «границы влияния», так, гляди, и узбекских дынь скоро не увидим...».

Несмотря на серьезную потерю зрения, перенесенную операцию, упорно читает газеты - от местных до «Коммерсантъ», бурно обсуждает, анализирует события...

Новинки алтайской литературы - особый разговор.

- Ирина, прочла в «Алтаике», что М. Юдалевич написал новую книгу о Колчаке, у тебя ее еще нет?

Приношу, на лице явное удовольствие, а через некоторое время пишет свои впечатления: «Какой интеллект, молодой человек – 38 лет отроду, блестяще образован, какая ответственность за судьбу России...».

В этом феврале: «Ты еще не приобрела И. Кудинова «Яблоко Ньютона»?». Все сетовала потом, что автора не удостоили звания лауреата Демидовской премии...

А какая радость, когда в доме гости! С племянником Алешей (10 лет) играет в шашки, Женю расспрашивает, как идут дела в институте, как успехи по анатомии и нормальной физиологии. С моей сестрой Анжелой обсуждает проблемы землеустройства, чем живет Благовещенский рай-



он (родина моего отца, Анжела переехала туда на жительство).

9 мая - традиционный обед с родителями у нас в доме. Завершилось застолье, ну, теперь главное – общение. Увидела музыкальный центр:

- Это на нем диски прослушивают?

- Да.

Интересуется, есть ли Шаляпин, Собинов. На CD - нет. Жаль. А Земфира есть?! (Ей важно иметь свое представление обо всем, в т.ч. и о Земфире. В прессе пишут о ней много, кумир молодежи, а она не слышала.)



По маме судила Песня в то
 даки Голубавиле мамини
 , Голубый Ленинки и А. Терпило
 или порисовали, Антонио как
 мажоран были
 Не судна среда, Колени били
 ? не мажора В. мажора полн, ма
 мажора били Сидорова Маж
 Ма ашарамо в П. мажоре
 Вот так 1947-1948, прощали затем
 парети с писателем, Мажора, в аси
 Гуртия прибрела тама
 Вибора Вера вибул ол Гари
 тонов, за сатирацию. Сегодня
 Мироню за удешены тунки
 людей-работи, мажор, мажор
 Чарба с мажорана ший
 Мажора мажор года, мажор
 в мажор мажор



Коллеги по работе в Залесовском районе. (Фото 1940г.)

Я и не подозревала, что **баба Вера вела дневники**. Читали их уже позже, как бы вспоминая вместе с ней прошедшие события. Источники информации - газеты, журналы, хотя читала с лупой (за две недели до болезни ездила в глазную клинику – мечтала об искусственном хрусталике), радио слушала с наушниками, да наши посещения-набеги... Поражает, как она находила возможность занимать себя, работать над собой. Записывала свои впечатления о прочитанном, услышанном, значения попавшихся в тексте иностранных слов, найденные затем в словарях.

Отдельный разговор в дневниках – текущая политическая ситуация. Выборы всех уровней власти, комментарии по программам лидеров и партий, за кого и почему лично она голосовала.

Прочитав статью за Людмила В. В.
 президент, Вурикова А. В. в гудер
 и агоря, Мельникова в главу р-на
 Мама главу Костяв, Солнечина
 Босаново И. И. в Костю, Н. Д.
 Емь за В. в мажоре событ
 Полагая, что последний раз го
 лосую за В. били, мажор, мажор
 Тридесателем прибрела
 5 марта улади при зидежа, ма
 значен Мидань В. мажор.

Сама никогда в партиях не состояла (жена врага народа), но как Учитель, Гражданин обязана быть в курсе политической и общественной жизни страны. Это неприкосновенное право. Читаю: «В. Путин отправил в отставку Правительство М.В. Касьянова. Назначили новое. Учу состав Правительства (17 министров)». И дальше каллиграфическим почерком все поименно с указанием должности и полномочий. Это же нужно выбрать, систематизировать! Через неделю в дневнике пометки – «выучила Правительство» (уму непостижимо!).

«...Погода не радует, болит колено, позавтракала, покормила Герика (пес), рассадила цветы. Дуся (сноха) пишет, что Юля стала неучливой с матерью и с ней. Пишу ей нравоучительную сказку, отправлю вторую часть...».

Потом расспрашивала Юлю, которая только что вернулась с Кавказа (баба Вера начала учительствовать по направлению в Чечне). И весь месяц пребывания там – своеобразная подготовка к «творческому» отчету перед бабой Верой... Ей семь лет от роду, учит два языка, на «ты» с компьютером.

- «Ты получила сказку от бабы Веры?».
 - «Да, но она не окончила, остановилась на самом интересном месте».

И при том, она сама гладила себе одежду, мыла посуду, два раза в неделю - и полы, в июле еще работала в саду, прополочла картофель...

Мы порой как-то абстрактно призываем пожилых к активной жизни, даем советы по творческому долголетию. А ведь они - кладезь мудрости и учителя для нас - как жить рядом. Некоторые, конечно, раскисают и в сорок лет. Но я верю, что **секрет долголетия - это прежде всего желание и умение жить**. Жить активно, иметь гражданскую позицию, быть патриотом России, не чураться простой работы, осознавая, что жить достойно – это и мужество, и благо.

Таких примеров, к счастью, немало – и Василий Тимофеевич Христенко, под непосредственным руководством которого мне посчастливилось работать, и родители моих институтских друзей – Софья Андреевна Чепасова, Раиса Алексеевна Кулаковская, Людмила Ивановна Деева... И, конечно, моя незабвенная бабушка - Вера Васильевна Мельникова.

Присмотритесь к своим старикам, они удивительные, и мы согреты их любовью.

Ирина Козлова

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 вирусным гепатитом

Вакцинация реконвалесцентов острого вирусного гепатита А АДС-м-препаратом может быть проведена через 2-4 недели после клинического выздоровления при показателях активности печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ), не превышающих нормальные значения более чем в 2-4 раза. В эпидочагах дифтерии, при наличии жизненных показаний, сроки могут быть сокращены.

Дети с хроническим гепатитом могут быть вакцинированы АДС-м-препаратом как в стадии полной ремиссии, так и при умеренно выраженной активности процесса; активность печеночных ферментов не должна превышать уровень нормальных значений более чем в 2-4 раза.

Введение АДС-м-анатоксина детям с хроническим гепатитом осуществляется по общепринятой схеме. При исходном нарушении графика дальнейшая вакцинация проводится по индивидуальному плану в соответствии с существующими методическими рекомендациями.

Дети с хроническим гепатитом и реконвалесценты острого вирусного гепатита А не нуждаются в проведении специальной терапии перед вакцинацией; при наличии сопутствующих заболеваний превентивная терапия должна назначаться с учетом их характера и течения.

Вакцинация против гриппа детей с хроническим гепатитом и реконвалесцентов вирусного гепатита В должна проводиться ежегодно в соответствии с общими рекомендациями.

Клиническое течение поствакцинального периода

Введение АДС-м-препаратов детям в раннем периоде реконвалесценции вирусного гепатита А и большим с хроническим гепатитом, независимо от стадии процесса (ремиссия, неполная ремиссия, обострение) и глубины поражения печени (хронический персистирующий гепатит, хронический активный гепатит, цирроз печени), не приводит к ухудшению течения основного заболевания и к появлению лабораторных признаков нарушения активности патологического процесса в печени.

В поствакцинальном периоде общие легкие реакции (недомогание, повышение температуры тела до 37,5°C) наблюдаются у 4,6-5,0% детей; общие реакции средней степени выраженности (повышение температуры тела до 38°C) - в 1,5% случаев; в 3,9-4% отмечалась местная реакция в виде появления инфильтрата размерами до 5x5 см. Указанные реакции возникали в первые дни после вакцинации и сохранялись в течение 1-3 дней.

Формирование специфического иммунитета

У всех детей с хроническим гепатитом, вакцинированных АДС-м-препаратом по данным НИИ вакцин и сывороток, отмечалось значительное нарастание титров противодифтерийных (от 1:1280 до 1:40000) и противостолбнячных (от 1:1280 до 1:80000) АТ, достоверно не отличающееся от такового у привитых реконвалесцентов вирусного гепатита А и здоровых детей. Этот процесс начинался со второй недели и достигал максимального развития к 1,5-2 месяцам после ревакцинации. Достаточно высокий уровень специфических АТ сохранялся на протяжении 6 месяцев - 1 года; однако и в отдаленные сроки - до 6 лет после иммунизации - у ранее привитых детей также выявлялись специфические АТ в защитных титрах.

Исследование фагоцитарной активности моноцитов крови показало, что у детей, ревакцинированных АДС-м-препаратом, наблюдается повышение значений этого показателя на 2-4-й неделе после ревакцинации с возвращением к исходному уровню через 4-6 месяцев. Аналогичная динамика наблюдается при использовании других вакцинных препаратов у здоровых детей.

Применение других вакцин у детей с вирусным гепатитом

По данным НИИ вакцин и сывороток, часть детей с хроническими гепатитами были вакцинированы не только АДС-м-анатоксином, но и получали полный курс вакцинации или ревакцинации живой противополиомиелитной вакциной. При клиническом наблюдении нами не было выявлено отрицательное влияние данного препарата на течение вирусного гепатита. В связи с тем, что не был определен уровень противополиомиелитных антител, нельзя представить динамику синтеза специфических антител. Тем не менее, учитывая хорошую переносимость данной вакцины, можно считать, что хронический гепатит не является противопоказанием к введению живой (аттенуированной) противополиомиелитной вакцины.

Полисахаридные вакцины, такие, как против менингококка группы А, С и против гемофильной инфекции типа В, также могут быть использованы при вакцинации детей с вирусными гепатитами с учетом общих рекомендаций для данной группы больных.

С целью предотвращения тяжелых форм коинфекции рекомендовано вакцинировать против гепатита А носителей и хронических больных с вирусными гепатитами В и С, а также лиц, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени другой этиологии (ACIP, VHPB 1999).



Полезно ЗНАТЬ

ВИНОВАТЫ БАКТЕРИИ, а защитить малыша от них помогает прививка

Такое инфекционное заболевание, как менингит, вызывают бактерии (менингококки). Они передаются от больного человека со слюной при кашле и чихании. Однако менингококк неустойчив во внешней среде и быстро погибает. Поэтому заражение происходит лишь при тесном контакте. Одним из первых признаков болезни является повышение температуры до 39-40°C. Ребенок может пожаловаться на сильную головную боль, которая усиливается при любом телодвижении или повороте головы.



Почти одновременно появляется рвота, никак не связанная с приемом недоброкачественной пищи. Малыш становится очень беспокойным.

Наиболее распространенная форма менингококковой инфекции – назофарингит (поражение слизистой носа и глотки). Он составляет до 80% всех случаев. Менингококк попадает на слизистую, вызывая ее воспаление. Как следствие, температура тела повышается до 37,5-38°C. Возникает боль при глотании, в горле першит, нос заложен. Ребенок может пожаловаться на кружение и головную боль (но не такую интенсивную, как при менингите). Спустя 3-4 дня температура нормализуется, и все симптомы проходят к концу недели. Отличить менингококковый назофарингит от обычных проявлений острых респираторных инфекций достаточно сложно даже опытному врачу. Если есть подозрение на менингит, ребенка госпитализируют в инфекционное отделение больницы. В условиях стационара возможно бактериологическое исследование слизи из носоглотки (обнаружение менингококка подтверждает диагноз).

Сегодня против менингита разработаны вакцины. У детей старше двух лет они дают защиту минимум на три года. В зависимости от вида вакцины ребенка разрешается прививать, начиная с 6 месяцев либо с 1 года. После инъекции организм быстро вырабатывает защитные антитела в течение первой недели.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Эндоскопические исследования при болезнях органов пищеварения



**Александр Феликсович
Федоровский, доктор
медицинских наук, профессор,
заведующий отделом
эндоскопии;
Наталья Викторовна Засорина,
врач-эндоскопист
отделения эндоскопии №1**



Трудно назвать раздел медицины, который развивался бы так интенсивно и получил столь широкое распространение, как эндоскопия.

Этот метод позволяет осматривать изнутри стенки внутренних органов и полости организма, проводить раннюю и точную диагностику различных патологических процессов, осуществлять лечебные манипуляции, даже операции под контролем зрения при введении специальных оптических и электронно-оптических аппаратов в эти органы и полости через естественные отверстия или небольшие проколы и разрезы.

К лечебным эндоскопическим манипуляциям относятся: остановка кровотечений, удаление ряда опухолей, инородных тел, введение лекарственных веществ и многое другое.

Эндоскопические исследования и манипуляции активно используются в гастроэнтерологической, пульмонологической, гинекологической, урологической и многих других областях.

В лечебно-профилактических уч-

реждениях Алтайского края ежегодно проводится более 180 тысяч эндоскопических диагностических и лечебных манипуляций, около 160 тысяч из них - гастроэнтерологические.

Гастроэнтерологическая эндоскопия - самый распространенный раздел эндоскопии. Это определяется, прежде всего, высокой заболеваемостью органов пищеварения и относительно легкой доступностью их для введения эндоскопических аппаратов.

Диагностическая гастроэнтерологическая эндоскопия - это один из инструментальных методов, который включает в себя осмотр слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой, толстой кишки с помощью специальных аппаратов - эндоскопов. Потребность в такого рода исследованиях высока. Именно поэтому в Диагностическом центре Алтайского края функционирует отделение эндоскопии №1 (гастроэнтерологическая эндоскопия), специалисты которого имеют хорошую подготовку и опыт, обеспечивают высококвалифи-

цированную диагностическую помощь по этому разделу работы. Ежегодно только в этом отделении проводится около 10000 исследований пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки пациентам самых разных возрастов практически из всех городов и районов края, направляемых на консультации в Диагностический центр.

Отделение оснащено самым современным эндоскопическим оборудованием (в том числе и видеоэндоскопическим), позволяющим на раннем этапе выявлять патологию желудочно-кишечного тракта. Эндоскопические методы дополняются морфологическими, микробиологическими и другими, это сочетание обеспечивает новые диагностические возможности, увеличивает точность диагностики, в конечном итоге, создает предпосылки для хорошей перспективы лечения.

Особенность организации работы отделения эндоскопии №1 состоит в том, что здесь объединены - гастроэн-

терологическая эндоскопия, функциональные и другие исследования (определение кислотообразующей функции желудка, проведение дуоденального зондирования и пр.) для получения максимально полной информации о заболевании пациента и установления правильного диагноза. В отделении работают три врача, в том числе один кандидат медицинских наук.

Довольно часто человек длительное время не обращает внимания на субъективные проявления болезней органов пищеварения, такие, как: изжога, отрыжка, вздутие живота, расстройство стула и многое другое. И, соответственно, обращается за врачебной помощью уже в поздние сроки развития патологического процесса, когда начинает испытывать физические страдания, а излечение требует больших затрат. Поэтому так необходимы своевременное обращение пациента к врачу, профилактические осмотры с помощью инструментальных методов (в том числе, и по инициативе самого пациента), потому как однократное обследование не всегда является достаточным. Особое внимание должно уделяться тем людям, у кого имеется отягощенный онкологический анамнез.

По мнению наших специалистов, пациент должен знать возможности предлагаемого ему метода, нюансы подготовки к исследованию.

Наиболее распространенной ме-



Кандидат медицинских наук Чуркин И.А. проводит эзофагогастродуоденофиброскопию

тодической является **эзофагогастродуоденоскопия**, при которой производят осмотр пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Это исследование позволяет обнаружить такие изменения, как гастриты, эрозии, язвы, доброкачественные и злокачественные образования и многое другое. Во время каждого исследования берется биопсия (от подозрительного участка слизистой оболочки отщипывают кусочек ткани, который направляют на гистологическое исследование).

Второй методикой (по распространению, но не по значимости) является **ректосигмоколоноскопия**. Это - тотальный осмотр толстой киш-

ки, а в ряде случаев и терминальной части тонкой кишки, также с помощью гибких эндоскопов с волоконной оптикой. Метод позволяет выявить различные изменения слизистой оболочки и оценить их с помощью прицельной биопсии. В силу своих анатомических особенностей толстая кишка представляет собой сложный для исследования орган, поэтому для более комфортного проведения исследования пациентам, при желании, оно проводится под наркозом, не имеющим каких-либо побочных эффектов.

Цитоморфологическая верификация диагноза (гистологическое подтверждение выявленной при осмотре патологии) очень важна и позволяет более точно определить характер и степень выраженности патологического процесса и, как следствие, назначить рациональное лечение. Такие комплексные исследования (эндоскопия и цитоморфология) позволяют выявлять даже незначительные изменения слизистой, что приводит к повышению эффективности исследования.

Таким образом, **гастроэнтерологическая эндоскопия, в комплексе с другими, комбинируемыми с ней исследованиями, является наиболее эффективным инструментальным методом в распознавании различных патологических процессов желудочно-кишечного тракта. Использование ее ведет к выработке адекватной тактики лечения и позволяет сохранить здоровье, а в ряде случаев - и жизнь человека.**

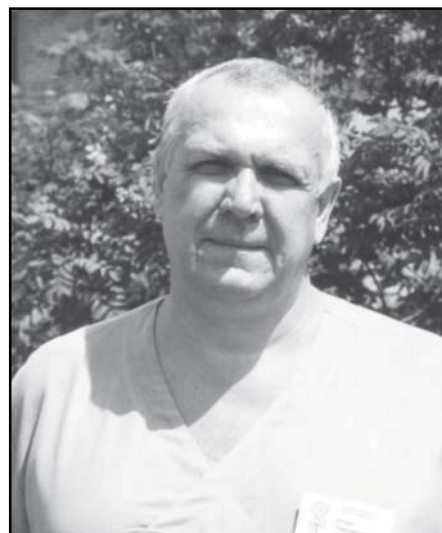


Врач-эндоскопист Сабынин В.В. и медицинская сестра Немыкина М.В. проводят эндоскопическое исследование

Жизнь с новым тазобедренным суставом

Продолжение. Начало в №9 (21)

**Игорь Тимофеевич ДЕЕВ, заведующий
травмотологическим отделением
МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул**



Решив произвести полную замену тазобедренного сустава, вы сделали первый шаг для возврата к обычной жизни без боли и ограничения подвижности, какой вы жили до болезни. Следующим шагом будет период послеоперационной реабилитации. Задача этой статьи – помочь сделать этот шаг правильно и максимально успешно. Для этого вам придется изменить некоторые старые привычки и стереотипы поведения, приложить определенные силы для восстановления ходьбы и нормального движения в суставе. Надеемся, что этот тернистый путь к выздоровлению вам помогут пройти ваша семья, друзья, медицинские работники. Попробуем помочь вам и мы.

Вам всегда необходимо помнить, что эндопротез в отличие от естественного сустава имеет ограниченный диапазон безопасных движений и поэтому требует к себе специального внимания, особенно в первые 6-8 недель. Поскольку во время операции удаляются не только измененные костные структуры, но и измененные связки, хрящи, рубцовая капсула сустава, стабильность оперированного сустава в первые дни невелика. Только ваше правильное поведение позволит избежать опасности вывиха и сформировать новую нормальную капсулу сустава, которая, с одной стороны, обеспечит надежную защиту от вывиха, а с другой стороны, позволит вам вернуться к нормальной жизни с полным объемом движений в суставе.

ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Первые дни после операции-самые ответственные. Ваш организм ослаблен операцией. Вы еще не полностью восстановились после наркоза, но уже в первые часы после пробуждения постарайтесь чаще вспоминать об оперированной ноге, следить за ее положением. Как правило, сразу после операции оперированная нога укладывается в отведенном положении. Между ног пациента помещается специальная подушка, обеспечивающая их умеренное разведение.

Вам необходимо запомнить, что:

- спать в первые дни после операции необходимо только на спине,
- поворачиваться можно только не ранее чем через 5-7 дней после операции,
- при повороте в постели необходимо подкладывать подушку между ног,
- спать на неоперированном боку можно не ранее чем через 6 недель после операции, если Вы все-таки не можете обойтись без поворота на здоровый бок, то его необходимо выполнять очень осторожно, с помощью родственников или медперсонала, постоянно удерживающих оперированную ногу в состоянии отведения. Для страховки от вывиха рекомендуем положить между ног большую подушку,
- первые дни

следует избегать большой амплитуды движений в оперированном суставе, особенно сильного сгибания в коленном и тазобедренном суставах (больше 90 градусов), внутреннего поворота ноги, вращения в тазобедренном суставе,

○ сидя в постели или посещая туалет в первые дни после операции, нужно строго следить, чтобы в оперированном суставе не было чрезмерного сгибания. Когда вы садитесь на стул, он должен быть высоким. На обычный стул следует подкладывать подушку для увеличения его высоты. Следует избегать низких, мягких сидений (кресел),

○ категорически запрещается в первые дни после операции садиться на корточки, сидеть со скрещенными ногами, «забрасывать» оперированную ногу на ногу,

○ старайтесь все свободное время посвящать занятиям лечебной физкультурой.

Первая цель лечебной физкультуры - улучшение циркуляции крови в оперированной ноге. Это очень важно для того, чтобы предупредить застой крови, уменьшить отеки, ускорить заживление послеоперационной раны. Следующая важная задача - восстановление силы мышц оперированной конечности и восстановление нормального объема движений в суставах, опорности всей ноги. Помните, что в оперированном суставе сила трения минимальна. Он представляет собой шарнирное соединение с идеальным скольжением, поэтому все проблемы с ограничением объема движения в суставе решаются не с помощью его пассивной разработки по типу раскачивания, а за счет активной тренировки окружающих сустав

В первые 2-3 недели после операции лечебная физкультура проводится лежа в постели. Все упражнения надо выполнять плавно, медленно, избегая резких движений и чрезмерных напряжений мышц. Важное значение имеет и правильное дыхание - вдох обычно совпадает с напряжением мышц, выдох - с их расслаблением.

Первое упражнение - для икроножных мышц. Отклоняйте с легким напряжением ваши стопы на себя и от себя. Упражнение надо выполнять обеими ногами по несколько минут до 5-6 раз в течение часа. Можно начинать это упражнение сразу после пробуждения от наркоза.

Через сутки после операции добавляются следующие упражнения.

Второе упражнение - для мышц бедра. Прижимайте обратную сторону коленного сустава к кровати и удерживайте это напряжение 5-6 секунд, затем медленно расслабляйтесь.

Третье упражнение - скользьте ступней по поверхности кровати, поднимайте бедро к себе, сгибая ногу в тазобедренном и коленном суставах. Затем медленно скользите ногой к исходному положению. При выполнении этого упражнения сначала можно помогать себе с помощью полотенца или эластического жгута. Угол сгибания в тазобедренном и коленном суставах не должен превышать 90 градусов!

Четвертое упражнение - положив под колено небольшую подушечку (не выше 10-12 сантиметров), старайтесь медленно напрягать мышцы бедра и выпрямлять ногу в коленном суставе. Удерживайте выпрямленную ногу 5-6 секунд, а затем так же медленно опускайте ее в исходное положение.

Все перечисленные упражнения необходимо делать в течение всего дня по несколько минут 5-6 раз за час.

Уже в первый день после операции при условии отсутствия каких-либо осложнений вы можете садиться в постели, опираясь на руки. На вторые сутки вам необходимо начинать садиться в постели, спуская ноги с кровати. Это следует делать в сторону неоперированной ноги, поэтапно отводя здоровую ногу и подтягивая к ней оперированную. При этом необходимо сохранять умеренно разведенное положение ног. Для передвижения оперированной ноги можно применять приспособления по типу полотенца, костыля и т.п. Вынося прооперированную ногу в сторону, сохраняйте тело прямым и следите, чтобы не было внутреннего поворота стопы. Сядьте на край постели, держа оперированную ногу прямо и впереди. Медленно поставьте обе ноги на пол.

Сразу необходимо запомнить, что перед тем, как садиться или вставать, вы должны забинтовать ноги эластическими бинтами или надеть специальные эластические чулки для профилактики тромбоза вен нижних конечностей!!!

ПЕРВЫЕ ШАГИ

Цель этого периода реабилитации - научиться вставать с кровати, стоять, сидеть и ходить так, чтобы Вы смогли проделывать это безопасно сами. Надеемся, что наши простые советы помогут вам в этом.

Как правило, вставать разрешают на третий день после операции. В это время вы еще чувствуете слабость, поэтому в первые дни кто-то обязательно должен помогать, поддерживая вас. Вы можете ощущать легкое головокружение, однако постарайтесь опираться на свои силы настолько, насколько это возможно. Помните, чем быстрее вы встанете, тем быстрее начнете сами ходить. Медперсонал может лишь помочь вам, но не более. Прогресс полностью зависит от вас. Итак, вставать с постели следует в сторону неоперированной ноги. Сядьте на край постели, держа оперированную ногу прямо и впереди. Перед тем, как встать, проверьте, не скользкий ли пол и нет ли на нем коврик! Поставьте обе ноги на пол. Опираясь на костыли и на неоперированную ногу, постарайтесь встать. Ухаживающие родственники или медперсонал в первые дни должны помогать вам.

При ходьбе можно лишь касаться оперированной ногой пола.

После того как вы научились уверенно стоять и ходить без посторонней помощи, лечебную физкультуру необходимо расширить следующими упражнениями, выполняемыми в положении стоя.

Подъем коленной. Медленно согните прооперированную ногу в тазобедренном и коленном суставах на угол, не превышающий 90 градусов, подняв при этом ступню над полом на высоту 20-30 см. Старайтесь несколько секунд удерживать поднятую ногу, затем так же медленно опустите ступню на пол.

Отведение ноги в сторону. Стоя на здоровой ноге и надежно удерживаясь за спинку кровати, медленно отведите оперированную ногу в сторону. Убедитесь в том, что бедро, колено и ступня «смотрят» вперед. Сохраняя ту же позу, медленно верните ногу в исходное положение.

Отведение ноги назад. Опираясь на здоровую ногу, медленно двигайте оперированную ногу назад, положив одну руку сзади на поясницу и следя за тем, чтобы поясница не прогибалась. Медленно вернитесь в исходное положение.

Все упражнения мы рекомендуем делать до 10 раз в день по несколько минут. Они помогут вам значительно ускорить период реабилитации и быстрее начать ходить без посторонней помощи.



Итак, вы довольно уверенно ходите на костылях по палате и коридору. Но этого недостаточно. У каждого больного возникает необходимость ходить по лестнице. Попробуем дать некоторые советы.

Если у вас заменен один сустав, то при движении вверх начинать подъем следует с неоперированной ноги. Затем движется оперированная нога. Костыли движутся последними или одновременно с оперированной ногой. При спуске по лестнице первыми следует двигать костыли, затем оперированную ногу и, наконец, неоперированную. Если у вас заменены оба тазобедренных сустава, то при подъеме первой начинает двигаться более устойчивая нога, затем - менее устойчивая и костыли. При спуске также первыми следует опускать костыли, затем слабую ногу и, наконец, сильную.

Напоминаем, что в этот период:

- желательно спать на высокой кровати,
- спать на здоровом (неоперированном) боку можно не ранее чем через 6 недель после операции,
- в течение 6 недель после операции вы должны сидеть на высоких стульях (по типу стульев в баре). На обычный стул следует подкладывать подушку для увеличения его высоты. Следует избегать низких, мягких сидений (кресел). Все сказанное важно соблюдать и при посещении туалета,
- категорически запрещается садиться на корточки, сидеть со скрещенными ногами, «забрасывать» оперированную ногу на ногу,
- избавьтесь от привычки поднимать с пола упавшие предметы - это должны делать или окружающие, или вы, но обязательно с помощью каких-либо приспособлений типа палки.

В городской больнице №1 г. Барнаула проводится эндопротезирование больных с поражением тазобедренного сустава. Консультации проводит зав. травматологическим отделением Игорь Тимофеевич Деев. Справки по тел. 24-16-36

БЛИЗОРУКОСТЬ У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРЕДУПРЕДИТЬ!

Нередко плохое зрение у детей уже в раннем возрасте связано с аномалиями рефракции, то есть когда у ребенка может быть близорукость, высокая дальнозоркость или различные виды астигматизма.

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



В различные периоды жизни у детей рефракция глаза неодинаковая. Так, у **95% новорожденных отмечаются дальнозоркость средней степени**. С возрастом степень дальнозоркости уменьшается. Постепенно возрастает число детей с нормальной рефракцией и близорукостью. Близорукость (миопия) возникает и развивается у детей незаметно, чаще после третьего класса. Дети начинают видеть хуже и при этом прищуривают глаза, становятся невнимательными, быстро утомляются.

С возрастом, до 17-18 лет, близорукость, как правило, прогрессирует. Особенно этот прогресс интенсивен к окончанию школы, так как у школьников увеличивается зрительная нагрузка и уменьшаются занятия физическими упражнениями на свежем воздухе, да еще на фоне полового созревания.

Близорукость характеризуется растяжением глаза, при обследовании на глазном дне могут быть обнаружены кровоизлияния, дистрофические очаги и даже отслойка сетчатки.

Эти процессы ведут к необратимой потере зрения и ранней инвалидности. Лечение таких больных очень сложное, оно возможно только в специализированном офтальмологическом учреждении, где каждый случай рассматривается индивидуально. Лечащий врач определяет необходимость назначения лекарственных препаратов, физиолечения или же оперативное вмешательство.

Спасти детей от развития близорукости - вполне реальная задача. Следует обратить внимание на физическое развитие и укрепление организма ребенка, на соблюдение им гигиенических правил при приготовлении домашних уроков, чтении, а также при работе на компьютере!

Физические упражнения - бег, плавание, ходьба на лыжах, а особенно теннис, бадминтон - умеренной интенсивности (пульс не более 100-140, ударов в минуту) оказывают благоприятное воздействие на гемодинамику и аккомодацию глаз, вызывая усиление глазного кровотока через некоторое время после физической нагрузки.

При близорукости противопоказаны занятия на гимнастических снарядах, акробатикой, прыжки со скалкой, так как после их выполнения (пульс более 180 ударов в минуту) отмечается выраженная ишемия (сужение) сосудов глаз, сохраняющаяся длительное время.

В последнее время врачи-окулисты говорят о проблемах использования компьютеров в школах, дома и в дошкольных учреждениях. Даже при соблюдении санитарных норм в классах, где работает эта техника, создается особый микроклимат: повышается комнатная температура, снижается влажность, увеличиваются уровни шума, возникает угроза воздействия электромагнитных излучений и чрезмерное зрительное напряжение на близком расстоянии от экрана. Не случайно работа оператора ЭВМ во многих странах признана одной из самых напряженных и утомительных профессий. А организм детей и подростков особенно чувствителен к подобным воздействиям. Если раньше занятия на компьютерах проводились только в старших классах, то сейчас они появились и в дошкольных учреждениях. Это чревато ростом близорукости как у школьников, так и у детей дошкольного возраста, со всеми вытекающими отсюда последствиями.





БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ



Татьяна Александровна Корнипова, 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 3

Как лечить ХОБЛ?

Напомним, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - это медленно прогрессирующее заболевание бронхов и легких, которое проявляется нарастающими нарушениями дыхания, кашлем, уменьшением переносимости физических нагрузок.

Возможно ли лечение ХОБЛ и каким оно должно быть?

Единый подход к лечению этой болезни, принятый во всем мире, используется и в России.

При стабильном течении ХОБЛ вам необходимо постоянное применение бронхорасширяющих препаратов, так называемая базисная терапия, и немедикаментозное лечение, включающее дыхательную гимнастику, закаливание, а при необходимости - кислородотерапию.

Среди множества медикаментов какие же лекарства выбрать?

Прежде всего, бронхорасширяющие препараты в виде ингаляторов или таблеток. Также используются средства, обладающие противовоспалительным действием - гормональные ингаляторы и таблетки, регуляторы выделения мокроты, вакцины для профилактики респираторных инфекций (прежде всего, гриппа).

Бронхорасширяющие средства (бронхолитики) - основа лечения ХОБЛ. Именно они способствуют уменьшению выраженности кашля и одышки. В начальной стадии заболевания бронхолитики применяются во время обострений и некоторое время спустя, обычно 1-2 месяца, например, перед физической нагрузкой, то есть по требованию. Если болезнь прогрессирует, протекает тяжело, ежедневно беспокоит одышка, бывают эпизоды удушья, необходимо постоянное непрерывное использование бронхорасширяющих средств.

В какой форме лучше применять бронхолитики?

Ответ однозначен: в ингаляционной. Ингаляторы бывают порошковые, содержимое которых - мелкодисперсная пудра, и аэрозольные.

Чем же ингаляторы лучше препаратов, применяемых внутрь?

При ингаляции препарат попадает непосредствен-



но в легкие. Вследствие этого именно в легких создается высокая концентрация лекарства, оно быстрее оказывает свое действие, не влияя на другие органы. Таблетке же, чтобы подействовать, надо всосаться в желудке, с током крови попасть в легкие, причем попадает туда только определенная ее часть, а основная масса с кровью разносится по всему организму, оказывая общее воздействие на организм и вызывая нежелательные эффекты. Таким образом, ингаляционный путь введения лекарственного вещества является оптимальным.

Очень часто, сталкиваясь с необходимостью пользоваться ингалятором, вы высказываете опасение, что, начав ингаляционное лечение, попадете в пожизненную зависимость от него. Это заблуждение. Ингаляционные бронхорасширяющие препараты действительно часто требуют длительного применения, однако никакой зависимости не вызывают! **Потребность в ингаляторах определяется состоянием проходимости ваших бронхов.** Другое дело, что при неправильном лечении течение заболевания может быть таково, что постоянные обострения вынуждают вас прибегать к помощи баллончика слишком часто. Это сигнал для обращения к врачу!

К бронхорасширяющим препаратам для ингаляционного применения относятся: «Атровент», «Беротек» и «Беродуал», которые теперь выпускаются в форме бесфреоновых ингаляторов, что означает на упаковке буквой Н; «Сальбутамол», «Серевент», «Форадил», а также таблетки, например, «Теотард», «Теопек», «Сальтос».

Как же действуют бронхорасширяющие препараты?

Эти препараты снимают спазм бронхов и улучшают их проходимость, уменьшают количество мокроты, не нарушая ее выделения, на фоне длительного их использования обострения заболевания случаются реже.

По длительности действия можно выделить три группы бронхорасширяющих препаратов: короткодействующие, которые эффективны в течение 4-6 часов, средней продолжительности действия (около 8 часов) и длительно действующие (около 12 часов).

Бронхорасширяющие ингаляторы по длительности эффекта

Короткого действия	Средней продолжительности	Длительного действия
«Сальбутамол» «Беротек Н» «Бриканил»	«Атровент Н»	«Серевент» «Форадил» «Спирива»
«Беродуал Н»		

Короткодействующие ингаляторы используются по потребности для снятия приступов удушья, одышки при физической нагрузке. К таким препаратам относятся «Сальбутамол», «Сальбен», «Саламол», «Беротек», «Бриканил» и другие. Благодаря быстрому действию облегчение наступает в течение нескольких минут, хотя максимальный эффект развивается минут через 15-20. При правильном применении препараты этой группы не оказывают побочного действия, проявляющегося в учащении сердцебиения, появлении неприятных ощущений в области сердца, дрожи кистей рук. **Ингалировать слишком часто, свыше 6-8 доз в сутки, не рекомендуется!** Препараты этой группы необходимо с осторожностью применять при имеющихся сопутствующих заболеваниях сердца, особенно если у вас стенокардия, гипертония. **Если потребность в ингаляторе велика, не откладывайте визит к врачу, скорее всего, ваше лечение требует коррекции.**

Часто доктора при хроническом бронхите и ХОБЛ выписывают бронхорасширяющее лекарство «Атровент». Остро возникший приступ удушья это лекарство не снимет, т.к. он действует постепенно, вызывая расширение бронхов через 20-30 минут от момента ингаляции. А для достижения стойкого эффекта его ингалируют регулярно и очень длительное время, нередко постоянно. Преимуществами этого лекарства является то, что эффект от его применения сохраняется более длительно по сравнению с короткодействующими ингаляторами - около 8 часов, а также то, что он не оказывает влияния на сердечно-сосудистую систему, может использоваться без опаски и при артериальной гипертензии, и при ишемической болезни сердца.

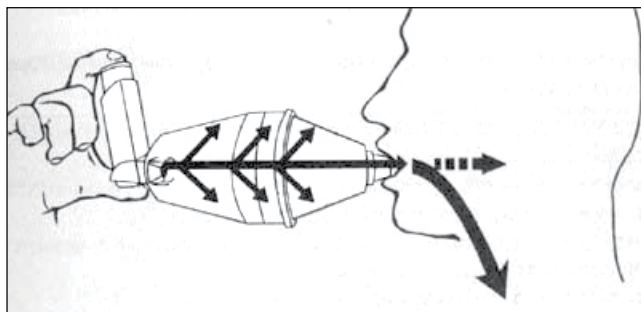
Бывает, в лечении ХОБЛ недостаточно использования только одного препарата, поэтому были созданы комбинированные лекарства, составляющие которых взаимно усиливают друг друга. К таким препаратам относится «Беродуал», т.е. комбинация «Атровента» и «Беротека» в одном ингаляторе. Эффект от ингаляции «Беродуала» наступает быстро, а длительность действия возрастает по сравнению с «Беротеком» до 6-8 часов.

В арсенале пульмонолога имеются лекарства еще более длительного действия, такие, как «Сервент» и «Форадил», которые способны расширять ваши бронхи в течение 12 часов. Эти препараты используются дважды в сутки, поэтому очень удобны в применении.

В последний год в России появился еще один длительно действующий препарат - «Спирива», более эффективный, чем его предшественник «Атровент», к тому же применяется он только один раз в сутки, так как эффект обеспечивается в течение 12 часов. Стоит попробовать!

Одна из проблем, с которой вы сталкиваетесь при использовании аэрозольных препаратов, - это невозможность синхронизировать вдох с нажатием на баллончик. Чтобы справиться с этой проблемой, мы рекомендуем использовать **спейсеры** - пластиковые камеры различного объема, которые присоединяются к аэрозольному ингалятору.

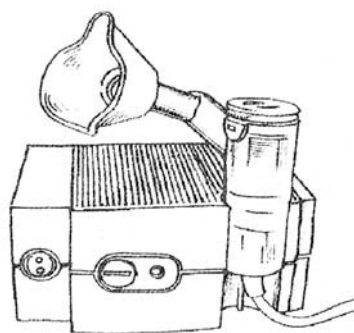
Техника использования спейсера



Зачем такие сложности? Струя лекарства в спейсере превращается в облачко, которое держится 3-5 секунд и более плавно входит в бронхи при вдохе. Количество лекарства, попавшего в дыхательные пути, увеличивается. При использовании ингалятора без спейсера слишком много вещества оседает на задней стенке гортани и стенках ротовой полости, так как струя ингалятора достаточно мощная. Спейсер же способствует тому, что крупные частицы лекарства, которые все равно не попадали бы в бронхи, не оседают во рту, а задерживаются на стенках спейсера. Спейсеры позволяют увеличить поступление лекарственного вещества в бронхи на 20-30%, что бывает важным при тяжелом обострении бронхита. Предпочтительнее спейсеры большого объема (0,75л).

При обострении заболевания или тяжелом прогрессирующем его течении в стационаре, на «Скорой помощи» используется прибор - **небулайзер** (от англ. «небула» - туман). Это аппарат, создающий мелкодисперсный аэрозоль, способный проникать в самые отдаленные участки легких, оказывая там лечебное воздействие.

Небулизация лекарственного вещества позволяет за очень короткий срок достичь высокой концентрации вещества в легких, при этом не требуется синхронизации вдоха с нажатием на баллончик. Многие пациенты получают небулайзерное лечение в условиях поликли-



ники, стационара. Есть небулайзеры и в арсенале врачей «Скорой помощи». Небулизация - это более эффективный способ снять приступ удушья, чем внутривенная инъекция эуфиллина, и бояться использования небулайзера врачом «Скорой помощи» не нужно. А вот необходимо ли вам небулайзер для домашнего использования, - это решит пульмонолог.

Какое же место в лечении ХОБЛ занимают таблетированные бронхорасширяющие средства?

Используются они при недостаточной эффективности ингаляторов как дополнение к основному лечению. Напомним, что бронхорасширяющие таблетки раздражают слизистую оболочку желудка, а всасываясь в кровь, оказывают влияние на многие органы! В настоящее время не рекомендуются к применению, вследствие наличия более эффективных и менее токсичных препаратов, «Теофедрин» и «Эуфиллин». **Ваш лечащий доктор при необходимости может дополнять лечение назначением противовоспалительных средств, антибиотиков, отхаркивающих препаратов.**

В следующей беседе мы расскажем о средствах доставки лекарственных веществ - различных типах ингаляторов.

Если пульмонолог назначил лечение - соблюдайте его. Часто оно не дает сиюминутного эффекта, нужны терпение и настойчивость. Успехов вам!



«Сгорая сам - свети другим»

Юлия Александровна Фролова, специалист высшей категории, повышенного уровня образования, главная медсестра ГУЗ «Краевая клиническая больница», г.Барнаул

К Международному дню медицинской сестры был приурочен конкурс «Лучшая медицинская сестра», который был организован и прошел в Краевой клинической больнице в 2004 году. За последние пять лет подобный конкурс проводился впервые, он подтвердил профессиональное мастерство среднего медперсонала, еще раз доказал важность этой профессии в структуре здравоохранения.

Конкурс профессионального мастерства проходил в три этапа. На первом, проводимом внутри отделений, участникам предлагались несколько теоретических и практических заданий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Во втором, общепользовательском, отборочном этапе конкурса, состоявшего из двух туров: решение тестовых заданий по заданной тематике и единой ситуационной задачи, приняли участие 14 человек. За право называться лучшими в своей профессии соревновались медицинские сестры нейрохирургического, урологического, отоларингологического и других отделений больницы.

По решению экспертной комиссии конкурса к третьему, финальному этапу соревнования были допущены всего шесть участниц, набравшие по сумме первых двух этапов наибольшее количество баллов. Это - **Елена Анатольевна Дунькова** (урологическое отделение), **Светлана Николаевна Медведева** и **Светла-**

на Владимировна Непорожнева (нейрохирургическое отделение), **Галина Александровна Струкова** и **Юлия Васильевна Чагина** (отделение анестезиологии-реанимации), **Татьяна Александровна Логина** (отделение сосудистой хирургии).

В июне прошел завершающий этап конкурса. В празднично украшенном конференц-зале больницы собрались участницы конкурса, болельщики, гости. Стихами, посвященные медицинским сестрам, ведущая открыла финальный тур соревнования, представив зрительно залу конкурсанток, жюри и счетную комиссию.

Программа соревнования была чрезвычайно насыщена и состояла из пяти заданий. И не случайно первым из них явилась «реклама своего отделения». Конкурсантки представили свои эмблемы и девизы, продемонстрировав специфику отделений. В следующем туре участницам предлагалось показать свои профессиональные знания - решить ситуационную задачу; девушки должны были не

только правильно поставить сестринский диагноз на основании симптомов, указанных в условии задачи, но и грамотно изложить алгоритм действий медицинской сестры. В решении медсестрами ситуационных задач было особенно заметно использовали они при подготовке к конкурсу новые методические материалы или нет. Вопросы в состязании касались истории профессии и своей больницы, работы Ассоциации средних медицинских работников, оценивалось знание Этического кодекса медицинской сестры России.

В заключительной части конкурса - «Домашнее задание» - участницы продемонстрировали свои артистические таланты, проявили творчество, изобретательность и незаурядные способности. Жюри по достоинству оценило кулинарный шедевр, представленный медсестрой отделения сосудистой хирургии **Татьяной Логиной**. Номера художественной самодеятельности были исполнены на высоком уровне. Настоящий фурор произвела песня в исполнении медсестры урологического отделения **Елены Дуньковой**. А импровизация на тему будней медицинских сестер, которую с юмором и фантазией показали представительницы нейрохирургического отделения, выше всех похвал.

Выбор жюри не был легким - все участницы проявили неординарные бойцовские качества, высокий профессионализм и разностороннюю одаренность. Однако цифры - вещь упрямая, и победительница была определена по сумме баллов всех отборочных туров.

Все конкурсантки достойно выдержали испытания. Результаты соревнования объявил председатель жюри, главный врач Краевой клинической больницы **Виктор Иванович Савенко**. Лучшей среди палатных медицинских сестер стала **Светлана Николаевна Медведева**, медицинская сестра нейрохирургического отделения, набрав по итогам трех туров 653,1 балла. Второе место жюри присудило **Светлане Владимировне Непорожневой**, медсестре нейрохирургического отделения, третье - **Галине Александровне Струковой**, палатной медицинской сестре отделения анестезиологии-реанимации. Все участницы финального этапа конкурса награждены памятными подарками, а победительницы получили еще и денежные премии.

На всех этапах подготовки и проведения конкурса среди участниц

царило дружелюбие и доверительность. Ведь главными целями конкурса были сплочение коллектива, возможность показать себя и раскрыться творчески, повышение престижа профессии медсестры.

Самое главное - конкурс состоялся. Надеемся, что соревнования за звание «Лучший по профессии» пополнят копилку добрых традиций Краевой больницы, имеющей более чем полувековую историю.



Фото (слева направо): Т.Ф. Добролюбова, старшая медсестра по хирургической службе; Е.А. Дунькова, медсестра урологии; С.Н. Медведева, медсестра нейрохирургии; С.В. Непорожнева, медсестра нейрохирургии; Ю.А. Фролова, главная медсестра больницы; Г.А. Струкова, медсестра реанимации; Т.С. Логина, медсестра сосудистой хирургии; Н.С. Нечунаева, медсестра реанимации; Д.В. Храменкова, старшая медсестра реанимации.

Мы талантливы!

Ольга Александровна Виноградова,
МУЗ «Городская больница №11»

Как хорошо, что есть на свете дом,
Куда ворваться можно в одночасье.
Там проживают папа, мама, счастье,
И детство там оставлено мое.

Где я всегда любима и мала,
Где дочка папина и старшая сестра,
Где пахнет хлебом, маминым борщом,
Где можно спать, уткнувшись вниз лицом.

Где силы крепнут, где моя душа
Ступает медленно, как в детстве,
Где боль слезами капает из глаз,
И где спасали меня сотни тысяч раз.

Калотёя

Что вечно в мире?
Красота!
Но не в игристой пене лета,
А в зрелости осеннего расцвета,
Когда единства и достоинства полна.

Вы посмотрите, как роскошен ствол,
Как строгий лист изысканно вальжен
И каждую ворсинкой нежной важен,
И капелька воды скользит на книжный стол.

Достоинства полна,
Так женственна и царственна.
Незримо, лишь пробегают годы
Мимо, мимо, мимо.
Одно лишь вечно -
Вечна красота!

Вакцинопрофилактика. Нужно или нет? Опасно или полезно?

Людмила Петровна Поканова, главная медсестра высшей категории, МУЗ «Новоалтайская городская больница»



В последние годы резко ухудшилась ситуация с инфекционными заболеваниями, особенно в городах. Мы постоянно сталкиваемся с возбудителями различных инфекций, так как они достаточно интенсивно циркулируют как во внешней среде, так и среди населения. Высокий рост отмечается в группе так называемых управляемых инфекций: дифтерии, коклюша, эпидемического паротита, кори. А это значит, что взрослые, а еще чаще дети, стали ими болеть. Ученые связывают это с изменением социально-экономических условий, проще говоря - с ухудшением условий жизни. Но не только!

В России эпидемия дифтерии в конце 20-го века на фоне неполного социального благополучия началась после активной кампании средств массовой информации, убедивших население во вреде и бесполезности прививок АКДС (коклюшно-дифтерийно-столбнячной). Это привело к заболеваемости дифтерией 104 тысяч человек, смерти 3500 человек.

С декабря 2002 года отмечается неблагоприятная ситуация по заболеваемости корью, вспышки заболевания зарегистрированы на территории Южного федерального округа (Чеченская республика), где несколько лет не проводились прививки. Высока заболеваемость в Центральном федеральном округе, в т.ч. и в Москве.

В Алтайском крае на данный момент показатели заболеваемости корью низкие, но это не является стабильным показателем: в настоящее время существует дефект противокорьевого иммунитета среди подростков и взрослого населения. Это связано с тем, что плановые прививки в основном проводились детскому населению в рамках национального календаря, и в последние годы появилась достаточно большая часть взрослого населения (до 35-летнего возраста) и подростков, непривитых или привитых однократно. Периодически регистрируются вспышки эпидемического паротита.

Основная причина роста этих инфекций - накопление числа непривитых детей и взрослых, высокая частота необоснованных отводов от прививок, отказы, нарушения сроков прививок.

Как можно изменить эту ситуацию? Плановая иммунизация населения (прививки) проводится уже много лет, и практика подтверждает, что такой метод предупреждения инфекционных заболеваний очень эффективен.

Каким же образом действует вакцина? При введении в организм небольшого количества микробов, вызывающих определенное заболевание, в организме формируются антитела. Если впоследствии в него проникнет микроб-возбудитель, антитела остановят развитие заболевания, в худшем случае, оно будет протекать в слабой форме. Иногда действие вакцины прекращается (по истечении определенного срока), и организм перестает вырабатывать антитела; в таком случае необходимо повторное введение вакцины. Иммунитет к определенному заболеванию может возникнуть и естественным путем, вследствие перенесенного заболевания. В те времена, когда чума была страшным бедствием, уносившим во время эпидемии множество человеческих жизней, существовала практика: людей, которым посчастливилось излечиться от чумы, привлекали к уходу за больными, поскольку человек второй раз уже не заболел.

В современном мире с проблемой возникновения эпидемий (во всяком случае, наиболее опасных заболеваний) почти покончено. В немалой степени это обусловлено обязательной иммунизацией (прививками) всего населения. Конечно, нельзя не отметить, что вакцина, вводимая в организм, как и любое постороннее вещество, оказывает как положительное, так и в очень редких случаях отрицательное влияние (аллергические реакции, поствакцинальные осложнения). По большей части эти реакции - нестойкие, то есть проходящие сами по себе, они не требуют лечения. А тот процент людей, который может испытывать поствакцинальные осложнения, очень мал.

Большинство переносит прививки совершенно спокойно, особенно следует помнить, что польза от всеобщей иммунизации превышает возможный риск. Современное население на данный момент не удовлетво-

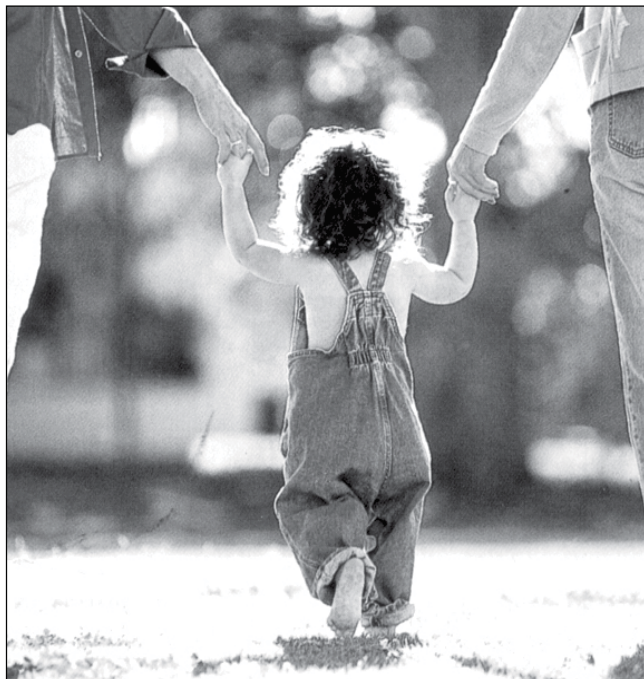
▶ ряется ролью пассивных наблюдателей. Многие желают знать досконально, что и как вводится в их организм, какая от этого будет польза, и чем это грозит. Отношение к прививкам стало, прежде всего, как к мероприятию, которое проводится в случае заболевания инфекционными болезнями, а не как к мере индивидуальной защиты. Ведь только благодаря комплексу мероприятий в виде туровых вакцинаций против полиомиелита (ежегодно проводились Национальные дни иммунизации, во время которых дополнительно было привито 12 млн. детей) и неустанной плановой работе медиков, удалось с 2002 года освободить Европейский регион, и в том числе и Алтайский край, от полиомиелита.

Поэтому для того, чтобы исправить сегодняшнюю ситуацию, нужно вести активную пропаганду пользы вакцинации для каждого привитого и общества в целом. Данная работа должна проводиться постоянно, и не только силами медработников. К ней следует привлекать представителей общественных, в первую очередь, женских и детских организаций, родителей.

Высокая эффективность, простота применения, возможность быстрого и широкого охвата вакцинируемых лиц с целью массового предупреждения заболеваний, вывели активную иммунизацию в разряд важнейших медицинских и государственных приоритетов.

Мировое сообщество признало вакцинацию как наиболее доступное средство в борьбе с инфекциями, а также как средство долголетия во всех социальных группах населения.

Информацию о необходимости проведения профилактических прививок вы получите у участковых врачей-педиатров и терапевтов, а также участковых медицинских сестер. Защитите себя и своих детей!



Мы талантливы!

**Ольга Александровна Виноградова,
МУЗ «Городская больница №11»**

Нагадаю и наворожу,
И беду от дома увожу -
За далеки горы, за моря,
Все слова от сердца говоря.

Кого мы можем «строить»?
И на кого кричать?
Своих детей, конечно,
И им же докучать:
«Такие вы, сякие,
Вам спать давно пора...».

Мы, кажется, забыли,
Что жизнь – это игра.
Сейчас они играют,
Конечно, в нас самих:
Легко изображают
И добрых нас, и злых.

И мимикой, и жестом...
Как это все же злит!..
Рассвет. И снова утро,
И мир росой умыт.



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

Встречи в Рубцовске

Конец августа, сентябрь были добрыми на встречи в городах и районах края... Мы побывали в Ребрихинском, Павловском, Косихинском, Троицком, Топчихинском, Шипуновском, Рубцовском районах, городах Алейске и Рубцовске.

Следующие номера журнала обязательно будут составлены с учетом мнений специалистов этих учреждений и, надеемся, с их непосредственным участием. Редакция готовит репортажи из этих районов.

Рубцовск – центр медико-географической зоны, замыкающей на себе 11 районов края: Волчихинский, Новичихинский, Михайловский, Егорьевский, Угловский, Локтевский, Третьяковский, Змеиногорский, Курьянский, Поспелихинский, Рубцовский.

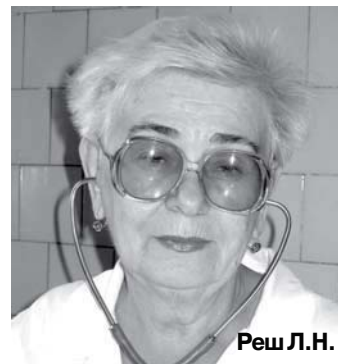
Его статус определен не столько географическим положением, сколько возможностями лечебно-профилактических учреждений, уровнем квалификации специалистов, работающих в них.



Гуль О.А.



Алексеева Т.И.



Реш Л.Н.



Кузнецова Е.Д.



Коллектив бухгалтерии

В городском комитете по здравоохранению по согласованию с председателем **Александром Анатольевичем Игнатовым** состоялась встреча с главными врачами всех лечебно-профилактических учреждений Рубцовска, а позднее - с главными врачами, акушерами-гинекологами и педиатрами районов, входящих в медицинскую рубцовскую зону. Разговор на выездной коллегии краевого комитета здравоохранения, проводимой заместителем **Валерием Анатольевичем Белоусовым**, был многоплановым и очень серьезным, и нам отраднo, что вопросы сотрудничества лечебных учреждений края с журналом «Здоровье алтайской семьи» не отнесены к категориям второстепенных.

В этот же приезд прошла презентация журнала в городской больнице №2, которую вел главный врач **Беккер Иван Генрихович**, член редакционного Совета журнала.

Завершилась наша двухдневная работа в городе Рубцовске знаменательной встречей с партнером журнала – коллективом детской поликлиники г.Рубцовска. Практически с первого номера они активные сподвижники журнала. Благодаря им наш журнал стал известен многим рубцовчанам. Наши читатели тоже были участниками праздника. Мы с интересом ознакомились с работой поликлиники.

Трудно выделить кого-то особо. Свои впечатления и пожелания редакции журнала высказали педиатр **Реш Лидия Николаевна**, опытный врач, выпускница АГМУ этого года **С.Головкина**, медсестры – все **Ольги: Путилкина, Гуль, Долженкова**; заведующая ДШО **Татьяна Валентиновна Солдатова** и педиатр **Ирина Леонидовна Свиридова**. Медсестер массажного кабинета **Наталью Викторовну** и физиокабинета **Наталью Сергеевну** на общую встречу «не отпустили» маленькие пациенты.

Главный врач поликлиники **Нина Григорьевна Арсеньева** и ее заместитель **Фарюза Хатимовна Макарова**, знакомя с коллективом, отмечали важность и незаменимость на своем рабочем месте каждого. Сподвижники здорового образа жизни в этом коллективе все – и сестра-хозяйка **Татьяна Ивановна Алексеева**, и сотрудники бухгалтерии. Равнодушных нет. Объединить во имя здоровья и жизни медиков и жителей - в этом талант и опыт руководителей. Присутствие на встрече в детской поликлинике заместителя председателя комитета по здравоохранению города **Марии Ивановны Пестеревой** и главного педиатра города **Елены Дмитриевны Кузнецовой** - лишний раз подтверждение заинтересованной позиции городских властей в вопросах охраны и укрепления здоровья горожан.



Долженкова Ольга



Путилкина Ольга



Солдатова Т.В.

“ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ - ЭТО ЗДОРОВО!”

ВСТРЕЧИ В РУБЦОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Стр. 40



НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618