

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**Сотрудники отделения колопроктологии
Алтайского краевого онкологического диспансера**



От редактора

Верю в сотрудничество!

Почему люди стремятся объединить свои усилия? Ответ до банальности прост: они хотят реально что-то сделать, они готовы к конкретным делам, они понимают, что вместе это будет эффективнее. Как показывает опыт, путь даже к самому успешному партнерству не всегда прост. Однако бывают приятные исключения. Уже почти два года как мы начали сотрудничество с Ассоциацией средних медицинских работников Алтая, организовав в нашем журнале рубрику «Вестник Ассоциации». Тогда мы не ожидали, что число совместных проектов журнала и Ассоциации будет расти.

Ассоциация медицинских сестер Алтая - организация профессиональная, и объединяет она, конечно, прежде всего профессионалов - для решения вопросов, связанных с сохранением и развитием себя в профессии, но в первую очередь, думаю, людей неравнодушных, готовых к подвижничеству.

Научить людей справляться со своим недугом, преодолеть собственное пренебрежение к своему здоровью, изменить отношение к формированию здоровья в семье, увидеть риски своему здоровью от неправильного питания, малоподвижного образа жизни, не говоря уже о «пагубных пристрастиях» - конечно, это задача не только медиков. Но они просто оказались в этом вопросе впереди. Иначе - просто замкнутый круг - человек после проведенного лечения не услышал (хуже - просто не получил!) рекомендаций по своему личному участию в здоровье, в последствии вновь и вновь оказывается в тяжелой ситуации, теряет работу, земные радости, а иногда и саму жизнь...

В повседневных заботах иногда такой важный раздел деятельности, как санитарное просвещение, не наполняется должным смыслом, становится формальным, что ли...

Согласитесь, несложно оформить «уголок» с подборкой санитарно-просветительной литературы, ввести в обязательную практику работы отделений беседы, проводимые медицинскими сестрами и врачами, с пациентами. Не от случая к случаю, под настроение, а регулярно, в специально отведенное время, заранее включив их в распорядок дня, сосредоточив внимание на наиболее часто встречающихся «заблуждениях» больных, их родственников. Иначе нас будут продолжать заменять ставшие уже сверхпопулярными издания, пропагандирующие всевозможные формы самолечения и аккультуальной «медицины».

Именно такими были мотивы начала нашего сотрудничества. Журнал «Здоровье алтайской семьи» мог, по нашему мнению, стать одним из возможных «инструментов» в этой работе, кстати, далеко не единственным...

Почему бы не обращаться к публикациям в нашем журнале, не использовать своеобразные «презентации» отдельных материалов журнала, как форму санпросветработы? - рассуждали мы.

Сегодня мы с Ассоциацией медицинских сестер достаточно логично дополняем друг друга в разных направлениях деятельности.

Особо хочу отметить такую совместную форму работы, как участие в районных и городских конференциях медицинских работников.

Продолжение - на стр.21-22

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

Адрес редакции:
г.Барнаул,
пр.Комсомольский, 118,
1 этаж.
Тел. редакции - (3852) 66-96-20
Тел. приемной - (3852) 24-06-24

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова
тел. (3852) 24-06-24

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
Компьютерный дизайн
и верстка -
Оксана Ибель

Отдел рекламы - т. 66-96-20
Татьяна Веснина
Инна Гогичаева
Менеджер по продвижению -
Елена Сенькина

Подписано в печать 25.07.2005г.
Печать офсетная. Тираж - 6000 экз.
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ
№ ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-
ное Сибирским окружным межрегио-
нальным территориальным управлени-
ем Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
зательной сертификации.

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

Отпечатано в типографии
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

Ключи к здоровью. Чистый воздух	2-3
Медицина: человек «за кадром».....	4-5
Алтай запасается вакциной против желтухи	6-7
МИР И МЕДИЦИНА	8
ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ. «Повторение - мать ученья»	9-10
Почему надо чистить сосуды от холестерина?	11
Денежные переводы	12
Натуральные мочалки	13
Летом тоже это полезно знать!	14
Если это птичий грипп?..	15-16
Утреннее лицо	17
Чем опасны резкие перепады погоды	18
Природа лечит	19
МИР И МЕДИЦИНА	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	21-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Если аист не прилетает.....	25-26
Уход за колостомой	27-28
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Зачем нужны игры с песком?	29-30
Вкусный пар	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА. Приятного аппетита!	32-33
Проверка на морщины	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Ночная еда - вредная привычка	35-36
Как правильно питаться при хроническом панкреатите?	37
Заверните себя в полиэтилен	38-39
Профилактика развития близорукости у детей	40-41
ШКОЛА ОСТЕОПОРОЗА. Клиника остеопороза	42-43
Смотря что называть импотенцией	44

КЛЮЧИ К ЗДОРОВЬЮ. ЧИСТЫЙ ВОЗДУХ

Когда сегодня мы говорим о здоровье, то все чаще, анализируя факторы, в значительной степени определяющие его, мы обращаемся к экологии. При этом, особенно в больших городах, исследователи указывают на значимость так называемой локальной экологической обстановки. Сочетание самых различных источников загрязнения, а именно - загрязняющих и некоторых других факторов, определяет последствия их влияния на здоровье.

Например, специалисты географического факультета МГУ им.Ломоносова при составлении «экологической карты» конкретного городского микрорайона рекомендуют учитывать такие факторы, как:

- температурную инверсию - состояние, когда температура воздуха с высотой не падает, а растет, и в результате образуется «крышка» из теплого воздуха, которая «прижимает» вредные газы к земле;

- частоту тихой, безветренной погоды в микрорайоне (его продуваемость) - ядовитые газы, продукты жизнедеятельности города скапливаются в одном месте;

- особенности рельефа: наличие подъемов и спусков, т.к. при подъеме автомобиля выбрасывают больше выхлопов, а значит, и солей тяжелых металлов: свинца, цинка, никеля, вольфрама, и все это «скатывается» вниз;

- количество зеленых насаждений в городе, расположение домов на оживленных автомагистралях. Так как, по их сведениям, максимальная концентрация веществ наблюдается:

- в 50-метровой зоне даже от небольшой дороги;
- в 400-метровой зоне от крупной автомагистрали;
- в пробках, в салоне автомобиля, если он не оборудован системой изоляции;
- под мостами, на узких участках дороги в часы «пик».

По статистике, две трети населения России проживают на территориях, где состояние атмосферного воздуха не соответствует гигиеническим нормам. Как это ни парадоксально, но наш уютный, зеленый город Барнаул входит в десятку наиболее загрязненных городов России. **Вклад же автомобилей в загрязнение воздуха составляет 50-80 процентов от общего количества вредных веществ, поступающих в атмосферу.** А количество автомобилей за последние годы выросло почти в 5 (!) раз. Именно этот факт стал дополнительным аргументом для выхода только что опубликованного Постановления главного санитарного врача по Алтайскому краю, предусматривающего систему мер по контролю за вредными выбросами в атмосферу от использования автотранспорта. По результатам наших экспресс-опросов горожан, многие из них даже не задумывались о последствиях для здоровья загрязнения воздуха, о том, есть ли варианты по оздоровлению атмосферы в нашем городе. Но что удивило больше всего – многие убеждены, что изменить экологическую ситуацию в городе практически невозможно, а лично от них она не зависит вовсе. Попробуем в этом разобраться.



Наш первый собеседник – главный врач ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», директор Алтайского филиала Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии АГМУ, Заслуженный врач РФ А.Ф. Лазарев.

- По мнению ученых, онкозаболеваемость зависит, - говорит Александр Федорович, - от нескольких составляющих: **генетической предрасположенности** - около 10% населения имеют такую. Человек рождается, а у него уже есть **раковые мутации**. Так называемые «раковые семьи» - их члены будут болеть раком, даже если будут проживать в исключительно чистой местности. Вторым по значимости фактором я бы определил **рацион питания**. Затем - **состояние окружающей среды**.

Наш разговор сегодня - о воздухе. Данные исследования зависимости онкозаболеваний от загрязнения окружающей среды, проведенные, например, в США, очень однозначно трактуются отдельными противниками различных программ, направленных на оздоровление окружающей среды.

Даже у нас довольно часто позволяют, на мой взгляд, достаточно легковесные заявления типа: «Вот, рядом Новокузнецк, воздух гораздо грязнее, а заболеваемость раком в два раза меньше, чем на Алтае...». Но это только на первый взгляд. Если человек подышал просто запыленным воздухом, то происходит примерно следующее: крупные частички оседают на стенках бронхов, затем просто откашливаются и выводятся наружу, не вызывая патологии. Другое дело, если пыль попадает в сочетании с вредными выбросами, пыль их отсорбирует, «доставляет на место» и тот же канцероген бензпирен всасывается и оказывает свое повреждающее воздействие на дыхательные пути.

Мы располагаем достаточно достоверной информацией по городу Барнаулу: еще под патронажем бывшего мэра Владимира Николаевича Баварина были проведены достаточно серьезные исследования «Онкогигиеническая ситуация в городе Барнауле». Подробно изучался спектр канцерогенов, присутствующих в городе, наиболее опасные места их сосредоточения, динамика, тенденции. В качестве индикатора канцерогенеза использовался бензпирен, его содержание в атмосфере. **Бензпирен - продукт неполного сгорания при использовании угля, нефтепродуктов (печное отопление, малые котельные на угле, автотранспорт), а также при курении.**

Оказалось, что в городе практически повсеместно регистрируется 8-кратное превышение предельно допустимого уровня концентрации бензпирена, а есть и такие места, например, район площади Октября, где и в 40! Когда же мы провели анализ корреляции уровня загрязненности в отдельных микрорайонах города, ожога заболеваемости и смертности, то оказалось, что они совпадают один в один там, где уровень загрязненности выше - в промышленной зоне, именуемой Поток, на Ленинском проспекте, на Горе, рядом с лесным массивом.

Кстати, за чистым воздухом в лес нужно уходить поглубже. Лес является мощным природным сорбентом, и если воздух загрязнен, то он накапливает вредные вещества, вдоль автомагистралей лес вообще представляет зону повышенной опасности. Еще и потому, что мало вентиляции.

Учитывая в том числе и эти исследования, руководством города было принято очень много правильных, с точки зрения понятия «здравоохраненческая культура», решений: **строительство нового моста через Обь, наряду со строительством объездной дороги, существенно вывели за пределы города один из основных загрязнителей воз-**

духа - автотранспорт (в т.ч. и транзитный, большегрузный). Если бы не было принято этих профилактических мер, думаю, уровень онкозаболеваемости был бы на 10-15% выше. Согласитесь, мудрое решение.

Сейчас идет интенсивное загрязнение воздушной среды в городах не за счет промышленных предприятий (к тому же значительная часть их них сократила производство или вообще стоит), а за счет увеличения числа автомобилей. В прошлом году было 160-170 тысяч машин, а сейчас - 200! И это не считая транзитного транспорта, который направляется в Горный Алтай! Большинство из них относится к старью.

Японцы - самая курящая нация, они живут в постоянном стрессе, а заболеваемость раком легкого у них в 2 раза меньше, чем у нас. Потому что следят, и очень жестко, за природоохранной ситуацией в стране. По истечении 5 лет эксплуатация автомобилей в стране запрещена (зато вся Сибирь пересела на «японцев» б/у), и это при их качестве бензина и законопослушании. Как результат: мужчины живут на 25 лет дольше россиян, женщины - на 20.

Не лучше ситуация и в Бийске, город также расположен «в яме», у воды, та же проблема кумуляции канцерогенов. Рубцовск за счет своего расположения в степной зоне был бы более выигрышным, если бы не близость к нему Семипалатинского полигона.

Выход один - максимально использовать возможности городского электротранспорта, специалисты предлагают перевод автомобилей на газ. Давайте агитировать за использование механического транспорта, велосипеда, который, кроме того спасает от гиподинамии и стояния в пробках.

Трудно представить, что жители края в одночасье откажутся от использования старых автомобилей, начнут активно контролировать качество выхлопных газов даже во имя собственного здоровья и здоровья своих детей. Это опять из области так называемой «здравоохраненческой культуры», но, может быть, хотя бы задумаются!

Мы продолжим разговор о возможных мерах по очищению городской среды. В частности, в наших планах - уточнить позицию муниципалитетов городов Барнаула, Бийска, Рубцовска по их видению развития экологически чистого электротранспорта в городах, особенно в преломлении к ситуации с онкозаболеваемостью в крае. Качество питьевой воды, продуктов питания - также планируемые темы для обсуждения.

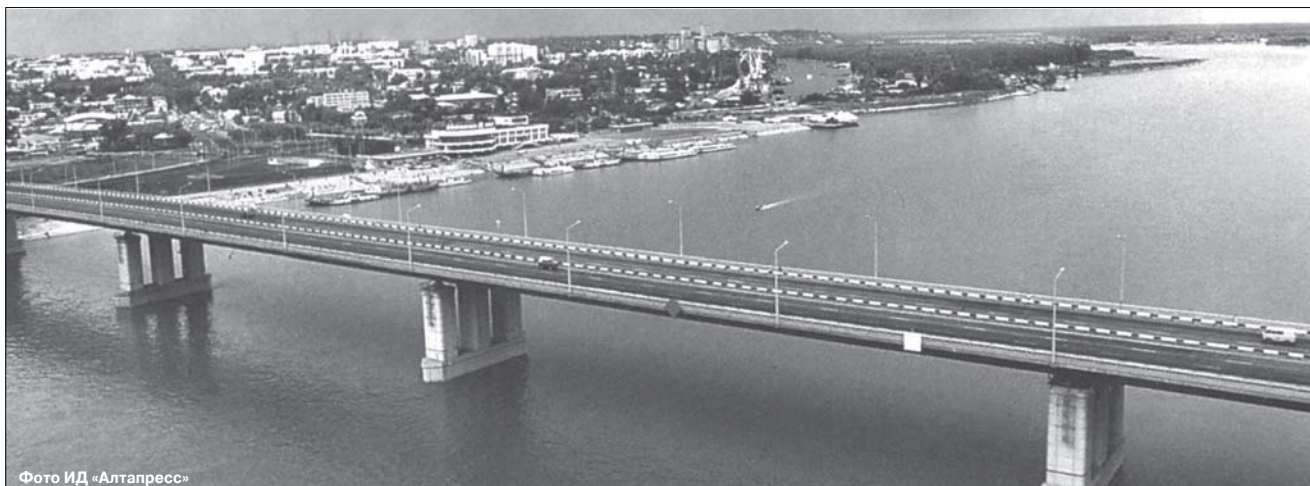


Фото ИД «Алтапресс»



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

МЕДИЦИНА: ЧЕЛОВЕК «за кадром»...

Алла Васильевна Зорькина,
заведующая отделом
лабораторной диагностики
КГУЗ «Диагностический
центр Алтайского края»

В народе широко бытует мнение, что в медицине, как и в педагогике, разбираются все. Однако изменилось время, и современная медицина в данный момент носит доказательный характер. И в диагностике, и в лечении пациентов используются передовые медицинские технологии. А лабораторная диагностика стоит на передовых позициях доказательной медицины. Именно сотрудники лабораторий, работая в современных отделениях на сложной и точной аппаратуре, с потенциально опасным биологическим материалом, остаются «за кадром», их не видит пациент, но он с нетерпением ждет качественно выполненных исследований. Именно о таких медиках, работа которых и опасна, и трудна, и хотелось бы рассказать сегодня.

Диагностический центр Алтайского края – ведущее консультативно-диагностическое учреждение, обеспечивающее население края высококвалифицированной диагностической и консультативной амбулаторной помощью. Одним из его ведущих подразделений является

лабораторная служба. Отдел лабораторной диагностики состоит из четырех отделений: лаборатории клинических исследований, лаборатории биохимических и иммунологических исследований, лаборатории цитоморфологических и бактериологических исследований.

Отдел лабораторной диагностики имеет достаточно высокий уровень материально-технической базы и кадрового потенциала. В отделе работают 60 сотрудников, из них – 20 врачей и 27 фельдшеров-лаборантов, в том числе три кандидата медицинских наук из числа штатных сотрудников, четыре доктора медицинских наук и четыре кандидата медицинских наук из числа совместителей и консультантов.

Лаборатории отдела за год выполняют более одного миллиона исследований. Лабораторные исследования используются не только для диагностики патологического процесса, но и для дифференциальной диагностики, для контроля состояния пациента в процессе лечения. Prestиж лабораторного работника растет год от года, в лабораториях работают люди грамотные, которые действительно стоят на страже здоровья населе-



О.Г. Елкова, фельдшер-лаборант
лаборатории цитоморфологических исследований

ния. Работа на точной аппаратуре, использование чувствительных и специфичных методов позволяет сотрудникам лабораторий осуществлять профилактическую направленность медицины уже на уровне лабораторий.

Хорошо ли знают фельдшера-лаборанты свое дело, которому они служат? Ответ на этот вопрос дал конкурс профессионального мастерства, который прошел в конце мая. В ярко оформленном зале Диагностического центра в торжественно-радостной атмосфере проводился этот профессиональный праздник, на котором предстояло выявить не только лучших по профессии, но и наиболее эрудированных, интеллектуальных и обаятельных фельдшеров-лаборантов.

Выход шести конкурсанток под звуки «Веселого марша» Р.Щедрина был встречен зрителями радостным волне-



О.В. Четوشникова, фельдшер-лаборант
лаборатории клинических исследований



**И.П. Антоненко, фельдшер-лаборант
лаборатории микробиологических
исследований**

нием. Затем последовали представления конкурсанток, состязания по профессии, оказанию первой помощи, знанию поэзии и валеологии.

Особый интерес зрителей и жюри был проявлен к красочным постерам конкурсанток на тему «СПИД и его профилактика». Это один из вариантов забытых ныне санитарных бюллетеней.

Незаметно пролетело время... Председатель жюри **А.В. Брюханов**, заместитель главного врача КГУЗ «ДЦАК» по лечебной части, доктор медицинских наук, профессор объявил результаты конкурса: первое место заняла **Алевтина Николаевна Задорожная** из лаборатории биохимических и иммунологических исследований, второе место – **Ольга Геннадьевна Елкова** из лаборатории цитоморфологических исследований, третье место

– **Лариса Анатольевна Новикова** из лаборатории биохимических и иммунологических исследований.

Победители, занявшие призовые места, были отмечены администрацией Диагностического центра денежными премиями. Спонсорами по достоинству был оценен профессиональный уровень конкурсанток, и поэтому они приготовили оригинальные призы для тех, кто завоевал зрительские симпатии.

Наверное, логично было бы рассказать о каждой победительнице конкурса, об их глубоких знаниях и высокой квалификации, организаторских способностях и трудолюбии, о любви к своей профессии и гордости за себя как специалиста. И это действительно так! Шаг за шагом все шесть претенденток на призовые места преодолевали трудности, не думая о количестве набранных



**А.Н. Задорожная, фельдшер-лаборант
лаборатории иммунологических и
биохимических исследований**



**Л.А. Новикова, фельдшер-лаборант
лаборатории иммунологических и
биохимических исследований**

в процессе конкурса баллов. От первоначальной робости и страха не осталось и следа: и жюри, и зрители с интересом наблюдали, с каким артистизмом и знанием дела проходили состязания по валеологии и поэзии. Три призовые места, шесть претенденток, небольшой разрыв в баллах... В этих сложных условиях все шесть фельдшеров-лаборантов не только боролись за место, но и приобрели умение побеждать, умение быть побежденным.

И вот они – победившие, и вот они – поздравления, и вот он - долгожданный запуск шаров под звуки забытого в этом веке марша...

А завтра - вновь трудовые будни, где нет победителей, где нет побежденных, а есть напряженный труд во благо и на благо человека, труд ради здоровья пациента...



Алтай запасается вакциной против желтухи

Вирус гепатита А обладает высокой инфекционностью и распространен повсеместно. Источником его являются больные люди, и основной путь передачи инфекции - фекально-оральный. Заражение происходит при употреблении недоброкачественной питьевой воды, различных пищевых продуктов, не подвергшихся термической обработке, при купании в загрязненных водоемах. В детских коллективах наибольшее значение имеет контактно-бытовой путь передачи через «грязные руки» и различные предметы обихода, игрушки, посуду, белье и т.п.

Как вирус попадает к человеку?

Вирус проникает в организм человека через рот, поступает в пищевую тракт, затем по системе портальной вены - в печень, где и происходит его размножение в гепатоцитах и купферовских клетках.

Печеночные клетки, в которых находится вирус, погибают, однако массивного некроза не наблюдается, поэтому болезнь обычно протекает легко. Повреждение гепатоцитов возникает не за счет прямого цитопатического действия вируса на печень, а в результате иммунопатологического процесса с вовлечением иммунокомпетентных клеток организма хозяина. Значительная часть возбудителя, размножившегося в печени, выделяется с желчью в желудочно-кишечный тракт и оттуда с фекалиями - в окружающую среду.

Как проявляется заболевание?

Гепатиту А свойственно острое циклическое течение. В клинической картине выделяют следующие периоды болезни: инкубационный, продромальный (преджелтушный), желтушный (разгара болезни) и реконвалесценции.

Продолжительность инкубационного периода колеблется от 7 до 50 дней (чаще всего 15-30 дней). Продромальный период начинается обычно остро, сопровождается повышенной температурой, головной болью, общим недомоганием, снижением аппетита, тошнотой, диспептическими расстройствами, иногда рвотой. Длительность этого периода - 3-5 дней. К концу его моча становится темно-коричневого цвета, кал может быть светлее обычного. Через несколько дней от начала болезни температура тела нормализуется, самочувствие больных улучшается. Затем появляется желтуха и наступает следующий период болезни - разгар, или желтушный период. Желтушность сначала обнаруживается на склерах глаз, слизистой полости рта, затем окрашивается вся кожа. При гепатите А желтуха быстро нарастает и продолжается, как правило, от 10 до 20 дней.

У больных вирусным гепатитом А увеличена печень. При тестировании крови выявляется лейкопения,



низкая СОЭ - 2-4 мм/ч., повышенное содержание билирубина (в основном, за счет связанного), высокая активность ферментов АлАТ, АсАТ, повышенный показатель тимоловой пробы. В период реконвалесценции довольно быстро наступает нормализация всех показателей и быстрое обратное развитие болезни.

Нередко, особенно у детей, встречаются атипичные варианты болезни: безжелтушные и бессимптомные. Клиническое проявление безжелтушного варианта точно такое же, как описано выше, однако отсутствует один из наиболее ярких признаков гепатита - желтуха. Соответственно, содержание билирубина в сыворотках крови неизменно, активность трансаминаз высокая, повышен показатель тимоловой пробы.

Бессимптомная (субклиническая) форма заболевания у детей дошкольного возраста является преобладающей (до 80%), не сопровождается ни желтухой, ни нарушением самочувствия, при ней остается в норме размер печени. Выявляется заболевание только при целенаправленном обследовании.

Исход гепатита А обычно благоприятный. Полное выздоровление отмечается у 90% больных, в остальных случаях отмечаются остаточные явления. У отдельных больных наблюдается синдром Жильбера, характеризующийся повышением в сыворотке крови уровня свободного билирубина и неизменностью остальных показателей. Объем терапевтических мероприятий определяется врачом. В большинстве случаев назначают щадящую диету с добавлением углеводов и уменьшением количества жиров (стол №5); щелочное питье. В период разгара болезни необходим постельный режим.

Летальность от гепатита А колеблется в пределах от 1% до 30%, при этом обнаруживается явное нарастание летальности с возрастом, что связано с увеличением вероятности наслоения инфекции на хроническое заболевание печени. **Значительная часть летальных исходов регистрируется у пациентов, являющихся хроническими носителями вируса гепатита В.**

Кто входит в группу риска, и как проходит их вакцинация?

В сельской местности встреча с вирусом гепатита А происходит в детстве, иммунитет приобретается в более молодом возрасте. Жители городов, выезжающие в село, являются группой риска. Также в группу риска по гепатиту А входят: лица, выезжающие в командировки в неблагополучные по гепатиту А регионы, в том числе военные; работники канализационных служб и водоснабжения; предприятий торговли и питания; лица, являющиеся хроническими носителями вируса гепатита В; пациенты с хроническими заболеваниями печени.

Поэтому при проведении профилактики следует учитывать тот факт, что выработка иммунитета после вакцинации занимает как минимум две недели (как максимум - 4 недели), поэтому в некоторых случаях, требующих немедленной защиты, может быть использована иммунизация нормальным человеческим иммуноглобулином, то есть пассивно приобретенными антителами к вирусу гепатита А, длительность действия которых составляет не более двух месяцев. Если требуется быстрая защита, но предполагается длительное нахождение в регионе с высокой заболеваемостью, рекомендуется одновременное введение иммуноглобулина и вакцины.

Ситуация в крае на сегодня

Вспышка заболеваний гепатитом А в течение одного только месяца зафиксирована в Санкт-Петербурге и Тверской области.

Заведующая отделением профилактики инфекционных заболеваний Краевого центра медицинской профилактики **Елизавета Широкина** сегодняшнюю ситуацию в Барнауле и крае оценивает как стабильную и относительно благополучную. Однако предугадать возникновение подобных ситуаций, как в Санкт-Петербурге и Тверской области, достаточно сложно, поскольку главная причина вспышек инфекционных заболеваний - нарушение санитарно-гигиенических норм. В первую очередь, это касается объектов группы риска - водопроводных сооружений, предприятий общественного питания и по производству пищевых продуктов, детских учреждений. Больной человек ни в коем случае не должен попасть на эти объекты.

Следует учитывать также тот факт, что, несмотря на то, что клиника гепатита А характеризуется яркой выраженностью, в некоторых случаях она может быть и стертой, к примеру, гриппоподобной.



Именно поэтому в крае предприняты дополнительные меры противодействия инфекции. Фирмой «Гленкор», которая является поставщиком в Алтайский край вакцины против гепатита А, обещано 5 тысяч доз в качестве гуманитарной помощи.

Планируется привить медицинских работников, а также работников детских дошкольных учреждений, школ, водопроводных и канализационных очистных сооружений. И, конечно, детей дошкольного возраста, начиная от трехлетнего возраста, - как самую уязвимую категорию населения. Таким образом, в случае непредвиденной вспышки заболеваемости возможно оперативно и эффективно защитить контактных лиц, то есть людей, контактирующих с больным, - родственников, коллег и т.д. Данная вакцина очень быстро, в течение пяти дней, вырабатывает иммунитет.

Среди мер профилактики, рекомендуемых специалистами, на первом месте находится соблюдение правил личной гигиены. Внимательнее относитесь к местам приобретения продуктов питания и напитков. Гарантированно обезопасить себя от инфекции поможет прививка. Полный курс вакцинации состоит из двух инъекций с интервалом 6-18 месяцев. Даже при однократном введении вакцина гарантирует защиту на год. При полном курсе вакцинации - от 6 до 20 лет.

«Повторение - мать ученья»



Как правильно измерять артериальное давление?

Артериальное давление измеряется бескровным аускультативным (слуховым) методом с помощью прибора - сфигмоманометра (или тонометра). Самый точный прибор - ртутный манометр.

Перед измерением необходимо в течение нескольких минут посидеть в теплом помещении, удобно опираясь на спинку кресла. Измерение возможно лежа и стоя, но рука, на которой проводится измерение, должна быть на уровне сердца. Мышцы рук должны быть расслаблены. Одежда не должна сдавливать руку.

Манжету накладывают на руку чуть выше локтя, плотно оборачивают плечо и подсоединяют к стеклянной трубке со столбиком ртути внутри нее (или манометру). Сзади от трубки находится шкала, на которой проставлены деления в миллиметрах.

Далее в манжету накачивают воздух, сжимая руку (плечо) до тех пор, пока давление воздуха в манжете не преградит путь крови, текущей по плечевой артерии.

Затем к коже в области локтевого сгиба, то есть к тому месту, где плечевая артерия подходит наиболее близко к поверхности кожи, приставляется стетоскоп (или фонендоскоп). При этом если плечевая артерия пережата полностью, никаких звуков не слышно.

После этого давление воздуха в манжете постепенно уменьшают со скоростью 2 мм рт. ст./с, что видно по опусканию столбика (стрелки манометра) ртути вниз.

Регистрируют показания прибора при появлении тонов, обусловленных прохождением крови через пережатую артерию. Это и будет систолическое давление в мм рт. ст.

Далее продолжают выпускать воздух из манжетки и регистрируете показания при исчезновении тонов в фонендоскопе. Цифры прибора укажут уровень диастолического давления крови в мм рт. ст.

Артериальное давление необходимо измерять как минимум дважды с интервалом в три минуты и рассчитывать среднее значение из двух измерений.



От повышенного давления спасет картофель

У любимого и потребляемого всеми картофеля обнаружили новые достоинства. Благодаря британским ученым выяснилось, что картофель содержит кокоамин - вещество, способствующее снижению кровяного давления.

Однако любителям чипсов радоваться рано - именно в такой форме обработки картошки кокоамины сохраняются меньше всего. Чтобы извлечь максимальную пользу, картофель нужно отваривать или готовить на пару. Новое качество картошки было обнаружено случайно, во время проверки картофеля, полученной с помощью генной инженерии. До сих пор было известно, что кокоамины находятся в различных китайских лечебных растениях, но никто не знал, что и картофель содержит их.

Кстати, кокоамины используются также для лечения широко распространенной в Африке, так называемой, «сонной болезни», которую вызывает укусы мухи це-це.

Запомните:

- ◆ При первом визите к врачу необходимо измерять давление на обеих руках.
- ◆ При разнице АД, равной или больше 10 мм.рт.ст., в последующем измерения проводятся на руке с большим давлением.
- ◆ Если окружность плеча более 33см, необходимо использовать более широкую манжету, в противном случае цифры АД будут завышенными.



Фермент нормального давления

Группа ученых из университетов и клинических центров Гонконга и США открыла ранее неизвестный фермент, продуцируемый почками, который назвали реналазой.

Они предполагали, что некоторые сердечно-сосудистые патологии тесно связаны с заболеваниями почек и что воздействует сердечно-сосудистая система на некий белок, появляющийся в крови из почек. И такой белок был найден. Им оказался фермент, относящийся к аминоксидазам (боикатализаторам, способным расщеплять органические вещества аминной природы), - **реналаза**. Одна из функций аминоксидаз - разрушение находящихся в крови биологически активных веществ, которые называются катехоламинами (к ним, в частности, относится адреналин, норадреналин, дофамин). Катехоламины образуются в надпочечниках, выбрасываются в кровь, повышают артериальное давление, увеличивают частоту и силу сердечных сокращений. Как правило, на объем катехоламинов сильно влияют стрессы, чем их больше, тем выше риск серьезных сердечно-сосудистых патологий.

Ученые установили, что концентрация в крови реналазы оказывается пониженной у людей, страдающих заболеваниями почек, и в этом случае негативно сказывается на деятельности сердечно-сосудистой системы. Выяснили они и то, что реналаза вырабатывается только почками. Эксперименты на животных показали, что после введения реналазы в кровь в ней снижается давление и уменьшается частота сердечных сокращений, - сердечно-сосудистая система начинает функционировать нормально. **Сейчас ученые заняты дополнительными исследованиями, которые позволят не только прогнозировать развитие патологий почек, но и, возможно, корректировать выработку фермента и создавать лекарственные препараты на его основе.**



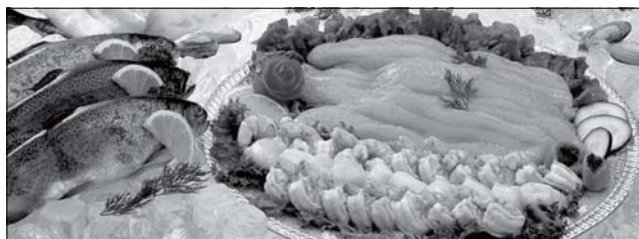
Запеченная рыба помогает предотвратить аритмию

Употребление в пищу запеченной рыбы или рыбы-гриль способствует укреплению здоровья сердца, в отличие от жареной в масле рыбы или фешбургеров.

Изучая в течение 12 лет образ жизни и питания 4815 человек в возрасте до 72 лет, 980 из которых страдали мерцательной аритмией, исследователи пришли к выводу, что у тех, кто как минимум 4 раза в неделю питался запеченной

рыбой или рыбой-гриль, риск развития аритмии был на треть ниже, чем у тех, кто питался рыбой раз в месяц и реже.

Полезность рыбы для сердца зависит от способа ее приготовления, потому как у тех, кто питался фешбургерами или жарил рыбу на масле, риск развития нарушений сердечного ритма был даже выше, чем в контрольной группе.



Речь можно улучшить даже через несколько лет после инсульта

Немецкие ученые провели исследование, которое дало обнадеживающий результат: интенсивные занятия с пациентами, перенесшими инсульт, могут улучшить речевые навыки, даже если инсульт произошел несколько лет назад.

Раньше считалось, что восстановление после инсульта происходит в течение года, после этого нельзя ожидать какого-либо серьезного улучшения.

Ученые собрали группу из 27 пациентов (средний возраст которых составлял 51 год) с афазией, перенесших инсульт около четырех лет назад. По данным, афазия после инсульта в левом полушарии наблюдается примерно у 38% пациентов. У многих происходит спонтанное восстановление речи в первые 6 месяцев, однако 60% остаются с дефектом речи.

В ходе исследования каждый пациент занимался по три часа 10 дней. Занятия проходили в форме игры с карточками, на которых были картинки. Игра постепенно усложнялась, участники должны были произносить более сложные фразы. 15 пациентам давали дополнительные задания: они должны были при поддержке членов семьи выйти на улицу и общаться в реальных условиях, например, обратиться в туристическое бюро и задать вопрос о местных достопримечательностях.

Речь улучшилась у 85% пациентов; причем, у тех, кто тренировался вместе с родственниками, эффект был значительнее.



Понедельник - день инсультов?

Инсульты чаще всего случаются по понедельникам, установили японские врачи. В течение 17 лет наблюдались в общей сложности 12 тысяч пациентов, которые перенесли инсульт.

Выяснилось, что вне зависимости от возраста инсульт чаще всего случается по понедельникам. Как показало исследование, вероятность заработать удар именно в первый день недели у возрастной группы 40-59 лет у мужчин составляет 16,9%, у женщин - 17,2%, или почти в полтора раза выше, чем, допустим, в воскресенье. Для тех, кто старше 60 лет, вероятность получить инсульт в понедельник также более высока, чуть менее опасным в этом плане для пожилых стал четверг, когда за рабочую неделю скапливается усталость. **Для тех, кому за 40, врачи университета Тоттори советуют «пораньше ложиться спать в воскресенье и включаться в работу в понедельник не спеша».**

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Верю в сотрудничество!

Как пример, только за последний квартал т.г. мы с Ларисой Алексеевной Плигиной побывали в разных учреждениях. **В апреле - на конференции в Тальменском районе.** Она прошла даже в два этапа. В первую половину дня состоялось рабочее совещание с работниками первичного медико-санитарного звена (работниками ФАПов, врачебных амбулаторий и участковых больниц), затем - с сестринским персоналом ЦРБ. Достаточно большое число участников, их активность в какой-то мере, думаю, определялись серьезным отношением к этой работе главного врача **Валерия Николаевича Карташева** и потенциала главной медицинской сестры **Лилии Владимировны Пениозы**.

В мае конференция прошла в Павловском районе. Представительство журнала в районе работает уже два года, были отдельные совместные мероприятия. Членства в Ассоциации среди работников района не было, несмотря на «продвинутость», достаточную территориальную близость района к краевому центру. Опыт работы в районе заметно усилил бы потенциал краевой организации и журнала. Главная медицинская сестра **Татьяна Николаевна Пятница** имеет для этого достаточно хорошие предпосылки: соответствующее образование, квалификацию, организационный потенциал, даже пресловутая аптека, и та передана по назначению - специалисту, имеющему фармацевтическое образование. Главный врач района **Александр Геннадьевич Кайдалов**, его заместители активно поддерживают любые разумные инициативы.

Июнь. Конференция в городской больнице №1 города Бийска прошла при полном зале собравшихся, но несколько настороженно, а где-то даже ершисто вели себя коллеги. Но результат уже есть - сестры поверили сами в себя, в свой потенциал, наметили но-

Тальменская ЦРБ, работники «первичного звена» - ФАПов, ВА, УБ



вые дела - Ассоциация за один месяц приросла 60-ю новыми членами.

В Бийской ЦРБ в работе районной конференции принял участие главный врач - **Дудченко Валерий Михайлович**. Его личная заинтересованность в хорошей

В. М. Дудченко



постановке сестринской работы в районе проявлялась во многом.

Потенциал лечебно-профилактических учреждений города Рубцовска достаточно высок, кроме того, в городе же расположена и Рубцовская центральная районная больница, которая интегрирована в общую сеть учреждений, за которыми закреплены жители районов, входящих в рубцовскую медико-географическую «зону»: Новичихинский, Волчихинский, Михайловский, Егорьевский, Угловский, Локтевский, Третьяковский, Змеиногорск - город и район, Курьинский и Пospelихинский и, конечно, Рубцовский район и город Рубцовск.

Главный врач одной из крупнейших больниц города **Беккер Иван Генрихович** изначально вошел в состав Редакционного совета нашего журнала, благодаря усилиям главного врача детской поликлиники **Нины Григорьевны Арсеньевой** журнал стал знаком многим рубцовчанам с первого номера. ►

В начале июля в Рубцовской ЦРБ во время встречи с главным врачом **Людмилой Ивановной Кравцовой**, организатором здравоохранения с многолетним опытом, депутатом АКСНД, мы касались в основном ситуации по оказанию помощи жителям села, особенно лицам пожилого возраста.

Так случилось, что наше посещение совпало с выявлением случая, очень тяжелого по последствиям заболевания у женщины преклонного возраста - столбняка, и мы невольно стали свидетелями того, как различные службы - хирурги, инфекционисты - слаженно и квалифицированно пытались спасти больную. «Пожилые люди зачастую просто не ценят возможности счастливой, доброй старости, сами себя списывают, что ли... Разве 60, даже 80 лет - это возраст!? Можно еще жить и радоваться. Нет, на осмотры не идем, заболеем - дотягиваем до последнего, иногда уже и помочь, спасти невозможно... Нужно больше материалов публиковать по сохранению творческого долголетия в вашем журнале», - говорит Людмила Ивановна.

Довольно интересно продолжился разговор о системе подготовки резерва на должности руководителей - медицинских сестер (старших, главную), который сложился в ЦРБ. Главная медицинская сестра ЦРБ **Наталья Петровна Шокорева**, действительно - главная: она ответственна за подготовку сестринского персонала, определяет и планирует сроки их специализации, заинтересована в аттестации, подбирает и рекомендует назначение старших медицинских сестер, аргументируя свой выбор. «У меня нет оснований не доверять в вопросах управления персоналом своей главной сестре, - говорит Кравцова, - я с трудом себе представляю ситуацию, когда бы я приняла кадровое решение без учета мнения «главного специалиста». **Такая поддержка, конечно, определяет и качество персонала, и его социальную активность.** Делегация Рубцовской ЦРБ на конференции сестер 12 мая была немалочисленной.

Разговор в комитете по здравоохранению администрации города состоялся обстоятельный и достаточно многоплановый. Слишком много проблем у рубцовского здравоохранения, сказывается еще «генетическая память», когда многие социальные программы, в том числе и медицинское обслуживание горожан, без проблем решались промышленными гигантами, содержащими многопрофильные МСЧ. Теперь все упало на трудно пополняемый бюджет, а память о хорошей жизни - жива, специалисты по целому ряду направлений медицины, работающие в городе, - экстра-класса. Как урегулировать эти противоречия!? Знакомство с новым руководителем комитета - **Кравцовым Владимиром Александрови-**

чем - порадовало несколькими моментами. **Первое** - серьезной аналитической работой по оценке ситуации в городе, проведенной им целенаправленно в течение полугодия. **Второе** - внимательность и корректность к мнению руководителей лечебных учреждений города, ориентированность на командный подход в решении проблем. **Третье** - наличие представления о стратегии действий, слабых и сильных местах здравоохранения города, уверенность в необходимости, но поступательных и последовательных действий по реформированию, а не стремительных и авторитарных решений. Ну и, пожалуй, в большей мере понимание того, что организатор здравоохранения - это серьезная специальность.

В этот же приезд нам удалось побывать в городской больнице №2 г.Рубцовска. Главная медицинская сестра **Галина Иннокентьевна Мамонтова** - человек деятельный, энергичный. Интересен опыт проведения профессионального конкурса медицинских сестер в больнице. То, что все итоги оформлены в красочном документально-методическом альбоме, на мой взгляд, повышает его значимость, дает определенный стимул следующим соискателям звания «Лучшая медсестра», является пособием по проведению конкурсов в подразделениях больницы. Готовим совместную конференцию на базе городской больницы №3 г.Рубцовска, главной медицинской сестре **Царевой Татьяне Васильевне** есть чем поделиться в организации работы. В стороне, так как, можно сказать, в городе не формализованно действует «Совет сестер», постоянно идет обмен опытом работы между учреждениями, что существенно облегчило саму процедуру вхождения их в Ассоциацию.

Межрайонная конференция, которая прошла в этот же день, собрала 170 представителей всех лечебно-профилактических учреждений города Рубцовска, Рубцовской ЦРБ, а также Курынского, Угловского и Локтевского районов. Подчеркивая значимость мероприятия, организаторы провели его в актовом зале районной администрации. С приветственным словом к участникам обратилась главный врач Рубцовской ЦРБ - **Л.И. Кравцова**. Отношение к сестринскому движению со стороны руководителя здравоохранения города выразилось не только в участии в работе конференции председателя комитета В.А. Кравцова, но и в **официальном подписании Договора о сотрудничестве между Комитетом и Ассоциацией медицинских сестер Алтая.**

Конференция 20 июля т.г. медицинских сестер Краевого онкологического диспансера собрала, прямо скажем, немногочисленную аудиторию, но очень неравнодушную. Сестры сами признают, что от их активной позиции зависит мно-



А.Т. Лазарева, старшая медсестра отделения реанимации и анестезиологии, Н.А. Громова, главная медсестра, Крайонкодиспансер

гое. Договорились о том, чтобы в краевом диспансере и в октябре-ноябре провести краевую конференцию медицинских сестер по службе. Приятно отметить, что журнал наш в коллективе знают, есть опыт сотрудничества с общественной организацией, занимающейся реабилитацией больных, - «Вместе против рака».

Хотелось бы отметить общий вектор поднимаемых медицинскими сестрами различных ЛПУ проблем - практически повсеместно одних. Это не жалобы на достаточно тяжелый и ответственный труд, на низкий уровень оплаты труда (хотя об этом разговор тоже был).

Основные вопросы, которые поднимали участники профессиональной Ассоциации, - **это возможность реализовать себя в профессии.** Первичное образование, его качество, но еще больше качество постдипломной подготовки, тогда, когда уже образование проходит более осознанно, человек стремится получить дополнительные знания, уже в преломлении к конкретному месту работы. По вопросам обучения - нареканий была масса, именно они требуют серьезной работы Ассоциации с комитетом по здравоохранению.

Складывающаяся система аттестации медицинского персонала также нуждается, по мнению сестер, в серьезной доработке. Из чего складывается стоимость этих услуг? Насколько она прозрачна и законна? Вопросы формализации «сестринского процесса», именно как технологии - стандарты манипуляций, документации, правовые аспекты деятельности.

Все аудитории были достаточно самокритичны в отношении к своей социальной пассивности, отсутствию последовательности в работе с персоналом, где-то даже и утрате традиций, которые так всегда отличали медицинские коллективы.

Конечно, работа в рамках Ассоциации не панacea решения всех проблем, накопившихся в системе здравоохранения.

Роль медицинской сестры в наркологическом диспансере

Правительство России только что, в июле т.г., утвердило долгосрочную Государственную программу по профилактике, искоренению такого социального зла, как наркомания. Помимо целого комплекса организационных мер, серьезного финансирования, решение этой проблемы требует и коренного изменения отношения общества, нетерпимости к явлению, страшному по своим последствиям.

Любые гражданские инициативы - приветствуются. Это и мероприятия краевого отделения Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, и акция «НЕТ - НАРКОТИКАМ!», проводимая по инициативе наших коллег по Издательству - газеты «Вечерний Новоалтайск», и другие дела.

Однако медицинские аспекты борьбы с наркозависимостью - чрезвычайно важны и требуют профессионального подхода. Динамика распространения наркологических заболеваний в крае тревожна.

Вдумайтесь: 74663 человека, или 3% населения края, состоят на учете у наркологов, по числу наблюдаемых Алтай опережает среднероссийские показатели в 1,2 по заболеваемости алкоголизмом, в 1,9 раза - по зависимости от наркотических и психотропных веществ. Такой неприглядной статистикой поделилась **главная медицинская сестра ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», специалист высшей категории Галина Федоровна Матвеевко.** Мы отдаем себе отчет, что далеко не все, кто нуждается в помощи, обратились за ней, какова «скрытая», истинная, заболеваемость - неизвестно.

Отношение в обществе к проблеме лечения таких больных неоднозначно. В тех случаях, когда у таких больных развиваются «острые» состояния, они, как правило, становятся нашими пациентами, экстренную наркологическую помощь пациентам с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, наркотических и психоактивных веществ, мы оказываем круглосуточно.

Если учесть, что нагрузка на одну медицинскую сестру составляет 30 пациентов - возбужденных, агрессивных, порой социально опасных, то пересмотр штатных нормати-

вов и внедрение инновационных технологий, в частности сестринского процесса, дали бы позитивные результаты.

Пациентов с психотическими расстройствами в первые дни пребывания госпитализируют в палату интенсивной терапии, где от компетенции медицинских сестер зависит очень многое. Как правило, это:

- **предупреждение агрессивных форм поведения**, направленных на окружающих или самого себя (медикаментозное купирование, применение временных мер механического стеснения);
- **контроль и компетентная констатация с последующей регистрацией нарушений психической деятельности** (внешние признаки галлюцинаций, бредовые высказывания, эмоциональные и другие расстройства);
- **отслеживание и регистрация состояния сознания и памяти;**
- **своевременный уход за кожей и слизистой полости рта.**

При уходе за пациентом, получающим дезинтоксикационную терапию, сестра обеспечивает:

- наблюдение за пациентом во время процедуры капельного внутривенного вливания;
- мониторинг общего состояния сердечно-сосудистой системы (ЧСС и АД);
- регистрацию возможных побочных эффектов воздействия психотропных лекарственных средств (тремор, скованность мышц, расстройство координации движений, сонливость, аллергические проявления);
- контроль за диурезом и своевременной функцией желудочно-кишечного тракта;
- обеспечение чистых лабораторных исследований биохимических показателей крови (состояние ферментативной функции печени).

Очень важно внимание сестринского персонала при

уходе за пациентами, которые вышли из состояния психоза. Чаще всего им необходимо психотерапевтическое воздействие (ориентация пациента на полный отказ от спиртного, подчеркнуть вред алкоголя и наркотиков на примере выявленных соматических нарушений, угроза утраты семьи, работы, уважения окружающих и т.п.) и обучение пациента поведению при угрозе рецидива (прием медикаментов, обращение за медицинской помощью, как избежать провоцирующего окружения, стрессовых ситуаций).

Но, пожалуй, одно из сложных направлений в нашей службе - это **работа с семьей пациента, изменение отношения к пациенту** (не допускать упреков и не акцентировать его виновность в случившемся, избегать конфликтов, стрессовых ситуаций - особенно в начале формирования ремиссии, требовательность к нему должна быть объективной и обоснованной) - требует последовательности. Важно ознакомить семью с характером болезни, первыми предвестниками рецидива болезни и мерами по его предупреждению, настроить родственников на необходимость и вероятную эффективность лечения.

Наркомания представляет опасность для окружающих. Несмотря на страдания, которые доставляют эти больные, следует отметить, что у пациентов с наркозависимостью в период отмены наркотиков отмечаются тяжелые боли в мышцах и суставах, расстройства функции желудочно-кишечного тракта, диарея, слезотечение, слюнотечение, наличие вегето-сосудистых расстройств комплексного характера, связанные с зависимостью (навязчивые воспоминания) - они тяжело возвращаются в реальную жизнь.

Необходимо помнить, что среди таких пациентов мо-



гут быть ВИЧ-инфицированными или лица с проявлениями СПИДа. Как правило, у таких пациентов криминальное окружение и возможно уголовное преследование его в настоящий момент. От медицинских сестер требуется такт и умение сопереживать, в то же время не допускать отношений «накоротке», строго соблюдая указания врача.

От правильных действий медицинских сестер зависит очень многое: помочь пациенту построить реальные планы на будущее, всячески пробудить у него воспоминания о его жизни до алкоголизации, наркотизации, вовлечь пациента в работу психотерапевтических групп, научить обращаться за медицинской помощью при первых признаках обострения психологической зависимости (желание выпить, укачаться, навязчивые воспоминания, снижение фона настроения), вселить веру в благополучный исход. Для решения проблем этой группы пациентов необходимы грамотные, понимающие эту проблему, медицинские кадры.

Мы приглашаем выпускников медицинского колледжа влиться в наше дружное братство - посвятить себя благородной цели исцеления общества от таких социальных болезней, как нарко- и алкогольная зависимости.

Если мы будем помогать друг другу, то и жизнь наша будет легче и добрее

**Юлия Анатольевна Антоненко,
старший фельдшер высшей категории,
МУЗ «Станция скорой медицинской помощи»,
аттестованный спасатель отряда МЧС Алтайского края**

Хочется рассказать о той службе, куда по статистике приходится обращаться каждому третьему жителю Барнаула и близлежащих сел. Это - служба «03» или Оперативный отдел. Работа здесь идет ежесекундно и в постоянной готовности к действиям.

Ежесуточно здесь работают два старших врача, 8 диспетчеров, медицинский регистратор. Один старший врач работает с населением, другой - с сотрудниками и медицинскими учреждениями города. **К старшему врачу населения может обратиться по телефону «003» за консультацией:** что делать, если вы заметили какие-либо нарушения со стороны вашего здоровья; куда обратиться в случае травмы, зубной боли, укусов насекомых и т.д.; какой препарат принять и в какой дозе, при случае, если нет необходимости в выезде бригады «Скорой помощи» и многие другие вопросы.

Принимают вызовы четыре диспетчера. Мне бы хотелось акцентировать ваше внимание именно на их работе. Казалось бы, нет ничего сложного: записать адрес и все - работа выполнена. Чтобы было понятно и взаимно легко общаться, хочется объяснить суть работы диспетчера.

Очень важно при звонке в службу «03» внимательно выслушать все, что вам говорят (с мобильного телефона вам нужно набирать «03» или «030» - в зависимости от года выпуска телефона): город, куда вы попали, организацию - «Скорая помощь» и номер диспетчера. Бывают случаи, что люди звонят из другого города по мобильному телефону и, не слыша дис-

петчера, называют адрес, а во всех городах улицы называются примерно одинаково и номера домов тоже одинаковые. Мы едем на вызов, а этот адрес - в другом городе Алтайского края.

Иногда звонящие, не слушая диспетчера, задают самые разные вопросы: курс валют, объявления, такси, телефоны организации, ночные сауны и много других подобных вопросов. Если в среднем станция «Скорая помощь» обслуживает **750-900** вызовов ежесуточно, то обращений на пульт «03» поступает **1570** в сутки, а на одного диспетчера - **392!** **Пожалуйста, старайтесь четко и коротко отвечать на заданные вам вопросы** - это нужно для того, чтобы правильно выбрать бригаду по состоянию человека и оказать ему максимально грамотную медицинскую помощь. **Если вы можете встретить бригаду (особенно в частном секторе) и в дневное время, а тем более в темное время суток, - не поленитесь выйти и встретить медиков. Если вы ждете бригаду, а состояние человека ухудшилось или он самовольно покинул место нахождения, позвоните по «03» и сообщите об этом.**

Диспетчер «03» только принимает вызовы, и через сколько минут прибудет врач сказать не может, этим занимается группа управления.

Когда именно прибудет бригада, зависит от сложности последних поступивших вызовов: вызовы с потерей сознания и остановкой сердца отдаются на обслуживание бригаде немедленно; вызовы к кардиологическим больным, с судорогами, эпилепсией, парализацией, астмой, кровотечениями и другими неотложными состояниями отдаются бригаде на обслуживание во вторую очередь; затем обслуживаются вызовы с головной болью, сыпью, температурой, давлением и другими терпящими время ожидания состояниями; перевозки с направлением в стационар - в течение суток (кроме экстренных состояний).

Еще одна очень легкая и нетрудоёмкая помощь нашей службе идет от вас: это нумерация домов, подъездов и квартир. **Если нет возможности восстановить силами города аншлаги, можно написать таблички краской и прикрепить их на стену или дверь**, я думаю, что эту работу вам помогут сделать ваши дети, если вы им объясните, какую помощь и кому они окажут, - дети любят делать добрые дела, а вы им помогите. Поверьте, очень сложно бывает нашим водителям доставить врача по адресу, если его нет на доме или подъезде.

В столе справок по телефону «004» вы можете узнать, куда госпитализирован человек, даже если бригада находится с ним еще в пути, дежурные больницы и их телефоны, телефоны поликлиник, травмпунктов, стоматологических поликлиник, в том чис-



ле и дежурной. В архиве хранятся все карты вызова, и по личному заявлению гражданина с предъявлением паспорта эта информация ему выдается, если он обслуживался нашей службой.

Мы всегда готовы приехать к вам на помощь или помочь советом. Если случилась у вас экстренная необходимость в нашей работе, звоните нам, не нужно терпеть до утра. Наша работа - помогать вам и днем, и ночью, если мы будем всегда помогать друг другу, тогда легче и добрее будет наша жизнь.

Хочется пожелать вам здоровья, процветания, взаимопонимания и почаще помогать друг другу, даже если вы оказались обычным прохожим. Не бойтесь подать руку помощи или обратиться внимание на чело- века рядом с вами. Если мы будем всегда помогать друг другу, то и жизнь наша будет намного легче и добрее.

От редакции.

Те пожелания, которые высказала Юлия Анатольевна, наверняка актуальны и для других территорий края.

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Если аист не прилетает...

Кафедра акушерства и гинекологии АГМУ:

Наталья Ильинична ФАДЕЕВА, заведующая кафедрой, врач высшей категории, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ;

Ольга Васильевна РЕМНЕВА,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры, врач-акушер-гинеколог высшей категории;

Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,

врач-акушер-гинеколог первой категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры



Бесплодие в браке - проблема, занимающая особое место в медицине, так как зависит от состояния двух индивидуумов - мужчины и женщины. Частота бесплодного брака в России составляет 15-17% и имеет тенденцию к росту.

Медико-социологические исследования показали, что у 93% женщин отсутствие детей приводит к психическому и физическому дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов.

Конечно, муж и жена могут прожить жизнь счастливо и без детей. Законодательство рассматривает бездетную супружескую пару как полноценную семью. Однако биологически и социально вряд ли можно считать ее полноценной. Такая семья не выполнила свой долг перед природой, ради чего, собственно, и существуют два пола, - не продолжила свой род. Она не выполнила свой долг перед обществом - не создала продолжателей социального прогресса.

Таким образом, бесплодие имеет значение не только для отдельного человека, но и оказывает влияние на общество в целом.

Когда можно говорить, что брак бесплодный? По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без примене-

ния противозачаточных средств, не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте (18-45 лет).

Различают женское и мужское бесплодие. **Женское бесплодие** - неспособность женщины к зачатию - может быть первичным (когда у женщины не было ни одной беременности) и вторичным (если в прошлом была хоть одна беременность).

Причины бесплодия в браке многообразны:

- сдвиги в работе эндокринных органов, и как следствие - нарушение овуляции (35-40%);
- непроходимость или неполноценность работы маточных труб (20-30%);
- иммунологические причины (2%);
- аномалии развития половых органов (2-4%);
- нарушения сперматогенеза (до 40%).

В связи с тем, что частота женского и мужского бесплодия примерно одинакова, а каждая четвертая супружеская пара имеет сочетание нескольких факторов, **обследование при бесплодии следует начинать с собеседования с супругами, чтобы исключить психосексуальные, ятрогенные причины и оценить состояние здоровья обоих половых партнеров.** Это позволит врачу наметить общий план обследования и

последовательность диагностических процедур. В дальнейшем работу параллельно ведут гинеколог и андролог.

Подробно поговорим о женском бесплодии. Для достижения более эффективного результата целесообразно не затягивать с визитом к врачу, причем, лучше сразу обращаться в специализированные центры, консультации, занимающиеся проблемами бесплодия.

Грамотный врач обязательно начнет разговор с выяснения особенностей семейного и наследственного анамнеза, перенесенных заболеваний, характера менструальной функции, ритма половой жизни, течения и исхода предыдущих беременностей. При клиническом обследовании определит тип телосложения, массоростовой коэффициент, степень оволосения, развитие молочных желез.

В связи с высокой частотой воспалительных заболеваний половых органов у женщин и их отрицательным влиянием на состояние репродуктивной системы **необходимым является обследование всех женщин с бесплодием на наличие инфекций, передаваемых половым путем** (хламидии, уреаплазмы, гонорея, сифилис, трихомонады, вирус герпеса, цитомегаловирус и др.).

Для оценки гормональной функции яичников используется **изменение базальной температуры.** Объем лабораторного гор-

монального исследования зависит от выраженности нарушений менструальной функции женщины, причиной которой могут быть нарушения на уровне гипоталамуса, гипофиза, щитовидной железы, надпочечников.

При подозрении на иммунологическое бесплодие проводится **посткоитальный тест**, оценивающий биологическую совместимость сперматозоидов и цервикальной слизи.

Кроме того, все женщины с бесплодием проходят **УЗИ матки и придатков**, а также возможно проведение **гидроУЗИ для оценки проходимости маточных труб**. Если после проведенного обследования причина бесплодия не будет установлена, следует прибегнуть к **гистеро- и/или лапароскопии**. В современных условиях эти эндоскопические операции являются не только заключительным этапом диагностики, но и первым этапом лечения женского бесплодия.

Вопрос о терапии бесплодия в браке решается после комплексного обследования обоих супругов. **Бесплодие - это не болезнь, а симптом заболеваний**, поэтому при лечении необходимо воздействовать сразу на все выявленные факторы, а не устранять причины поочередно или постепенно.



менности. Возможны случаи раннего прерывания беременности или когда она вообще не наступает. Но шансы на успех все-таки есть!

При абсолютном мужском бесплодии применяется искусственная инсеминация спермой здорового анонимного донора. Показания для искусственной инсеминации женщин и программы ЭКО изложены в приказе Минздрава РФ от 28.12.1993г. №301 «О

дают абсолютным бесплодием, когда единственным методом возможного материнства является ЭКО.

Следует знать, что способность к зачатию у женщин после 35 лет снижается в 3-4 раза по сравнению с молодыми, поэтому так важно не затягивать с обращением к врачу при отсутствии беременности. Своевременный визит - залог успеха.

Но даже если бесплодие неизлечимо, то и в этом случае любящая пара может сохранить брак и растить усыновленного ребенка. У нас в стране тайна усыновления охраняется законом. Так, по просьбе усыновителя усыновляемому присваивается фамилия отца и отчество по его имени. При этом может быть изменено имя ребенка, место и дата рождения. Однако возможен, пожалуй, и другой вариант. Вариант правды.

«Нужда в детях – не просто нужда, подобная десяткам других, которые могут иметь множество форм удовлетворения, - пишет в книге «Дети - наше будущее» Я.Рубин. – Нужда в детях может быть удовлетворена только детьми и ничем иным. Дети - не объект удовлетворения каких-то потребностей. Сами они - потребность. И ничто людям не может заменить то, чего они ждут и что получают от детей».

Все больше европейцев становятся бесплодными

Количество европейцев, страдающих бесплодием, за следующее десятилетие может удвоиться. В настоящее время одна из семи пар не может иметь детей, а через десять лет, считает профессор Шеффилдского университета У.Леджер, с этой проблемой столкнется каждая третья европейская семья.

Основные причины этого – ожирение и половые инфекции. Значительную роль играют также карьерные устремления женщин, из-за которых они откладывают материнство на более поздние сроки, когда вероятность различных проблем с репродуктивным здоровьем значительно выше. Растет и мужское бесплодие, как за счет снижения качества, так и за счет уменьшения среднего объема спермы.

Длительность лечения не должна превышать 2-3 года от момента установления диагноза. Если в результате проведенного лечения беременность не наступила, то пациентам может быть предложена программа ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение. Речь идет о зачатии не в материнском организме, а вне его, в пробирке, с последующей пересадкой оплодотворенной яйцеклетки в матку женщины. Оказывается, даже в практически безнадежной ситуации можно помочь женщине родить ребенка. Операция осуществляется вполне успешно, сложнее идет процесс дальнейшего течения бере-

применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия».

В настоящее время в России имеется около трех миллионов женщин детородного возраста, которые стра-

ОТ РЕДАКЦИИ:

Цикл публикаций раздела «Школа ответственного материнства» вызывает большой интерес у читателей журнала, многие интересуются, можно ли попасть на прием к ведущим рубрики. Наши уважаемые авторы постоянно ведут прием по адресу: г.Барнаул, пр.Ленина, 40, телефон регистратуры: 36-61-05

Уход за колостомой

Надежда Сергеевна Братышева,
заслуженный врач РФ, хирург-онколог высшей категории,
заведующая отделением колопроктологии
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Общеизвестен тот факт, что, наряду с ростом заболеваемости раком прямой кишки, с каждым годом возрастает также число больных, длительно живущих после радикального хирургического лечения этого заболевания. В настоящее время под наблюдением онкологических учреждений находятся десятки тысяч больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки.

У части больных операция закончилась полным удалением прямой кишки вместе с ее замыкательным аппаратом (то есть с заднепроходным отверстием) и формированием искусственного заднего прохода на передней брюшной стенке.



Выписываясь из больницы, такие больные обладают весьма ограниченными сведениями о методах повседневного ухода за стомой и практически не имеют ясного представления о возможностях нормализации и регуляции отправления кишечника. Страх непроизвольного отхождения кала и газов делает их замкнутыми, вынуждает к самоизоляции от окружающих людей.

Однако, перенеся такую операцию и получив соответственно тяжелую психическую травму, каждый должен помнить о главном - **ему сохранена жизнь**, любая, она всегда лучше смерти. Поэтому нужно сделать все возможное, чтобы улучшить качество жизни в новых условиях. Некоторые приемы правильного ухода за колостомой я хочу вам рекомендовать.

Установлено, что в ответ на прием пищи, в результате желудочно-кишечного рефлекса, начинается усиленная перистальтика ободочной кишки. Промежутки времени от приема пищи до начала активизации перистальтики и следующего за тем опорожнения кишечника у разных больных с колостомой не одинаковы: от момента приема пищи до 30-40 минут после него. Если больной принимает пищу нерегулярно, то опорожнение кишечника, как правило, неупорядоченно и происходит в разное время суток. **Если больной принимает пищу через равные промежутки времени, то в большинстве случаев стул бывает через определенное время после еды.**

Поэтому, чтобы добиться ритмичного опорожнения кишечника, **необходимо придерживаться строго установлен-**

ных часов приема пищи. Наиболее рационален метод трехразового питания. Очень важно соблюдать постоянные интервалы между завтраком, обедом и ужином, в которые не рекомендуется принимать даже самую легкую пищу.

Перераспределив объем продуктов и часы приема пищи, можно добиться дефекации в определенное, удобное для каждого больного время. Можно рекомендовать трехкратный прием пищи: **завтрак** - в 7 часов; **обед** - в 13 часов; **ужин** - в 19 часов. При этом объем употребляемой пищи следует распределить следующим образом: в завтрак - до 40 процентов рациона; в обед - до 50 процентов, в ужин - 10 процентов.

На частоту стула, количество и степень оформленности каловых масс решающее влияние оказывает состав пищи. Большинству больных с колостомой нет необходимости соблюдать строгую диету. Однако, чтобы эффективно управлять актом дефекации, каждый больной индивидуально должен подбирать для себя пищевой рацион.

Известно, что все пищевые продукты по воздействию их на моторику кишечника могут быть разделены на три группы:

1. Способствующие опорожнению кишечника. Сюда относятся вещества, содержащие сахар и глюкозу, растительную клетчатку и жиры, растительное масло, молоко и минеральную воду. В рацион должны входить черный хлеб, сырые овощи и фрукты, кефир, простокваша и мед.

2. Вещества, задерживающие моторику кишечника, - творог, белые су-

хари, слизистые супы, протертые каши, крепкий чай, кофе, кисели, рис, черника, плоды черемухи, настой шиповника.

3. Продукты, которые существенно не влияют на опорожнение кишечника, - рубленое мясо, рыба, яйца, измельченные овощи, пшеничный хлеб.

Продукты, которые **способствуют газообразованию,** - сахар, картофель, капуста, черный хлеб, фасоль, горох, орехи.

Чеснок, маринады, лук, копчености, консервы, газированные напитки - эти продукты, кроме избыточного газоотделения из колостомы, **придают резкий неприятный запах каловым массам.** Поэтому данные продукты следует употреблять с осторожностью.

Однако соблюдения режима питания и диеты часто оказывается недостаточно. При запорах можно принимать слабительные и делать клизмы. **Можно рекомендовать больным с колостомой промывание кишки один раз в день или один раз в два дня.** Когда налаживается ритмичное опорожнение кишечника, промывание можно делать реже, а затем совсем прекратить.

Методика промывания. Обычная резиновая груша емкостью 300-400 мл. На конец груши надевается мягкий эластичный отрезок желудочного зонда 10-15 см. Кончик зонда смазывается вазелином и без приложения усилий осторожно вводится глубоко в стому. В качестве промывной жидкости можно использовать однопроцентный раствор пищевой соды, раствор фурацилина, слабый раствор марганцево-кислого калия, теплый раствор растительного масла и т.д. Длитель-

Можно подобное промывание кишечника желательнее проводить в утренние часы, и тогда больной может быть вполне спокоен, что ни отхождения стула, ни шумного газоотделения из стомы в ближайшие 12 часов у него не наступит. И второй момент - это выработка рефлекса дефекации соответственно на этот час.

Можно добиться регулярного опорожнения кишечника с помощью слабительных, лучше растительного ряда (корень ревеня, лист сосны, кора крушины, слабительный чай, александрийский лист), пурген. Употребление больными сернокислой магнезии, касторового масла вызывает длительное истечение из стомы жидких каловых масс.

При наличии частого жидкого стула, чаще всего вызываемого сопутствующим колитом, показано применение фталазола, бесалола, энтеро-септола.

С целью уменьшения запаха фекальных масс можно рекомендовать внутрь аспирин, викалин, викаир, активированный уголь.

Больным с дисбактериозом и хроническим колитом для восстановления нормальной перистальтики кишечника целесообразно вводить в комплекс лечения соответствующие бактериальные препараты: **антибиотики, бактериофаги, бактерии.**

При угнетении сапрофитных штаммов благоприятно на нормализацию кишечной флоры влияют **колибактерин, бифидобактерин, лактобактерин** и др.

При наличии у больного ритмичного одноразового оформленного кала никаких дополнительных мероприятий проводить не надо. В этих случаях следует носить марлевую повязку, укрепленную на стоме с помощью мягкого эластично-

го пояса. В остальных случаях следует периодически или постоянно пользоваться калоприемником, обеспечив надежный герметизм между стомой и собирающим устройством.

Тщательное соблюдение больным личной гигиены способствует уменьшению запаха, исходящего от колостомы, ежедневные ванны, обмывание стомы и кожи вокруг нее мылом, шампунем, слабым раствором марганца, а также помещение дезодорирующих веществ на ватно-марлевую прокладку или в сборник калоприемника (нитрат висмута основной, активированный уголь, кристаллы перманганата калия).

Пациенты с колостомой часто избегают купания в водоемах, в ванне, боясь попадания воды в стому. Напоминаю, что **в стому вода при купании самостоятельно из водоемов не заливается, так что купайтесь.**

Очень нередко у больных вокруг колостомы имеется мацерация кожи. В таких случаях необходим комплекс различных мероприятий: добиться нормализации опорожнения кишечника; кожу вокруг стомы следует 3-4 раза в сутки обмыть теплым раствором фурацилина или слабым раствором марганца; на стому и окружающую кожу следует наложить мягкую повязку, смоченную растительным маслом, рыбьим жиром, вазелиновым маслом, гусиным жиром.

И еще: **помните, что слизистая колостомы очень ранимая,** то есть ей приходится, как и вам, приспосабливаться к существованию в новых условиях. Поэтому обращаться со стомой следует аккуратно, избегать грубостей, повязка должна быть мягкой, пропитана жидкой жировой основой, не должна при-сыхать к слизистой, не должна давить

Н. А. Витошкина,
постовая
медсестра



на нежную слизистую оболочку кишки. Приучите себя к мысли, что колостома является частью вашего организма и чем скорее вы научитесь правильно за ней ухаживать, тем быстрее вернетесь к привычному образу жизни.

От редактора.

Проблема реабилитации больных с онкологическими заболеваниями волнует и медицинских работников, и родственников, и, конечно, самих пациентов.

Парадоксальная ситуация – достижения медицины в этом направлении очевидны, применяемые технологии лечения становятся все более эффективными, результаты лечения - все более обнадеживающими, но страх, всепобеждающий страх перед поставленным диагнозом - зачастую сводит на нет все усилия медиков...

Недавно с врачами-кардиологами мы обсуждали итоги социологического опроса населения: полученные результаты впечатляют. Общеизвестно, что последствия заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальной гипертензии) часто достаточно драматичны, а смертность от этой группы болезней лиц трудоспособного возраста составляет в структуре 25%, тогда как от онкозаболеваний – 12,8%. Однако «...у меня давление» или «сердце» - наши пациенты говорят, не драматизируя ситуацию, даже несколько недооценивая возможные неблагоприятных последствий, а диагноз «рак» воспринимают как приговор.

Именно поэтому наш журнал запланировал серию различных материалов по актуальным проблемам онкологии.



А. П. Елинов, врач-онколог высшей категории,
В. Ю. Парунов, врач-онколог первой категории

Профилактика развития близорукости у детей

**Андрей Витальевич Ефимов,
врач-офтальмолог первой категории, Краевая
офтальмологическая больница**

Предупреждение развития миопии (близорукости) у школьников – актуальная проблема в наши дни. В профилактике близорукости основными являются две цели: предупреждение возникновения у детей миопии и недопущение прогрессирования близорукости у школьников. Именно индивидуальная профилактика миопии играет ведущую роль в достижении этих целей.

В деле предупреждения близорукости можно выделить несколько ключевых моментов. **Первый – это свет.** В утренние часы на организм интенсивное воздействие оказывают ультрафиолетовые лучи. При ультрафиолетовом «голодании» происходит нарушение фосфорно-кальциевого обмена, снижается работоспособность аппарата аккомодации. Поэтому необходимо как можно больше бывать на свежем воздухе в период наиболее интенсивного действия ультрафиолетовой радиации (с 10 до 16 часов). После занятий в школе полезно 1-2 часа погулять на улице. Это важно не только для восстановления работоспособности всего организма, но и для отдыха глаз.

Также большое значение для сохранения хорошего зрения имеет **правильное питание, включающее достаточное количество витаминов, особенно В и А.** Витамин В содержится в таких продуктах, как печень, сельдь, желток яиц, сливочное масло. Витамин А – в сливочном масле, молоке, сельди, яичном желтке, печени. Он может образовываться в организме и из провитамина А – каротина, который входит в состав растительных продуктов (морковь, томат, хурма, шиповник, салат и др.).

Следующий момент – **правильно организованное место для занятий школьника.** Ему необходимо создать такие условия, которые не заставляли бы его орган зрения перенапрягаться. К таким условиям относятся, прежде всего, достаточная освещенность рабочего места как днем, так и в вечернее время; соответствие мебели (стол, парта) росту школьника; чередование зрительной работы с отдыхом для глаз.

Письменный стол лучше всего поставить у окна, чтобы свет падал или пря-

мо на стол, или слева (если стол стоит торцом к окну). **При искусственном освещении настольная лампа должна находиться слева и быть обязательно прикрытой абажуром,** чтобы прямые лучи света не попадали в глаза. Мощность лампы рекомендуется в пределах **от 60 до 80 ватт,** при этом не исключается общее освещение в комнате. Оно необходимо для того, чтобы не создавался резкий переход при переводе взора с освещенной тетради или книги к темноте комнаты. Резкий контраст быстро утомляет – появляются чувство напряжения и рези в глазах.

Правильная посадка при сидении – это та, при которой туловище находится в вертикальном положении, голова слегка наклонена вперед, плечевой пояс горизонтален и параллелен краю стола, руки свободно лежат на столе, ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом и опираются всей ступней на пол или подставку, спина опирается в поясничной своей части на спинку стула. Во время чтения и письма напряженно работают мышцы спины, шеи, глаз и поэтому необходимо позаботиться о том, чтобы их работа протекала в благоприятных условиях.

При чтении зрительное восприятие текста представляет собой быстрое различение очень большого числа мелких деталей. Глазам во время чтения приходится проделывать колоссальную работу, связанную с рассмотрением текста и с необходимостью движения глаз вдоль строки и от строки к строке. Все это ведет к утомлению глаз (покраснение век, появление ощущения рези, «песка»), усталости мышц шеи и спины.



Чтобы избежать зрительного утомления при чтении, очень важно соблюдать следующие правила:

- обеспечить хорошую освещенность рабочего места (не менее 150 лк);
- ограничить длительность непрерывной зрительной работы 45 минутами для детей 12-14 лет и 60 минутами для 15-17 летних, после чего необходимо перерыв для расслабления мышц глаза (переключение аккомодации с близких на далекие объекты) и общей физической активности;
- необходимо следить за правильной позой при чтении, исключающей значительное зрительное напряжение;
- школьникам, имеющим близорукость, необходимо пользоваться очками при зрительной работе и делать более частые перерывы, во время которых необходимо выполнять специальные упражнения, расслабляющие мышцы глаза, рекомендованные им врачом-офтальмологом.

Как всякая зрительная работа, просмотр телепередач может привести к утомлению, особенно если проводится

в неблагоприятной обстановке. Для предупреждения утомления и зрительного напряжения при просмотре телепередач очень важно оптимальное разрешение трех условий: расстояние от зрителя до телевизора, освещение в комнате, качество изображения на экране.

Лучше всего расположиться удобно в кресле, на стуле на расстоянии не ближе 1-2 м от черно-белого телевизора и 2-3 м - от цветного. Сидеть дальше 5-5,2 м от телевизора не рекомендуется. Экран телевизора должен быть на уровне глаз сидящего человека или чуть ниже. Если школьник носит очки, то во время передачи их следует обязательно надеть, чтобы излишне не напрягалось зрение. **Лучше всего, если комната освещена верхним светом.** Днем телевизор следует смотреть в незатемненной комнате и лишь в солнечные дни следует закрывать окна легкими шторами. Очень важно не концентрировать внимание в течение длительного периода на экране телевизора. Время от времени следует переключать взор на другие окружающие предметы, чтобы дать отдых глазам.

При чтении, письме, рисовании, конструировании очень важно соблюдать чередование этого вида деятельности с активным отдыхом, т.е. переключением на физические упражнения. Упражнения следует проводить через каждый час напряженной зрительной работы в течение 10-15 минут, лучше на свежем воздухе вне зависимости от времени года и погоды. Физическая нагрузка улучшает вентиляцию легких, кровоснабжение сердечной мышцы вовлекает в динамическую работу различные группы мышц, уставшие от статической (сохранение неподвижности) позы, и в то же время расслабляются мышцы глаз, особенно при взгляде вдаль. Если выйти на улицу на 10-15 минут не удастся, то при открытой форточке можно сделать несколько физических упражнений, постоять у окна, глядя вдаль.

Кроме этих мероприятий индивидуальной профилактики миопии, родителям ребенка важно помнить, что своевременное обращение к офтальмологу позволяет предотвратить возникновение или приостановить прогрессирование близорукости у ребенка на ранних стадиях.



Стволовые клетки без мифов и обмана

22 июня прошел президиум Российской академии медицинских наук, посвященный особо острому вопросу – применению клеточных технологий в медицине. Абсолютное большинство этих методов пока находится в стадии экспериментов на животных или ограниченных клинических экспериментов, но уже вызывает ожесточенные споры среди ученых и даже скандалы. Коммерческие клиники всюду рекламируют технологии, при этом нередко вводя своих пациентов в заблуждение, так как используют не совсем те клетки, которые обещают.

На президиуме были заслушаны доклады не о мифических, а о серьезных работах в области клеточной терапии. Таких методик в стране уже разработано около полутора десятков. Самые волнующие эксперименты связаны с применением стволовых – особых клеток, способных превращаться в любые другие клетки тканей и органов человека. Это самый «горячий» участок современной медицины, и российским ученым уже удалось достичь в нем некоторых успехов. В экспериментах на животных, а затем в ограниченных исследованиях на добровольцах ученые из Российского государственного медицинского института, например, смогли получить обнадеживающие результаты в лечении травм позвоночника с разрывом спинного мозга.

В Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им.Бакулева РАМН, к примеру, **начата первая фаза клинических испытаний по пересадке клеток костного мозга у больных острым инфарктом миокарда.** При остром инфаркте миокарда клетки сердечной мышцы (кардиомиоциты) гибнут. В такой ситуации может помочь пересадка новых сократительных клеток.

Обсуждение на президиуме РАМН тоже оказалось весьма «горячим». Академики высказывали разные оценки: от сдержанно-оптимистических до полностью негативных. Некоторые уважаемые ученые даже вступили в резкую перепалку. Однако исследования договорились продолжить.



Алтайская краевая клиническая больница
Нина Васильевна Леонова,
 главный эндокринолог Алтайского края

Инна Александровна Вейцман,
 врач-методист



Клиника остеопороза

Почти в 50% случаев остеопороз протекает бессимптомно или малосимптомно и выявляется уже при наличии переломов костей, в связи с чем остеопороз называют «бесмолвной эпидемией». Жалобы нередко носят общий характер - слабость, утомляемость, снижение работоспособности, депрессии, раздражительность, похудание.

Учитывая, что 99% кальция находится в костях и зубах, первыми признаками недостатка кальция в организме могут быть: разрушение и потеря зубов, тупая боль в спине, исчезающая в положении лежа, «боли в костях» при сотрясении, сухость, ломкость ногтей и волос, судороги в икроножных и других мышцах, возникающие после занятий спортом, а также в ночное время, переломы костей при падении с высоты даже собственного роста, повторные переломы костей при минимальной травме. Остеопоротические переломы имеют четкую локализацию - это шейка бедра, позвоночник, кости предплечья и запястья.

Боль в спине может быть и острой - при свежем компрессионном переломе позвоночника. Она отдает в грудную клетку, брюшную полость, ограничивает движение, продолжаясь 1-2 недели. У пожилых людей ее можно принять за острый инфаркт миокарда. Болевой синдром, оцениваемый по пятибалльной системе, может быть разной степени выраженности не только у разных больных (от 1 до 5 баллов), но и у одного и того же больного в разные промежутки времени. Другой особенностью болевого синдрома при остеопорозе является то, что длительный прием таких препаратов, как «Вольтарен» или «Напроксен», не купируют его. Нередко боли в спине и костях приковывают пациента к постели, и они нуждаются в постороннем уходе.

Вследствие компрессии позвонков и ползучей деформации уменьшается рост на 2-4 см после каждой болевой атаки. **В итоге рост может уменьшиться на 10-15 см** (в норме к старости рост снижается максимум на 4-5 см). Появляются суту-

лость, сгорбленность, шаркающая походка с широким расставлением ног. Изменяется и фигура: теряется линия талии, выдается вперед живот, появляются складки по боковым поверхностям туловища.

Диагностика

При объективном исследовании обращают на себя внимание следующие симптомы:

- **костно-мышечные складки по бокам в области ребер и живота** (за счет «таяния» позвонков);
- **выраженная чувствительность позвоночника и остистых отростков к надавливанию;**
- **сильная боль в позвоночнике при резком опускании из положения «на цыпочках»;**
- **боль при сдавлении грудной клетки, поколачивании ребер, костей таза, позвоночника;**
- **уменьшение роста, которое определяется при измерении размаха рук** (в норме расстояние между кончиками третьих пальцев равно росту человека прежде).

Инструментальная диагностика

Костная денситометрия - самый точный в настоящее время метод количественной оценки костной массы, позволяющий диагностировать костные потери на ранних стадиях с точностью до 2-6% в разных участках скелета. Наиболее актуально измерение плотности костной ткани в позвонках, шейке бедра, лучевой кости.

Данный метод исследования отвечает сразу на два вопроса: **насколько изменена плотность кости и что следует предпринимать**, то есть следует ли только профилактировать остеопороз или его уже пора лечить. Единственный в Алтайском крае денситометр установлен в г.Барнауле - в **городской больнице №4**, где можно пройти обследование.

Рентгенография костей - этот метод обладает низкой чувствительностью и

дает возможность выявлять остеопоротические изменения в костях скелета при снижении костной массы на 30-50%, т. е. при далеко зашедшем процессе.

Лабораторная биохимическая и гормональная диагностика (этот метод менее актуален, но имеет место в комплексной диагностике остеопороза).

Первая группа маркеров позволяет определить тип остеопороза и установить механизмы его возникновения.

В нее входят:

- ◆ различные гормоны (эстрогены, паратиреоидный гормон, тиреоидные гормоны, кальцитонин, витамин D и его активные метаболиты и др.), по уровню которых в крови можно оценить гормональный статус у больного;
- ◆ концентрация кальция, фосфора и магния в крови, позволяющая оценить состояние минерального гомеостаза;
- ◆ концентрация кальция, фосфора и магния в утренней моче, используемая для оценки почечного всасывания этих ионов;
- ◆ суточное выделение кальция с мочой, используемое для оценки всасывания кальция в кишечнике.

Вторая группа маркеров - это вещества, отражающие состояние «костного оборота» и те изменения, которые происходят непосредственно в кости:

- ◆ маркеры, отражающие состояние процесса разрушения кости (костная щелочная фосфатаза, остеокальцин, карбокси- и аминотерминальные пропептиды проколлагена I типа);
- ◆ маркеры, отражающие состояние формирования кости (пиридинолин, дезоксипиридинолин и аминотерминальные телопептиды коллагена I типа, оксипронолин в моче, галактозоксиллизин, тартрат-резистентная кислая фосфатаза).

По соотношению изменений маркеров разрушения и формирования кости представляется возможным судить о скорости костных потерь, предсказать риск перелома кости.

Профилактика остеопороза

Первичная профилактика направлена на создание и поддержку прочности скелета в разные периоды жизни человека, особенно в период интенсивного роста и формирования пика костной массы, во время беременности, кормления грудью, в период пременопаузы, менопаузы и постменопаузы, при возникновении экстремальных ситуаций, например, при длительной обездвиженности. Первичная профилактика особенно показана детям и подросткам.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение переломов при уже развившемся остеопорозе. Показанием к вторичной профилактике служит наличие достоверных факторов риска - это ранняя или искусственная менопауза, лечение глюкокортикостероидами (преднизолон, полкортолон, дексаметазон и др.), длительно существующий тиреотоксикоз или заместительная тиреоидная терапия (прием «Эутирокса» или L-тироксина в дозе более 75 мкг/сут.), сахарный диабет первого типа.

Принципы профилактики остеопороза

Рекомендуется диета с повышенным содержанием кальция.

Продукты питания с наибольшим содержанием кальция

(рассчитано в мг кальция на 100 г продукта, по данным монографии Е.А. Лепарского, И.А. Скрипниковой)

1. Молочные продукты:

Молоко 3%	100
Молоко 1%	120
Йогурт	120
Сметана	100
Творог	95
Козий сыр	300
Плавленный сыр	300
Твердый сыр	600

2. Рыба

Рыба вяленая с костями	3000
Сардины с костями	350
Рыба отварная	30

3. Фрукты, орехи, семена

Инжир	57
Курага	170
Изюм	56
Миндаль	254
Арахис	70
Кунжут	1150
Семена тыквы	60
Подсолнечника	100

4. Овощи зеленые

Сельдерей	240
Зеленый лук	60
Капуста	60
Зеленые оливки	77

5. Хлеб

Хлеб черный	60
-------------	----

Помимо потребления пищевых продуктов с достаточным содержанием кальция необходимо **принимать препараты кальция.**

Хотя адекватное количество кальция в принципе можно получить с пищевыми продуктами, на практике даже при самом полноценном питании количество поступающего в организм кальция редко превышает 800 мг в сутки. Процент усвоения кальция из продуктов в детском возрасте составляет 75%, а во взрослом - всего 25-30%. **Для всасывания кальция в кишечнике необходим витамин D**, который содержится в рыбьем жире, печени рыб, яичном желтке, а также вырабатывается в коже при участии ультрафиолетового света. Учитывая проживание в местности с дефицитом инсоляции, практически каждый житель Алтайского края с октября по апрель испытывает недостаток в витамине D, а пожилые люди, у которых в силу возрастных изменений снижена выработка витамина D кожей, испытывают дефицит витамина D круглогодично.

Поэтому дополнительный прием препаратов кальция и витамина D относится к числу наиболее важных, универсальных и экономически выгодных методов профилактики и лечения остеопороза.

Препараты кальция отличаются в основном по содержанию в них элементарного, всасывающегося в кишечнике, кальция. Однако процент элементарного кальция в различных солях разный, это значит, что в 100 г солей кальция содержится разное количество этого микроэлемента.

Карбонат кальция содержит 40 г Са⁺ - это самая насыщенная кальцием соль и, соответственно, самая эффективная.

Хлорид кальция - 27 г

Цитрат кальция - 20 г

Глицерофосфат кальция - 19 г

Лактат кальция - 13 г

Глюконат кальция - 9 г - это самая малоефективная соль.

Препараты, содержащие только соли кальция:

«Кальций Сандоз Форте» (лактоглюконат и карбонат). В одной таблетке - 500 мг кальция.

«Аддитива Кальций» (карбонат - 500 мг).

«Упсавит Кальций-карбонат» - 500 мг

«Лековит С - Кальций» (карбонат)

«Кальций-С» (карбонат, лактат)

«Кальциум» (лактат).

Однако данные препараты не работают без витамина D, который необходимо принимать дополнительно. Для усвоения кальция его необходимо принимать вместе с витамином D (эргокальциферол, холекальциферол, вигантол, Альфа Д3-тева, тахистин)!

Суточная доза витамина D: до 50 лет - 200 МЕ, от 50 до 70 лет - 400 МЕ, старше 70 лет - 600 МЕ.

В клинической практике хорошо зарекомендовал себя комбинированный препарат, содержащий в одной таблетке кальций и витамин D. Это «Кальций-Д3 Никомед» (содержит 500 мг карбоната кальция и 200 МЕ витамина D), «Кальций-Д3 Никомед Фор-

те» - для лиц пожилого возраста (500 мг карбоната кальция и 400 МЕ витамина D).

«Кальций-Д3 Никомед» можно рекомендовать принимать подросткам по две таблетки в сутки, беременным женщинам, людям в возрасте 30-35 лет по одной таб./сут. курсами с небольшими перерывами, женщинам старше 45 лет - постоянно по 1-3 таб./сут. Пожилым людям более подходит «Кальций-Д3 Никомед Форте» - две таб./сут.

Особо следует обратить внимание на то, что во всех имеющихся на рынке поливитаминах содержится небольшое количество кальция, которое диктует дополнительный прием препаратов кальция.

В настоящее время достаточно много БАДов с кальцием. Опираясь на клинический опыт и данные литературы, можно сказать, что эти препараты не содержат точно проверенной дозы кальция, поэтому эффективность их сомнительна.

Яичная скорлупа тоже содержит кальций, однако в жестком соединении с белком он плохо усваивается организмом, поэтому данная добавка не насыщает ваш организм и кости кальцием!

К умеренным физическим нагрузкам относятся занятия с гантелями, пешие прогулки, плавание, упражнения на координацию. Образ жизни должен быть правильным: необходимо отказаться от курения, ограничить употребление алкогольных напитков, прием кофе до двух чашек в сутки, напитков на основе колы, газированных напитков и шоколада.

Основные принципы лечения остеопороза

Лечение остеопороза - это непростая задача, т.к. болезнь диагностируется поздно, когда уже имеются переломы и необратимые изменения в костях. Поэтому **целью лечения становится замедление или временное прекращение потери костной массы, предотвращение переломов костей, улучшение состояния больного, расширение его двигательной активности.**

Лечение в отличие от профилактики назначается **ТОЛЬКО ВРАЧОМ** после проведения необходимого исследования.

Лечение основано на трех принципах: устранение причины остеопороза, что не всегда возможно; подавление повышенного костного разрушения и стимуляция костеобразования: прием эстрогенов для женщин при согласовании с гинекологом (кальцитонин, препарат «Миакальцик», способствует костеобразованию, обладает анальгезирующим эффектом. Одновременно с назначением препаратов кальцитонина рекомендуется назначение адекватных доз кальция и витамина D. **Лечение следует проводить в течение длительного времени;** бисфосфонаты; остеогин; соли фтора; анаболические стероиды; препараты витамина D), симптоматическое лечение, включающее в себя диету, препараты солей кальция, дозированную физическую активность, лечебную физкультуру, ортопедическое лечение, обезболивание.

В эндокринологическом отделении ККБ постоянно работает бесплатная школа остеопороза, информацию о которой вы можете получить по телефону 688-502.

Внимание!

Вышел в свет специальный выпуск журнала "Школа больных артериальной гипертонией"

Все подписавшиеся на наш журнал на II полугодие 2005 года получат специальный выпуск в подарок!

Цель этого выпуска - в популярной форме, но избегая примитивизма, изложить информацию по вопросам диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертонии в свете современных воззрений на данное заболевание, как некое учебное методическое пособие, рассчитывая на то, что оно может применяться медицинскими работниками при различных образовательных программах, реализуемых в лечебных учреждениях, а также и для самообразования пациентами.

Данный выпуск подготовлен специалистами, имеющими практический опыт проведения «школ артериальной гипертонии», при участии Алтайского краевого научного общества кардиологов.



По вопросам приобретения выпуска обращайтесь к нашим представителям в городах и районах края либо в редакцию.

Стоимость без расходов на доставку - 20 рублей.

Началась досрочная подписка на журнал
«Здоровье алтайской семьи»
на 2006 год

через все отделения связи и представителей журнала.

Наш подписной индекс - **73618**



Тальменская ЦРБ.
Медицинские сестры

Сотрудники
реанимационного
отделения Краевого
онкологического
диспансера

Стр. 21-22

Участники конференции медицинских работников
Краевого онкологического диспансера



Павловский район.
Участники конференции

Мы говорим о важности партнерства всех рационально настроенных институтов – администраций лечебных учреждений, профсоюзных организаций, там, где они сохранили свое влияние, научных обществ по отдельным направлениям медицины, общественных организаций - всех, занимающихся пропагандой и реализацией программ «здорового образа жизни», но самое главное в этом деле – преодолеть инертность и скепсис, побудить к активным действиям себя. Верю в сотрудничество!

