

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





# «Здоровая семья - это здорово!» Вырасти дерево!



Первоклассники-2005



Р.Н. Романов и И.В. Козлова на открытии акции в парке «Солнечный ветер», 2005 г.

## От редактора

В 2003 году совместно с парком «Солнечный ветер» и Барнаульским заводом АТИ впервые наш журнал начал в рамках программы «Здоровая семья - это здорово!» акцию «Вырасти дерево!».

Идея ее очень проста - свое дерево, свою «классную» аллею посадить не в день последнего звонка, окончания школы, а в самый первый день учебы, как некий символ вступления во взрослую жизнь. И не просто посадить, а вырастить, довести дело до конца. Самой посадке саженцев предшествовали встречи первоклассников и их семей - пап, мам, бабушек и дедушек, сестренки и братишки - на добром семейном празднике с клоунами, аттракционами и, конечно же, с призами и подарками, в нашем случае, в парке «Солнечный ветер». В этом году только первоклассников было более двухсот.

Вот уже третий год накануне Дня знаний проходит праздник «Вырасти дерево!». Может быть, так рождаются традиции?..



Первоклассники-2003 с представителями Барнаульского завода АТИ

Фото из архива редакции.

Редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» благодарит М.В. Соколова, директора по связям с общественностью, ЗАО «Алтай-парк» за особое личное участие в организации и проведении акции





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](mailto: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 23.09.2005г.  
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  
ООО «Алфавит»  
г.Барнаул, ул.Короленко, 75.  
Тел. (3852) 65-91-18

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

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -  
**73618**

# Содержание

В.А. Кравцов. И это все о нас .....	2
А.А. Махнборода. Вести здоровый образ жизни - это просто! .....	3
О.М. Тырышкина. Тромбофилии: клиническая и иммунологическая характеристика .....	4-5
Диагностический центр - за ответственное материнство .....	6-7
Л.И. Тюлюкова. Наболело! .....	8
С.Е. Корнильев. «Мы с тобой одной крови...» .....	9
Новые возможности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы .....	10
Н.С. Абрамова. «Красный корень» - чтоб мужчина был доволен .....	11
Антибиотики в цифрах .....	12
Н.Ю. Потехина. Уважаемые взрослые, станьте примером вашим детям и не забывайте «отпускать поводок» .....	13-14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 1). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Что такое бронхиальная астма? .....	15-16
А.С. Савченко. Пусть профилактика войдет в нашу жизнь .....	17
Что нужно знать онкологическому больному, прошедшему комбинированное лечение? .....	18
Н.М. Елизарова. Здесь вы станете здоровыми .....	19
Мир и медицина .....	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ .....	21-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. В ОЖИДАНИИ РЕБЕНКА .....	25-26
Серьезный шаг к материнству .....	27
С.Н. Осипов. Готовы круглосуточно .....	28-29
Бледный обморок .....	29
Т.В. Солдатова. Внимание! Ребенок готовится посещать детский сад .....	30
Здоровый климат в вашем доме .....	31
М.Г. Мочалин. Опасные заблуждения .....	32-33
Мир и медицина .....	34
Т.В. Кротенко. Наш клуб общения пожилых людей .....	35
И.Е. Стрижкина. Твой выбор! .....	36
Г.Ф. Кезиков. «Золотые правила» здоровых зубов .....	37
М.В. Епанщинева. Рубцовский городской «Центр-СПИД»: подводя первые итоги .....	38
Е.В. Головин. Амблиопия у детей и методы ее лечения .....	39-40
ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. О.В. Стефановская, И.А. Вейцман. Самоконтроль при сахарном диабете .....	41-42
Т.В. Харлугина. Учитесь полноценно жить с сахарным диабетом! .....	43-44

## ВНИМАНИЕ! Изменения:

в Калманском районе - Садчикова Татьяна Николаевна, тел. 2-26-04.

### Дополнение:

в Благовещенском районе - Чупина Светлана Васильевна, тел. 2-27-87,  
Буймала Елена Максимовна, тел.2-11-97,  
Бочарова Антонина Александровна, тел. 2-28-34

## РУБЦОВСКАЯ медико-географическая зона:



г.Рубцовск,  
Волчихинский,  
Егорьевский,  
Змеиногорский (г.Змеиногорск),  
Курьинский,  
Локтевский (г.Горняк),  
Михайловский,  
Новичихинский,  
Поспелихинский,  
Третьяковский,  
Рубцовский,  
Угловский районы

# И это все о нас

**Владимир Александрович Кравцов,**  
председатель комитета по здравоохранению  
администрации г.Рубцовска

**Здравоохранение города Рубцовска представлено 17 лечебными учреждениями, которые оказывают медицинскую помощь 161568 жителям города Рубцовска и 11 прилегающим, закрепленным сельским районам с общим населением 240 тысяч.**

В лечебных учреждениях города Рубцовска можно получить все виды специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи. Здравоохранение города Рубцовска - это, прежде всего, люди в белых халатах, которые стоят на страже здоровья населения: **579** врачей трудятся в лечебных учреждениях, из них: **35** отличников здравоохранения, **4** заслуженных врача; **35** специалистов имеют высшую квалификационную категорию, **249** человек - первую, **82** - вторую квалификационные категории, **1913** средних медицинских работников трудятся в системе здравоохранения. Коечный фонд составляет **1561** койку, за год пролечено **45052** больных, из них более 20% - из районов, это больные с самой тяжелой патологией.

В лечебных учреждениях города активно внедряются высокие лечебные технологии. Это - видеолaparоскопические органосберегающие и пластические операции при урогенитальной патологии, региональная инфузионная терапия при гнойно-некротических заболеваниях и другие. Имеется мощная диагностическая база. В межрайонном Диагностическом центре развиваются телемедицинские технологии.

Городским Советом народных депутатов г.Рубцовска утверждено **семь целевых программ, направленных на профилактику социально значимых заболеваний**, таких, как: СПИД, туберкулез, венерические заболевания, наркомания, в 2003 году принята комплексная целевая программа «Кадры». Основная цель этой программы - решение вопроса укомплектованности медицинских учреждений г.Рубцовска врачебными кадрами за счет привлечения молодых специалистов и приглашения опытных специалистов с высшим медицинским образованием путем создания им надлежащих социально-бытовых условий. Благодаря действию этой программы городское здравоохранение имеет в общегитити 9 комнат для молодых специалистов. И если в **2003 году в г.Рубцовск прибыли всего два врача, то в 2004 году - уже 12 человек.** Несмотря на недостаточное финансирование, в том числе и отрасли, **прошли первичную специализацию по актуальным для города направлениям - 8 и усовершенствование - 30 специалистов.**

В здравоохранении г.Рубцовска, конечно, как и в целом в России, много нерешенных проблем. Прежде всего, это **недостаточная материально-техническая база** (требуется замена рентгеновских аппаратов, флюороустановки, наркозно-дыхательных аппаратов, лабораторного оборудования и т.д.). **Все проблемы в основном связаны с не-**



**соответствием финансирования и объемом выполняемых медицинских услуг.** О необходимости привести в соответствие эти два параметра говорится на всех уровнях власти. Уже готовы проекты новых законов о медицинском страховании и медицинском обеспечении. В них впервые предусматривается гарантия финансирования «заказных» объемов медицинской помощи на всех уровнях: муниципальном - региональном - федеральном.

**Работники здравоохранения г.Рубцовска и сейчас, при крайне скудном финансировании, достойно выполняют свои обязанности, но мы ждем изменения отношения к отрасли здравоохранения, как самой стратегически важной. Ведь нет ничего важнее здоровья нации.**



# Вести здоровый образ жизни - это просто!

**Александр Алексеевич Махнборода,**  
**заведующий отделением медицинской**  
**профилактики МУЗ «Городская больница №2»,**  
**главный внештатный специалист комитета по**  
**здравоохранению г.Рубцовска по профилактике**  
**неинфекционных заболеваний, врач I категории**

Современное состояние здоровья населения России - крайне неблагоприятно. Впервые за весь послевоенный период смертность населения превысила рождаемость. Отличительной особенностью России является высокий уровень потерь здоровья населения от психических расстройств, алкоголизма и наркомании, убийств и самоубийств, травм и отравлений, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Одна из причин неблагоприятия - недостаточная медико-гигиеническая культура, низкий уровень самообеспечения здоровья, проявляющийся в нездоровом образе жизни. **Известно, что именно образ жизни на 50% определяет состояние здоровья, по 20% приходится на внешнюю среду и наследственность и лишь 10% отводится непосредственно здравоохранению.**

Образ жизни человека является ведущим фактором, определяющим здоровье в большей степени, чем другие, способствует его преждевременной смерти. **К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения, относятся: психо-социальный стресс; нерациональное питание; злоупотребление алкоголем; курение; низкая физическая активность; употребление наркотиков.**

По данным ВОЗ, от болезней, вызванных табачной интоксикацией, в России умирают **около 300 тысяч человек**, что больше, чем от СПИДа, наркотиков, алкоголя, самоубийств, убийств и катастроф, вместе взятых! При-

рост числа курящих идет за счет возраста до 30 лет.

Среди людей, употребляющих наркотики, - почти две трети молодежи в возрасте до 30 лет, и почти никто из них не доживает до 30-ти лет.

**70% населения не занимаются физкультурой, распространность гиподинамией среди школьников достигает 80% и ежегодно увеличивается по всем возрастным группам. 30% населения имеют дефицит веса и столько же - избыточный вес в результате неправильного и нерационального питания.**

Наблюдаются и особенности потребления алкоголя. В пересчете на чистый этанол (спирт) безопасное разовое его потребление составляет 12,5 граммов. **Дозы, которые потребляют женщины, составляют в среднем более 30,0г, а мужчины - 200,0г!** Этот фактор риска остается основным в естественных причинах смерти. За 2004 год как причина смерти употребление суррогатов алкоголя составило 3-4%, а смертность от превышения указанной выше безопасной

дозы - в 96% случаях. Превышение рекомендуемых безопасных доз алкоголя влечет за собой и рост насилия в семье, убийства, травмы.

**Остается крайне высоким количество людей с напряженными отношениями в семье, неудовлетворенностью занимаемой должностью, воздействием негативных событий, вынужденных дополнительно работать** - уровень психосоциального стресса среди населения остается достаточно высоким.

Количество факторов риска неинфекционных заболеваний ограничено, они действуют на человека медленно, постепенно, но наверняка.

Ряд государств, взяв 20-30 лет назад основным направлением в стратегии охраны здоровья населения оздоровление образа жизни, добился увеличения продолжительности жизни населения, снижения распространенности основных неинфекционных заболеваний, инвалидизации и преждевременной смертности от них.

**Формировать здоровый образ жизни нужно с момента рождения ребенка, основная роль в этом принадлежит семье.** Ведь именно в ней начинают формироваться привычки ребенка на примере образа жизни родителей, вырабатывается определенное поведение и отношение к своему здоровью и здоровью окружающих.

Часто приходится слышать, что большинство нашего населения не может придер-

живаться принципам здорового образа жизни, так как это дорого. Но сравните, что дороже: курить или не курить; употреблять или не употреблять наркотики; употреблять алкоголь в больших или умеренных дозах; придерживаться принципов рационального питания, употребляя натуральные продукты с большой долей продуктов растительного происхождения (картофель, крупы, растительное масло, разнообразные овощи и фрукты), постное мясо, птицу, рыбу или поглощать в неограниченном количестве сахар, продукты животного происхождения с большим содержанием жира? А разве обычная физическая активность - ходьба, бег, утренняя гимнастика - стоят дорого?

**Многие из нас способны оздоровить свой образ жизни! Надо помнить, что, не изменив своего поведения, нельзя стать долгожителем.**

*От редактора.*

*Мы очень много и часто говорим о недостаточной работе государства по оздоровлению нации. Говорим справедливо. Но давайте будем честными сами с собой. Вернитесь еще раз к этой «назидательной» по тону статье и попробуйте прочитать ее через то, чтобы «посмотреть вокруг себя». Из числа ваших друзей, родственников, знакомых - сколько погибло от нелепых трагических случайностей, сколько употребляют алкоголь (в том числе и без меры)?! Сколько явно имеют лишний вес и ходят тяжело, с одышкой, обливаясь потом и говоря, что «замучило давление», но при этом не борются со своим ожирением, любят пересоленное... Это страшно, но разговоры полупешепотом о том, что у сослуживцы сын все продал из дома, чтобы купить наркотики, или того хуже - погиб от передозировки, слышатся все чаще... Мы уже не говорим о такой «шалости», как курение, уносящее медленно, но верно, жизни людей...*







## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

# ТРОМБОФИЛИИ:

## клиническая и иммунологическая характеристика



**Ольга Михайловна  
Тырышкина,**

**заместитель главного врача по  
консультативно-диагностической  
деятельности и охране  
материнства и детства,  
КГУЗ «Диагностический центр  
Алтайского края»**

**Тромбофилии - нарушения гемостаза и гемореологии, которые характеризуются повышенной склонностью к развитию тромбозов кровеносных сосудов и ишемий органов, в основе которых лежат нарушения в различных звеньях системы гемостаза и гемореологии (З.С. Баркаган и А.П. Момот).**

*Клинически все тромбофилии характеризуются рецидивирующими множественными тромбозами разной локализации, тромбозами в бассейне легочной артерии, инфарктами органов, развивающимися, как правило, у больных сравнительно молодого возраста. В акушерстве тромбофилии означают низкое сосудистое сопротивление плаценты, являются ключевыми в адекватной перфузии плода, в противном случае - создаются условия для отложения фибрина и образования сгустков, что проявляется привычным невынашиванием или потерей плода в позднем сроке беременности, поздним гестозом, внутриутробной задержкой развития плода.*

*Нормальное увеличение уровня фибриногена и свертывающих белков во время беременности также имеет вклад в формировании тромбов.*

**Наиболее частыми видами тромбофилий, приводящими к акушерским осложнениям, являются:**

- антифосфолипидный синдром;
- дефицит антитромбина III;
- резистентность к протеину S;
- гипергомоцистеинемия;
- гемореологические формы (полицитемия, гипертромбоцитоз, гиперфибриногемия, полиглобулия).

**Антифосфолипидный синдром (АФС)** – это широко распространенный аутоиммунный процесс, в основе которого лежит образование в организме в высоком титре бимодальных аутоантител, взаимодействующих с отрицательно заряженными мембранными фосфолипидами (кардиолипином, фосфатидилсеринем, фосфатидилэтаноламином и фосфатидиловой кислотой), и связанными с ними гликопротеинами (бета-2 гликопротеин-1, аннексин V и протромбин-фактор II).



АФС может сопутствовать другим аутоиммунным, аллергическим, инфекционным и опухолевым заболеваниям. Результатом действия антифосфолипидных антител (на долю волчаночных антикоагулянтов приходится около 70 процентов) является частое развитие у больных с АФС поражений кровеносных сосудов малого и среднего калибра с нарушениями микроциркуляции, склонностью к развитию рецидивирующих микро- и макротромбозов вен и артерий различной локализации.



**Гипергомоцистеинемия** является важным фактором, имеющим вклад в общий риск тромботической болезни. **Существуют два пути метаболизма гомоцистеина:** реметилирование в метионин и транссульфирование в цистеин. Кофакторами первого пути являются витамин В12 и фолиевая кислота.

**Ограничение в продуктах питания фолиевой кислоты и витамина В12 является наиболее частой причиной развития тромбозов.** Наследственные формы гипергомоцистеинемии обусловлены дефицитом ферментов, которые принимают участие

в метаболизме гомоцистеина и клинически проявляются ранним развитием венозных и артериальных тромбозов. При курении отмечено снижение доступности фолиевой кислоты, что может также привести к повышению уровня гомоцистеина.

В отношении гомоцистеина большое количество исследований поддерживают связь между мягким - умеренным повышением и гестозом во время беременности. Повышение гомоцистеина присутствует также во втором триместре, перед тем как происходит повышение давления.

Уже в 15 недель беременности повышенный уровень гомоцистеина указывает на трехкратное увеличение риска тяжелого гестоза.

**Гипергомоцистеинемия, дефицит фолиевой кислоты** могут также иметь вклад в развитие отслойки и инфаркта плаценты.

Одной из причин наследственной тромбофилии является **дефицит протеина С и S**. Протеин С инактивирует факторы V и VIIIa, а протеин S действует как кофактор протеина С, усиливая его действие.

*В настоящее время на базе КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» осуществляется лабораторная диагностика следующих видов гематогенных тромбофилий:*

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ:**

- антитела к v2-гликопротеину;
- антитела к кардиолипину;
- нтитела к фактору Виллебранда;

**КОАГУЛОПАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:**

- гомоцистеин;
- волчаночный антикоагулянт;

**ТРОМБОФИЛИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ В СИСТЕМЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ:**

- протеины С:S экспресс-методом;
- антитромбин III.

# Диагностический центр – за ответственное материнство

Рубцовский диагностический центр начал свою работу в 1995 году с единственного отделения - отделения лучевой диагностики. Сейчас в МУЗ «Диагностический центр» пациентов принимают семь отделений, которые отлично оснащены техническим и современным оборудованием. Квалифицированную консультативную и диагностическую помощь получает население трех городов: Рубцовска, Горняка, Змеиногорска, а также 12 районов края. Причем, половина этих районов подверглись радиактивному влиянию с Семипалатинского полигона. Более 23500 человек из этой группы населения прошли у нас необходимые обследования в прошлом году.

Особое место в нашей работе занимает оказание диагностической и консультативной помощи беременным женщинам. И именно ультразвуковое исследование среди многочисленных методов оценки состояния фетоплацентарной системы имеет наибольшее практическое значение. Ультразвуковые приборы, работающие в режиме реального времени, позволяют не только осуществлять оценку анатомических особенностей плода, но и получить достаточно полную информацию о его функциональном состоянии.

УЗ-исследование объективно оценивает состояние фетоплацентарного комплекса и состояния кровообращения в сосудах маточно-плацентно-плодовой системы. Этот метод позволяет диагностировать различные осложнения беременности, заболевания плода, пороки его развития, что в итоге оказывает значительное влияние на количество случаев перинатальных заболеваний и смертей.

Отдаленность многих населенных пунктов от краевого центра, трудное социально-экономическое положение населения затрудняют оказание беременным женщинам квалифицированной помощи, поэтому в нашем Центре создана телекоммуникационная связь с перинатальным центром г.Барнаула, благодаря которой беременные женщины могут получить необходимые консультации краевых специалистов.



## От редактора.

**Совершенно понятна гордость специалистов за возможности Диагностического центра в обеспечении здоровья будущей мамы и малыша. Нам же хотелось дать информацию о возможностях Рубцовского диагностического центра по проведению исследований населения закрепленных территорий.**

○ *Централизованная клинико-иммунологическая лаборатория* проводит следующую диагностику: ВИЧ-инфекции, гепатита А, В, С, Д; сифилиса, микоплазмоза, хламидиоза, гарднереллеза, уреоплазмоза; клещевого энцефалита, краснухи; диагностика беременности и ее мониторинг – АФП, хорион гонадотропин; диагностика аутоиммунных и системных заболеваний и аллергологического статуса.

А также проводится определение антител к цитомегаловирусу, к токсоплазмозу, к вирусу герпеса; токсокароза, описторхоза, трихинеллеза, эхинококкоза, к лямблиозам; определение гормонов ТТГ, Т4, Т3, пролактин, ФСГ, ЛГ; уровня общего аллергенспецифического иммуноглобулина Е.

Возможности лаборатории позволяют выявлять опухолевые маркеры, аутоантитела к тиреоглобулину, микрос, фракции тиреоцитов, к нативной ДНК; производить контроль гуморального звена иммунитета и клеточного звена иммунитета; ЛЕ-феномен.

○ *Отделением функциональной диагностики* выполняются исследования: электрокардиография и эхокардиография детям и взрослым; ЭКГ с функциональными пробами; дуплекс сосудов нижних конечностей, брюшной аорты, брахиоцефальных сосудов, сосудов почек, транскраниальный дуплекс; велоэргометрия; спирография и спирография с бронхолитиками; реоэнцефалография и реоэнцефалография с пробами; реовазография и реовазография с пробами; кардиоритмография.

○ *В эндоскопическом отделении* проводят эзофагогастродуоденоскопии диагностическую и лечебно-диагностическую взрослым и детям; ректосигмоколоноскопии диагностическую и лечебно-диагностическую; бронхофиброскопии диагностическую и лечебно-диагностическую; кольпоскопию; гистероскопию; цистифиброскопию; эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

○ *Клинико-биохимическая лаборатория* проводит следующие исследования: развернутый анализ крови; общий анализ мочи; под-



счет форменных элементов в моче, обнаружение простейших и гельминтов в кале, в желчи; копрограмма, кал на скрытую кровь; общий анализ мочи, исследования мочи на ВК, спинномозговой жидкости, экссудатов и транссудатов; миелограмма; определение глюкозы; кальций сыворотки крови и мочи; билирубин сыворотки крови; общий белок сыворотки крови, альбумины; общий холестерин сыворотки крови; триглицериды сыворотки крови; альфа-липопротеиды сыворотки крови; креатинин крови и мочи; мочевины сыворотки крови и мочи; железо сыворотки крови; ОЖСС; калий сыворотки крови; натрий сыворотки крови; мочевины; АлаТ, АсаТ, МВ-фракция креатинкиназы; щелочная фосфатаза; гамма-глутамилтрансфераза; альфа-амилаза, липаза; фосфор сыворотки крови и мочи; магний сыворотки крови; коагулограмма расширенная; определение геликобактер в биоптате слизистой желудка, определение желчных пигментов в моче; проба Реберга; спермограмма; тест Шуварского; ферритин; исследование мазков из уретры и цервикального канала, сока простаты.

○ В отделении лучевой диагностики с рентгенологическим отделением ультразвуковой диагностики выполняется следующий комплекс методик: рентгенодиагностические - органов грудной клетки (рентгеноскопия, рентгенография, рентгенография сердца с контрастированным пищеводом, рентгенография гортани, томография легких и средостения); органов пищеварения (фарингография контрастная, рентгеноскопия брюшной полости, рентгенография брюшной полости, традиционная рентгеноскопия желудка, рентгеноскопия и рентгенография пищевода, дуоденография, пневмогастрография, первичное двойное контрастирование желудка, холецистография пероральная, внутривенная холецистохолангиография, ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ), ирригоскопия).

**Проводятся рентгенологические исследования костно-суставной системы** (рентгенографии периферических отделов скелета; позвоночника; черепа; лицевой части черепа; височной кости по Майеру, Шуллеру, Стиверсу; зрительного канала по Розе; пазух носа; плечевого пояса; ребер с аутокомпрессией во время дыхания; грудины с компрессией во время дыхательных движений; грудного отдела позвоночника с компрессионным поясом во время дыхательных движений); фун-



**Сергей Петрович Борцов,  
главный врач МУЗ «Диагностический центр», г.Рубцовск**

кциональное исследование позвоночника (рентгенография и томография костей и суставов).

**К рентгенологическим исследованиям в области урологии, проводимым в Центре, относится внутривенная урография.**

**Выполняются рентгенологические исследования молочной железы** (в прямой, косой проекциях); прицельная рентгенография; рентгенография с увеличением; рентгенография мягких тканей подмышечной области.

Сотрудники отделения проводят рентгенологические исследования: органов грудной клетки, органов пищеварения (желудка и 12-перстной кишки; тонкой кишки; толстой кишки (ирригоскопия); желчевыводящих путей (холецистография, холеграфия, ретроградная холедохопанкреатография); мочевыводительной системы (урография); костно-суставной системы, рентгенография черепа и лицевой части черепа; рентгенография позвоночника, костей и суста-

вов конечностей; рентгенологические исследования молочных желез (маммография).

**Проводится компьютерная томография** головы (лицевой части черепа, шеи и грудной клетки); органов брюшной полости, поджелудочной железы; забрюшинного пространства; почек; тазовых органов; позвоночника и костно-суставной системы.

Также в отделении проводятся **ультразвуковые исследования**: ультразвуковая диагностика в педиатрии (УЗИ головного мозга (нейросоноскопия); транскраниальная доплерография; УЗИ тазобедренных суставов, функции желчного пузыря, почек и надпочечников, яичек, орбит (офтальмосканирование), щитовидной железы; трансабдоминальное УЗИ гениталий; трансректальное УЗИ гениталий); ультразвуковые исследования взрослых (УЗИ щитовидной железы, молочных желез, слюнных желез; поверхностные лимфоузлов; орбит; ультразвуковые исследования внутренних органов: УЗИ плевральной полости, селезенки, почек, надпочечников и забрюшинного пространства, мочевого пузыря с определением остаточной мочи, предстательной железы, яичек).

В отделении осуществляется **комплекс инвазивных методов** (аспирационные биопсии щитовидной железы, молочной железы, поверхностных лимфоузлов под контролем УЗИ; цветное картирование (ЦДК); УЗИ при беременности; ЦДК хориона и гениталий в первом триместре; дуплексное сканирование маточных артерий, сосудов пуповины, сосудов плода сердечного кровотока у плода во втором-третьем триместрах беременности; УЗИ внутренних женских половых органов; трансректальное и трансабдоминальное УЗИ гениталий; ГСГ).

**О.И. Почтаренко и Е.П. Бобровская, врачи отделения ультразвуковой диагностики МУЗ «Диагностический центр», г.Рубцовск**

### **Муниципальное учреждение здравоохранения «Диагностический центр»**

658222, Алтайский край, город Рубцовск, ул. Федоренко, 21а.

**5-73-78** - главный врач;  
**5-73-89** - заместитель главного  
врача по медицинской части;  
**5-72-04** - приемная;

**5-77-90** - бухгалтерия;  
**5-74-34** - регистратура;  
**5-79-09** - иммунологическая лаборатория.

# Наболело!

Я, **Тюлюкова Людмила Ивановна**, 1956 г.р., окончила в 1980 году АГМИ, факультет «Лечебное дело». После института работала в г.Лениногорске ВКО. С 1981 года работаю участковым терапевтом в г.Рубцовске. В настоящее время обслуживаю 11-й территориальный участок МУЗ «Городская больница №3» с участковой медсестрой **И.В. Кашниковой**, которая всю душу отдает больным.

С болью смотрю на перемены, произошедшие в медицине за последние 15 лет. С большой любовью вспоминаю первые годы своей работы в МСЧ треста №46, когда здравоохранение было поставлено на охрану здоровья человека, велась огромная профилактическая работа. Разве можно забыть те годы, когда работали врачебно-инженерные бригады, фельдшерско-акушерские пункты, была налажена цеховая служба, а участковая - была на высоте. Участки были укомплектованы врачами. Участковый врач мог спокойно работать на участке, занимаясь больными только своей территории.

В 1993 году наша больница была закрыта, коллектив был разбросан по медицинским учреждениям города. Я вместе со своим участком перешла работать в городскую больницу №3. С медсестрой **Г.В. Макаровой** мы проработали 15 лет, но настали трудные времена: Галине Васильевне надо было растить троих детей, она переехала работать в деревню. Это была очень одаренная медсестра, которая весь свой талант отдавала боль-

ным. С 1996 года я работаю с Ириной Викторовной Кашниковой, которую просто обожают все наши больные.

В настоящее время работать участковым врачом стало неинтересно. В основном на прием приходят больные, имеющие льготы, чтобы реализовать свой пакет, а не получить медицинскую помощь. Ведь перед внедрением монетизации всеми средствами массовой информации была проведена огромная работа выписке 10 рецептов. Больной, приходя на прием, требует выписать эти рецепты, причем, ежемесячно одно и то же. Благо, если это на пользу, порой большая часть времени идет на то, чтобы убедить больного в нерациональности использования того или иного препарата. Практически все жители участка идут с требованиями оформить их на группу, независимо от того, наблюдался он у врача или нет. Правительство все социальные пакеты возложило на плечи участкового терапевта.

А кого оздоравливаем мы в санаториях? Лиц от 60 до 84 лет, которым в санаториях лечение вообще противопоказано в связи с множеством болезней, нажитых за всю жизнь. А не лучше ли, господа депутаты, организовать пансионаты для престарелых, а в санаториях оздоравливать детей и лиц трудоспособного возраста?



В связи с падением жизненного уровня люди все меньше обращаются в поликлинику, особенно за профилактическим лечением. В средствах массовой информации проскальзывают такие фразы, что участковые терапевты работают как не реализовавшие себя врачи.

Мое мнение: это Вы, уважаемый министр здравоохранения, и вы, уважаемые господа депутаты, сделали нас такими. Но ведь участковая служба – это первичное звено в здравоохранении, и от того, как будет поставлена эта служба, будет зависеть и работа всего здравоохранения в целом.

Я обращаюсь к господам депутатам: не пора ли задуматься об укреплении участковой службы врачебными кадрами с достойной зарплатой, о пересмотре монетизации? Чтобы участковый врач был Врачом с большой буквы, а не социальным работником...

## От редактора.

Материал поступил в редакцию в августе, еще до официального объявления Президентом России В.В. Путиным социальных инициатив, в том числе направленных на укрепление первичной медицинской помощи, – службы участковых терапевтов и педиатров, семейных врачей. Статус специалистов этого уровня, согласна, должен быть чрезвычайно высок и достойно оплачиваться.

С другой стороны, автор поднимает очень актуальную проблему – наполнение работы смыслом, если так можно выразиться, оценкой ее результативности по понятным критериям улучшения здоровья наблюдаемых.

Вопросы диспансеризации, профилактической работы, активного формирования представлений о факторах риска, здоровом образе жизни в разрезе каждой семьи, проведение в системе занятий в «Школах для больных» - может и, надеюсь, станет важнейшей составляющей деятельности этой важной службы.

## Наш опыт

**Борис Иванович Соболев,**  
главный внештатный специалист комитета по  
здравоохранению, невропатолог, заведующий неврологическим  
отделением МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск

В г.Рубцовске организовано совместное общество невропатологов и нейрохирургов с целью ежемесячного общения и обмена медицинскими новостями. На одной из таких встреч был решен организационный вопрос о совместной тактике и ведении больных, у которых произошло острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. С момента установления этого диагноза в первые три дня обязательно проводится исследование го-

ловного мозга (на уровне г.Рубцовска): КТ головного мозга с последующим обязательным осмотром врача-нейрохирурга МУЗ «Городская больница №1». Решение вопроса о возможности оперативного лечения данной формы инсульта, имеющих показаний и противопоказаний для этого лечения – определяют нейрохирургический положительный опыт такого совместного ведения. Такой опыт - удачный - уже имеется в этом, 2005 году.



# «Мы с тобой одной крови...»

**Сергей Евгеньевич Корнильев,**  
заместитель главного врача по лечебной работе  
МУЗ «Станция переливания крови», г.Рубцовск

**Заготовка компонентов донорской крови и бесперебойное обеспечение ими лечебно-профилактических учреждений г.Рубцовска и 19 сельских районов зоны обслуживания – наша основная задача.**

Следует сказать, что с этим коллективом станции успешно справляется на протяжении уже многих лет, мы не допустим ни одного отказа в этом важнейшем элементе лечения.

Процесс заготовки донорской крови – мероприятие достаточно длительное. Не каждый человек знает, что вся плазма, прежде чем поступить в лечебно-профилактическое учреждение, проходит 6-месячную карантинизацию с повторным обследованием доноров на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис. Таким образом гарантируется ее вирусбезопасность.

Созданный нами банк красной крови полностью обеспечивает карантинизированной и повторно обследованной эритроцитной массой службу детства и родовспоможения. Регулярно по заказам мы доставляем карантинизиро-

ванную плазму в г.Барнаул – краевые клиническую больницу и ожоговый центр.

Чтобы возродить донорское движение, мы пришли к выводу, что необходимо привлекать молодежь. С этой целью сотрудники нашей станции постоянно выходят с выступлениями и лекциями в учебные заведения города. И надо сказать, что эта работа вскоре дала свои плоды: в ряды доноров влилась масса молодых рубцовчан, преимущественно из числа студентов.

Кроме того, наши периодические выступления в средствах массовой информации привлекли в ряды доноров и взрослое население. Оказывается, многие люди даже не имели представления о том, что такое донорство, почему это столь важно, теперь же они регулярно сдают кровь и привлекают к этому своих знакомых и родственников.



На Рубцовской станции переливания крови ежегодно проводятся акции, приуроченные к празднованию Всемирного дня донора и к новогодним праздникам. В этот период в течение недели все доноры, пришедшие сдать кровь, помимо денежной компенсации на питание и двух справок об освобождении от работы, получают и ценный подарок.

Примечательно, что широкий резонанс вызвало участие трех доноров-рубцовчан во Всероссийском конкурсе на звание «Лучший донор России». Все они стали дипломантами конкурса, а дипломы им были вручены в торжественной обстановке, с привлечением телевидения и вручением подарков.

Из 129 сотрудников Рубцовской станции переливания крови 73 являются донорами, а 19 человек награждены нагрудным знаком «Почетный донор России». Они своим личным примером призывают всех граждан влиться в донорское движение.

## От редактора.

Многие, только столкнувшись со сложной жизненной ситуацией, когда необходима кровь, впервые задумываются, насколько важно и нужно донорство. Убеждена, что те, кто осознанно и постоянно сдает свою кровь, тем самым спасая жизни неизвестных им людей, – благороднейшие и сильные люди. «Мы с тобой одной крови...» звучит как призыв о помощи от больных, ожидающих операции или нуждающихся по другим причинам в препаратах донорской крови. Услыжьте их призыв о помощи, если позволит ваше здоровье, поделитесь живительным чудом... Сдать свою кровь можно во всех городских, центральных районных больницах и на городских специализированных станциях переливания крови.





## Уважаемые взрослые, станьте примером вашим детям и не забывайте «отпускать поводок»

*О пагубном влиянии табака на здоровье было известно давно, но научное обоснование это утверждение получило лишь в последнее столетие. В состав табачного листа входит 2500 химических веществ. Табачный дым содержит около 4 тысяч веществ, многие из которых смертельно опасны для человеческого организма. Тлеющий табак имеет температуру 300°C, а во время затяжек она достигает 900-1000°C! Это приводит к развитию термального рака ротовой полости и органов дыхания.*

При выкуривании одной пачки сигарет общая доза получаемой радиации равна той, что возникает при 200 рентгеновских обследованиях. У курящих значительно чаще развиваются **опухолевые поражения почек, мочевого пузыря, простаты**. Доказано увеличение риска развития **рака молочной железы и шейки матки у курящих женщин**. Сочетание двух факторов риска «табак плюс употребление контрацептивов» усиливают риск рака молочной железы **в 20 раз**, «табак и употребление алкоголя» - усиливает риск развития рака желудка **в 50 раз**.

Главный компонент табачного дыма – **никотин**, ради которого собственно и тянется человек к сигарете. Это довольно сильный яд. У длительно курящих обязательно развивается **хроническое отравление никотином**, называемое никотинизмом, которое характеризуется **снижением памяти, работоспособности**. Отравление в ряде случаев может быть и острым.

Французская пресса сообщила, что на одном из приморских курортов одновременно скончались двое молодых людей, которые победили в совершенно диком конкурсе, выкурив без перерыва **60 (!)** сигарет. Серебряные призеры «отделались» сильнейшим отравлением.



**Наталья Юрьевна Потехина,**  
помощник врача-эпидемиолога  
МУЗ «Детская городская больница», г.Рубцовск



Особенно специалистов тревожит то, что количество курящих в России возрастает за счет подростков и молодежи: по статистике курят **более 60%** студентов, **70%** учащихся сузов, **более 45%** старшеклассников пробовали курить. Средний возраст начала курения снизился **до 7,8 года у девочек и 8,1 года у мальчиков** по сравнению с 10,1 годом в 2001 году.

Молодое поколение сегодня, ошалев от лавины рекламы, выбирает не только «Пепси», но и наркотики, в том числе и доступный, «легальный» - табак. Подросток начинает курить, чтобы продемонстрировать окружающим, что он взрослый (ведь общество разрешает курить взрослым, но не позволяет это делать детям), чтобы казаться в глазах своей компании человеком опытным и искусственным.

Как сдерживать молодых людей от желания закурить? Целью многих исследований был поиск наиболее эффективных способов, которые удерживали бы молодых людей от начала курения и могли бы помочь им бросить его в самом начале.

Психологи считают, что, если родители не подавляют взрослеющего ребенка, постепенно позволяют ему все больше и больше вопросов решать самостоятельно (с кем дружить, какую музыку слушать, какой моде следовать, как стричься), то у него не будет острой потребности доказывать свою взрослость, в том числе и с помощью сигареты. Не забывайте время от



▶ времени «отпустить поводок»! Нелепую подростковую манеру одеваться можно и перетерпеть ради того, чтобы ребенок не привык к никотину.

Главный мотив убеждения должен быть позитивным, взывать к тщеславию подростков, их самолюбию и уверенности в себе, чувству гордости за свои достижения. **Весьма эффективная тактика - внушать молодым людям, что престижно поддерживать хорошую физическую форму.** Подросткам следует сообщать все факты нанесенного курением вреда, это не всегда меняет поведение подростков, но обычно делает их значительно более осведомленными и способствует изменению отношения к курению. К этой группе населения можно обращаться и косвенным образом: путем воздействия на их родителей. **Дети с втрое большей вероятностью закурят, если курят их родители; следовательно, помогая родителям бросить курить, мы не только предотвращаем то, что дети начнут курить, но также способствуем прекращению курения среди подростков.**

**Можно ли бросить курить? Безусловно, можно.** Нацеленность усилий по прекращению курения на подростков является естественным первым шагом во всесторонних действиях по прекращению курения. По мнению специалистов ВОЗ, до настоящего времени было еще мало предпринято действий, направленных на прекращение курения среди подростков, эта область требует большего внимания.

### Как успешно бросить курить?

Существуют способы, с помощью которых бросить курить гораздо легче. Планируйте отказ от курения – и вы добьетесь успеха. Вы узнаете, каких ситуаций стоит избегать, а в каких вам потребуется большая поддержка. Наши советы помогут вам в этом.

◆ Подумайте о том, когда и почему вы курите, даже ведите дневник курения. Вы всегда сможете обратиться к своим записям, и они помогут вам спланировать отказ от курения.

◆ Определите день, когда вы откажетесь от курения полностью, и сообщите об этом родным и друзьям, чтобы они могли поддержать вас.

◆ Если вы выкуриваете более 12 сигарет в день и не можете бросить сразу, в течение 2-3 недель постепенно сокращайте количество сигарет до 12, а затем полностью прекратите курить.

◆ Отмечайте моменты, когда вы буквально жаждете закурить, и займите чем-нибудь руки.

◆ Старайтесь избегать ситуаций, которые обычно вынуждают вас закурить.

◆ Сделайте курение затруднительным, убрав из дома все сигареты и пепельницы.

◆ Порадуйте себя: купите что-нибудь на все сэкономленные от сигарет деньги.

◆ Не паникуйте, если вы сорветесь! Если вы не справились с первого раза, продолжайте свои попытки – это того стоит!

◆ При возросшем аппетите предпочтите перекусывать, например, фруктами.

◆ Вам может понадобиться дополнительная помощь. Ваш врач может дать вам необходимую консультацию, посоветовать препараты для замещения никотина или группу для бросающих курить.

## Мир и МЕДИЦИНА

### Кофе защищает от старения и рака

**Американский химик Джо Винсон, профессор университета Скрэнтона обнародовал доклад, открывающий новую тайну кофе. Из него следует, что одну-две чашки кофе в день просто необходимо выпивать, если хочешь быть молодым и здоровым. Американец искал в кофе антиоксиданты – соединения, препятствующие воздействию свободных радикалов кислорода.**

Считается, что главным поставщиком антиоксидантов являются овощи и фрукты. Профессор и его сотрудники исследовали более ста разнообразных продуктов. Оказалось, больше всего антиоксидантов американцы получают именно с кофе – 1299мг в день (средний американец выпивает 1,64 чашки кофе ежедневно). Чай добавляет еще 294мг в день, бананы – 76мг. Замыкают пятерку лидеров бобы – 72мг и зерновые – 48мг.



Это, конечно, не означает, что кофе может заменить фрукты и овощи. Их по-прежнему в рационе американцев недостаточно, а ведь они содержат не только антиоксиданты, но и необходимые для здоровья витамины, минералы, растительную клетчатку. Лидерами по содержанию антиоксидантов являются финики, клюква и красный виноград. Но в рационе американцев они занимают совсем незначительное место.

Выводы о новой полезной роли кофе подтверждает и недавно опубликованное исследование японских онкологов о том, что одна-две чашки кофе в день существенно снижают риск развития рака печени. Однако у людей, пьющих три-четыре чашки в день,

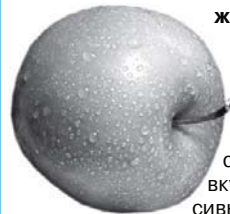
риск, напротив, возрастает, предупреждают японцы.

Сколько антиоксидантов нужно человеку? Наиболее значимыми для здоровья считаются три класса веществ – витамины (А, Е, С, В1, В2, В6 и никотиновая кислота), минеральные вещества (магний, медь, селен, цинк), а также некоторые аминокислоты. Рекомендуемые наукой нормы их потребления в сумме составляют 4100-4300мг в сутки. Можно подсчитать, что средний американец не потребляет даже половины научно обоснованной нормы – всего 1789мг в сутки.

Между тем, по данным ученых Института геронтологии Украины, исследовавших рацион долгожителей Абхазии, Азербайджана и Закарпатья, он содержал от 12756 до 18924 мг антиоксидантов в сутки.

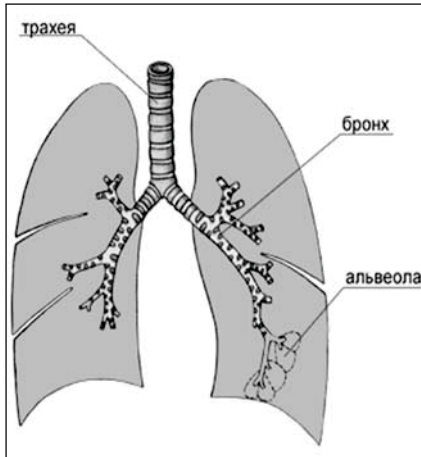
### Молодильные яблоки

**Пять кислых яблок в день продлевают жизнь в среднем на 30 лет. К этому выводу пришли ученые Института биохимической физики Российской академии наук.**

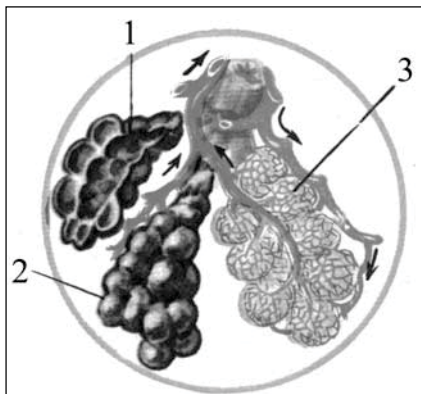


Яблоки оказывают такой эффект благодаря содержащимся в них антиоксидантам. При этом полезнее кислые, невкусные, дикие сорта, чем сладкие и красивые, в которых антиоксидантов почти нет.

Для того чтобы больше узнать об астме, нужно иметь представление о том, как устроены бронхи и легкие и что происходит с ними при астме.



Воздух, который мы вдыхаем, через широкую трубку - трахею - поступает в два главных бронха: в левое и правое легкое, затем бронхи делятся, как ветки на дереве, до самых тоненьких, которые заканчиваются альвеолярными ходами с гроздьями мешочков - альвеол. Через альвеолы, густо оплетенные сосудами, кислород поступает в кровь и разносится ко всем органам и тканям, а углекислый газ мы выдыхаем.



- 1 - альвеолярный ход
- 2 - альвеолы
- 3 - густая сосудистая сеть, оплетающая альвеолы

## Что же представляют собой бронхи?

Это полые трубочки, стенка которых состоит из двух слоев: слизистого и мышечного. Изнутри бронх выстлан **слизистой оболочкой**, которая состоит из двух типов клеток. Один из этих типов имеет тоненькие отростки - реснички, благодаря которым чужеродные вещества, попадающие в дыхательные пути, транспортируются по направлению к трахее, а потом откашливаются.

Другой вид клеток выделяет слизь, которая имеет защитное значение. В норме она образуется в незначительном количестве, в ней задерживаются частички пыли. При воспалении же ее количество увеличивается. Это и есть мокрота, которую вы откашливаете при обострении заболевания. Снаружи слизистую оболочку окружает **мышечный слой**, состоящий из клеток, умеющих сокращаться и сжимать просвет бронха. Если этот просвет узок, вы ощущаете недостаток дыхания - одышку. Как же в это время выглядит бронх? Сравните состояние бронха в норме и при воспалении.

**В норме просвет бронха - широкий и свободный от слизи, воздух свободно попадает в альвеолы. Что же происходит при обострении астмы? Слизистая оболочка отекает, в просвете скапливается вязкий секрет, бронхиальные мышцы сокращаются.** Все это приводит к затруднению прохождения воздуха по бронхам к альвеолам и ощущению одышки, удушья.

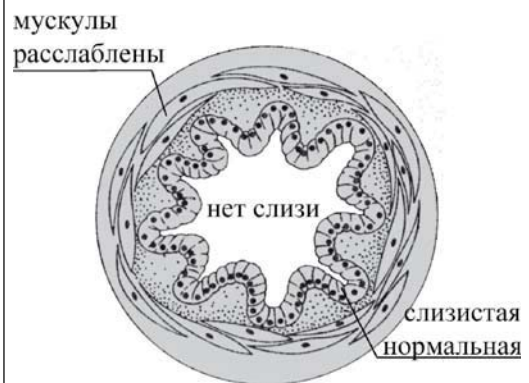
В норме - дыхание незаметно, при приступе астмы человеку приходится «проталкивать» в легкие воздух с усилием, при этом

дыхание становится свистящим - результат вибрации мокроты в суженном бронхе, появляется кашель. Такие изменения в бронхах у здорового человека бывают лишь при очень сильных воздействиях, например, при вдыхании ядовитых газов. У больного астмой бронхи так чувствительны, что даже обычные раздражители, на которые мы, как правило, не реагируем (табачный дым, морозный воздух, парфюмерия), могут спровоцировать спастическую реакцию.

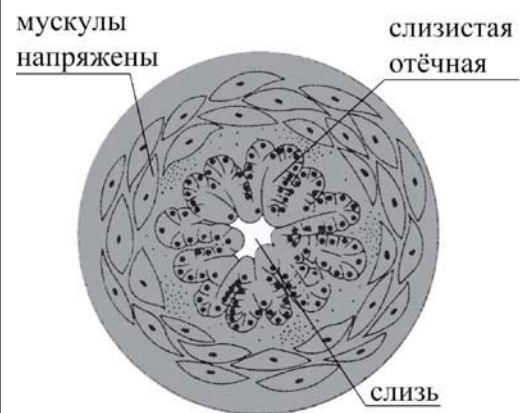
**О провокаторах приступов удушья и о том, что может вызвать воспаление в бронхах при астме, мы расскажем в последующих беседах.**

**Здоровья Вам!**

### Поперечное сечение бронха в норме



### Поперечное сечение бронха при воспалении







# Пусть профилактика войдет в нашу жизнь

**Анатолий Степанович Савченко,**  
главный врач Рубцовского онкологического диспансера,  
хирург высшей категории

*За год в диспансере стационарно пролечиваются 800-850 человек, еще 22 тысячи лечатся в поликлиническом отделении. В 2004 году наш диспансер завершил строительство дополнительных помещений и был полностью сдан в эксплуатацию. В связи с этим заработали пищеблок, пансионат для иногородних пациентов и отделение радиолучевой терапии. Больные, которые раньше были вынуждены лечиться в г.Барнауле, смогли получить квалифицированную помощь в Рубцовске.*

Придание диспансеру статуса филиала краевого онкологического диспансера поможет более слаженно решать многие вопросы по управлению и финансированию, позволит нашим сотрудникам регулярно участвовать в различных семинарах по повышению профессионального мастерства.

Хирургическое отделение, головное подразделение онкологического диспансера, возглавляет врач первой категории **Вадим Олегович Мирко**. Труд хирурга – труд адский, каторжный, не сравнимый ни с одной другой профессией. У врачей этой специализации нет ни выходных, ни праздников: ведь когда речь идет о спасении жизни человека, профессионалы забывают о себе, жертвуя и личным временем, и собственным здоровьем.

У нас есть прекрасно оснащенные отделения **рентгенологии, УЗИ и эндоскопической диагностики**. На сегодняшний день в онкодиспансере действуют два диагностических отделения - **клиническая лаборатория** и **лаборатория цитологии**, последняя расположена в новом помещении диспансера.

Новое оборудование позволило нам внедрить новый метод исследования под названием «**иммуноги-**

**стохимия**», в клинической лаборатории внедряем метод исследования онкомаркеры. Они позволяют по анализу крови определить, есть ли в организме раковые клетки. Такие серьезные исследования, существующие в мировой медицинской практике, в России не очень широко распространены и ведутся пока лишь центральными клиниками.

В этом году в краевом центре участникам научно-профилактической конференции «**Новые технологии в онкологической практике**» были представлены фотоснимки нашего региона, сделанные со спутника. **На них отчетливо видно, что над Алтайским краем, особенно на юге его, где мы проживаем, практически полностью отсутствует защитный озоновый слой!** Огромные повреждения этого слоя атмосферы над Барнаулом, Рубцовском, Алейском, Волчихой связывают с испытаниями на космодроме Байконур. Но мы говорим сегодня больше не о причинах, а о следствии этого явления. Ультрафиолетовое облучение в нашем регионе очень сильное и вредное, и, как следствие, мы отмечаем в последние три года резкий рост такого заболевания, как рак кожи.

Ученые подсчитали, что если люди будут пренебрегать профи-

лактикой, то уже к 2020 году **численность онкологических заболеваний возрастет в два раза!** Поэтому раз в полгода просто необходимо проходить профилактическое ультразвуковое обследование щитовидной и молочной желез. Именно эти органы вызывают сегодня наибольшее беспокойство специалистов: **мы выявляем патологию молочной железы, а что еще страшнее, ставим диагноз «рак» у двенадцатилетних девочек!** Конечно, не стоит забывать и о других органах, и особенно стоит побеспокоиться курильщикам – **динамика роста рака легких также неутешительна.**

Лучше не пожалейте средств и потратите их на свое здоровье - пройдите профилактическое обследование. И пусть это у вас войдет в систему. **Выявленное на ранних стадиях заболевание в 99 процентах случаев полностью излечивается.** Другое дело, когда мы сталкиваемся с тяжелыми, уже запущенными, формами болезни. Например, рак молочной железы очень рано дает метастазы в другие органы. Но надежду на выздоровление не стоит терять никогда.

В качестве профилактических мер, доступных каждому человеку, можно посоветовать **не злоупотреблять загаром, не увлекаться диетами** - уже давно доказано, что это очень вредно для нашего организма.

**В области исследования онкологии есть еще немало «белых пятен», хотя и сделано уже достаточно много как для понимания природы злокачественного роста клеток, так и для построения программ, способных решать задачи профилактики, диагностики и лечения онкологического зла.**



## Что нужно знать онкологическому больному, прошедшему комбинированное лечение?

**Особенности онкологического заболевания у человека в том, что оно требует длительного, комбинированного лечения. В понятие комбинированного лечения входят хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое лечение и процесс реабилитации. Один из новых критериев, характеризующих эффективность (результативность) проведенного лечения, - качество жизни. Это понятие поясняет, как человек чувствует себя и справляется с повседневными делами после проведенного лечения.**

Сегодня в практику здравоохранения рекомендуются только те достижения терапии онкологических заболеваний, включая хирургический, лучевой, лекарственный методы, результаты которых получены и преимущественно доказаны в клиниках, центрах, институтах.

В последние годы в России хирургический метод применяется при лечении опухолей в **40-43% случаев** как самостоятельный вариант, и **28-34%** - в сочетании с лучевой или химиотерапией. Все операции при опухолях, выполненные радикально, - это калечащие, очень травматические, нарушающие нормальное анатомическое строение организма. Поэтому требуется длительный период адаптации, реабилитации для приближения к более или менее качественной жизни пациента.

**Онкологический больной - это человек, находящийся в очень тяжелой стрессовой ситуации.** Дополнительная операционная травма добавляет еще и физическую боль. Внутренняя картина болезни, диапазон и глубина переживаний и трудностей зачастую остаются за пределами лечебного процесса. Хирурги-онкологи, химиотерапевты, радиологи сосредоточены на своих параметрах, дозах, объемах, и больной остается один на один со своими тревожно-депрессивными переживаниями. В итоге наступает глобально-катастрофическое одиночество. **Вот где нужна поддержка родственников, близких людей!** А еще лучше - непосредственное наблюдение профессиональных психологов.

**Другой фактор - это питание.** Развитие злокачественного заболевания связано с изменением метаболических процессов, включающих нарушение уг-

леводного, белкового, жирового и ферментного обменов. **Исследования показали, что снижение питания при опухолевом процессе в корне отличается от лечебного и вынужденного голодания.** При раке происходит выброс в кровь биологически агрессивных веществ, что обуславливает белково-энергетическую недостаточность и кахексию.

После обширных хирургических вмешательств, когда удаляются весь орган или его часть (желудок, кишечник, поджелудочная железа, печень), **нарушается сам физиологический процесс прохождения пищи, ее подготовка и расщепление на белки, жиры, углеводы.** Большинство пациентов в ходе болезни говорят о потере аппетита, изменении вкуса, обоняния и привлекательности пищи.

Злокачественные новообразования относятся к патологическим состояниям, при которых показано применение энтерального и фармакологического питания. Это совершенно другой вид питания, чем тот, о котором мы хорошо знаем при кормлении больных в послеоперационный период. Современная полихимиотерапия в онкологии проводится жесткими курсами, т.е. высокими дозами. **Противоопухолевые препараты вызывают побочные эффекты, оказывающие отрицательное воз-**

**действие на состояние питания.** Возникает тошнота, рвота, дискинезия, отвращение к пище, понос, запор и т.д. Особенно упорно протекают стоматиты. Поэтому настал момент, когда на современном уровне необходимо вводить энтеральное и фармакологическое питание больным, получающим химиопрепараты.

Специфические побочные эффекты лучевой терапии на питание онкологических больных зависят от области облучения, длительности воздействия лучей на поле и суммарной дозы. Развиваются лучевые ожоги полости рта, пищевода, мочевого пузыря, прямой кишки. Все это связано с усвоением пищи. Облучение живота, малого таза вызывает рвоту, тошноту, жидкий стул. При лучевой терапии онкологическому больному как нигде показано энтеральное и фармакологическое питание.

**В настоящее время существует множество препаратов, которые применяются при энтеральном и фармакологическом питании.**

В нашем онкологическом диспансере используются смеси и растворы в постоперационном периоде кормления. **Результаты оценены высоко: снимается проблема приготовления высококалорийной, витаминизированной пищи, которую ложечкой вводят больному после операции.**

поликлиники  
**ДНК**  
диагностики

ООО «Поликлиники ДНК-Диагностики»  
в проекте

**«ГОРОДСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

Высококвалифицированный прием врачами детей и взрослых:

- аллерголог
  - иммунолог
  - эндокринолог
  - гастроэнтеролог
  - пульмонолог
  - дерматолог
- УЗИ-ДИАГНОСТИКА
- ЛЮБЫЕ АНАЛИЗЫ**

Лит. № 22-01-000158 выдана ФОНСЭС от 14.07.05г.

**Г. БАРНАУЛ, УЛ. ПРОФИНТЕРНА, 31. ТЕЛ. 600-538**





# Здесь вы станете здоровыми

*В г.Рубцовске есть особая многочисленная, порядка 13 тысяч человек, категория больных, которые нуждаются в более углубленном медицинском наблюдении и специальных методах оздоровления. Это пострадавшие вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, ликвидаторы, пострадавшие из-за аварии на Чернобыльской АЭС, и их потомки.*

Десять лет назад при городской больнице №2 был открыт межрайонный центр реабилитации, обеспечивающий общее оздоровление организма, повышение иммунитета человека, а также лечение имеющих заболевания, на первом месте среди которых стоят болезни сердечно-сосудистой системы, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Применяемый нами аппарат общей магнитотерапии (ОМТ) «Магнитор АМП», воздействуя на весь организм, оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие; защищает сердце и сосуды от неблагоприятных воздействий, нормализует уровень гормонов, имея при этом минимум противопоказаний. На особом месте стоит способность ОМТ снижать артериальное давление и длительное время удерживать его на низких цифрах, что позволяет снижать дозы гипотензивных препаратов.

Для лечения хронических заболеваний органов дыхания мы широко применяем спелеотерапию и соляную пещеру; аэрофитотерапию, ингаляции.

Методы реабилитации обновляем постоянно: сейчас успешно применяем метод гирудотерапии (лечение пиявками) - эффективный при многих заболеваниях. Широко используется в лечении метод восточной медицины - акупунктура.

Несколько месяцев назад в Центре появилась фитопаросауна - «кедровая бочка». Это уникальный народный метод воздействия на организм целебным паром из сборов лекарственных трав. Высокая насыщенность способствует наполнению капилляров кровью, полному раскрытию потовых пор и сальных желез, организм очищается от шлаков и токсинов и впитывает в себя живительную силу целебных трав. В результате улучшается работа всех органов и систем, нормализуются обменные процессы, повышается иммунитет и организм омолаживается в целом.

Большой популярностью у больных с заболеваниями позвоночника пользуется кабинет вертебрологии, где проводятся механомассаж, вытяжение поясничного и шейного отделов позвоночника, на уникальном импортном оборудовании специалисты ЛФК и массажа помогают продлить лечебный эффект на более длительный срок.

Профессиональный медицинский психолог помогает обрести душевное благополучие через осознание и поиск путей разрешения своих проблем, обрести уверенность в себе, в собственных силах и возможностях своего организма.

**Наталья Михайловна Елизарова,**  
врач-терапевт I категории, заведующая  
межрайонным центром реабилитации,  
МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск



В этом году мы открыли грязелечебницу, в которой используется грязь с уникальными лечебными свойствами озера Ярового.

**В домашних условиях наши врачи широко рекомендуют гидротерапию: ванны скипидарные, йодо-бромные, хлоридно-натриевые, аппликации с голубой глиной, аппликатор Ляпко, аппаратную физиотерапию: светодиодную (аппарат «Дюна», «Ческа») звуковую терапию («Витафон»), ультратонотерапию («Ультратон»), а также комплексы лечебной гимнастики, которые индивидуально подбирает врач ЛФК.**

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

**РУБЦОВСКАЯ** *медико-географическая зона*

## Сестринское движение г.Рубцовска набирает силу

**У нас, российских медицинских сестер, есть реальные достижения. И одним из самых главных является создание и развитие своей сестринской общественной организации, которая уже существует в России более 10 лет, численность которой постоянно растет. Быстрый численный рост позволил провести перерегистрацию в национальное объединение медицинских сестер, следующий шаг - вступление России в Международный совет медицинских сестер.**

Медицинские работники со специальным средним образованием г.Рубцовска поддержали это великое движение в 2001 году. В городе трудятся 1913 специалистов со средним специальным образованием, из них 601 (32%) - члены Алтайской региональной общественной организации средних медицинских работников. Членство в различных учреждениях разное, но главное - во всех есть инициативные люди. Так, например, в МУЗ «Городская больница №1» процент членства составляет 6,51, в МУЗ «Городская больница №3» - 24,7, в МУЗ «Психиатрическая больница» эта цифра равна 10,7%, а в МУЗ «Городская больница №2» - 82,3. В МУЗ «Детская больница» из 179 среднего медицинского персонала членами АСМР являются 117 человек (или 65%), а в МУЗ «ЦРБ» из ста шестидесяти 129 человек - члены Ассоциации (80%).

Нельзя сбрасывать со счетов загруженность главных сестер не своими функциями, рутинными, хозяйственными проблемами ЛПУ, но наряду с этим, к сожалению, достаточ-

но часто встречается безынициативность и незнание современного сестринского дела самими главными и старшими сестрами. В таких случаях не возникает потребности в изменении устоявшихся традиций, а в результате страдают целые сестринские коллективы, т.к. они не имеют своевременную и соответствующую информацию, методическую литературу для подготовки к аттестации и сертификации.

Немаловажным негативным фактором в этом процессе может быть отношение к реформированию сестринского дела у руководителей, главных врачей ЛПУ как к «очередной несерьезной игре» - но в большей мере мы находим не просто понимание, но и реальную поддержку. Потому что наша Ассоциация профессиональная, а ее главная задача - именно профессиональный рост и ответственность.

Пятого июля 2005 года в актовом зале администрации Рубцовского района состоялась выездная конференция членов правления Алтайской региональной общественной организации с медицинскими работниками со средним медицинским образованием г.Рубцовска и районов. На конференции присутствовали главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» И.В. Козлова, президент АРОО «АСМР» Л.А. Плигина, главная медсестра краевой клинической больницы Ю.А. Фролова. Надеюсь, что именно эта конференция даст дополнительный толчок роста активности Ассоциации наших медицинских работников. Рядовые члены Ассоциации ожидают от российской и региональной

**Галина Иннокентьевна  
 Мамонтова,**  
 главная медсестра МУЗ  
 «Городская больница №2»,  
 г.Рубцовск



Ассоциаций медицинских сестер работы по увеличению заработной платы; внедрению новых сестринских технологий; снижению нормативных нагрузок; профессиональной безопасности; реформе и доступности образования; аттестации; лицензированию сестринской деятельности.



# Что нужно знать о туберкулезе

**Наталья Васильевна Гришкова,**  
главная медицинская сестра,  
специалист высшей квалификационной категории,  
КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

Туберкулез - это одна из древнейших болезней, известных человечеству. По мнению специалистов, именно туберкулезная инфекция представляет собой глобальную опасность для населения. Туберкулезные поражения позвоночника были обнаружены при исследовании останков человека периода неолита (около 5000 лет назад).

Туберкулез - это опасное инфекционное заболевание, возникающее при заражении туберкулезной микобактерией, которая переносится по воздуху невидимыми мельчайшими капельками мокроты, выделяемой больным человеком при кашле, чихании, разговоре. Подобно респираторным инфекциям, в отличие от СПИДа, туберкулез распространяется воздушно-капельным путем. Кашляющий человек вполне может оказаться больным туберкулезом, поэтому, если в вашем окружении - среди родных, друзей или сослуживцев - кто-либо долго кашляет, посоветуйте ему обратиться к врачу.

Туберкулез может поражать позвоночник, кости, суставы, лимфоузлы, глаза, кожу, иными словами, эта инфекция может проникать в любой орган организма.

## Кто может заразиться туберкулезом?

Источником заражения является больной с активным (заразным) туберкулезом легких. Туберкулезом могут заболеть люди в любом возрасте, в том числе и в пожилом, и в старческом. Именно у таких людей он протекает скрыто и бессимптомно. Поэтому при появлении у пожилых людей симптомов заболевания туберкулезом следует немедленно обратиться к врачу. В особенности это важно, когда они ухаживают за детьми.

Туберкулез распространяется от больного человека к здоровому, но заразиться через укусы насекомых, переживание крови или воду невозможно.

Наибольшему риску заболеть туберкулезом подвержены люди с ослабленной иммунной системой, к такому состоянию приводят следующие факторы:

- хронический стресс;
- алкоголизм, курение;
- недостаточное, неполноценное питание;
- ВИЧ/СПИД;

- сахарный диабет;
- хронические заболевания легких и др.

Пыльные и непроветриваемые помещения также благоприятствуют распространению туберкулезных бактерий, поэтому, если по роду своей деятельности вы вынуждены бывать в таких помещениях, постарайтесь содержать их в чистоте и как можно чаще проветривать. Прямые солнечные лучи убивают микобактерии туберкулеза в течение пяти минут. Проветривание и вывешивание на солнце одеял, шерстяных и хлопчатобумажных вещей является простым методом обеззараживания. В темноте палочки могут сохранять жизнеспособность в течение ряда лет, поэтому наибольшая опасность заражения туберкулезом отмечается в темных сырых домах.

## К основным симптомам и признакам туберкулеза относятся:

- длительный (более трех недель) кашель;
- потеря аппетита;
- снижение массы тела;
- усиленное потоотделение (особенно в ночное время);
- общее недомогание и слабость;
- кровохарканье;
- боли в грудной клетке.

Но помните, что все эти симптомы могут встречаться и при большинстве других заболеваний.

Важнейшим признаком заболевания туберкулезом является **медленное нарастание симптоматики**. В основном это относится к общим симптомам заболевания, таким, как кашель, снижение аппетита, утомляемость, лихорадка. Боли в груди для туберкулеза не характерны. Они могут носить тупой характер и усиливаться при глубоком вдохе, а в ряде случаев бывают обусловлены напряжением мышц при кашле. Лихорадка может быть любого типа (от субфебрильной по вечерам до высокой



или не постоянной). Зачастую лихорадки не наблюдается вовсе.

Не распознанный вовремя туберкулез несет опасность для здоровья и жизни лично для вас и для ваших близких и родных. А при своевременном выявлении болезни и неукоснительном соблюдении предписанного врачом режима лечения туберкулез сегодня полностью излечим.

Помните, что только аккуратный прием противотуберкулезных препаратов может привести к полному излечению болезни и является для вас залогом дальнейшей полноценной жизни. **Нельзя прекращать прием лекарств до тех пор, пока вам не разрешит это сделать врач.**

Своевременно проходите флюорографическое обследование. **Укрепляйте свой организм всеми доступными вам средствами:**

- соблюдайте личную гигиену и гигиену жилища;
- полноценно питайтесь;
- ведите здоровый образ жизни;
- откажитесь от вредных привычек.

**Избегайте всего, что может ослабить защитные силы вашего организма, берегите свое здоровье!**

Дополнительную информацию по вопросам профилактики, диагностики и лечения туберкулеза можно получить по адресу: **г.Барнаул, ул. Сизова, 35, КГУЗ «Краевой туберкулезный диспансер»**. Тел.: 61-09-56; 61-11-63, 61-09-75

## «Записки об уходе»

### Глава 4. О шуме и беспокойстве

Шум, наиболее вредный для больного, - тот, который его по тем или иным причинам волнует; при этом сила звуков, которые он слышит, имеет сравнительно небольшое значение. Наблюдения показывают, что во всех случаях шум, благодаря которому больной пробуждается от сна, гораздо вреднее постоянного, к которому он успел привыкнуть.

Первым правилом рационального ухода за больными является устранение всего, что могло бы помешать сну больного, - будь эта причина постоянная или случайная. Больные обыкновенно спят очень чутко и, будучи разбужены, засыпают с большим трудом. Больной, будучи разбужен после нескольких часов сна, засыпает легче, чем больной, разбуженный спустя несколько минут, после того, как он уснул. Это объясняется тем, что во время сна прерываются страдания больного, а вместе с тем и раздражительность его мозга. Для здоровых может считаться общим правилом, что если они спят днем, то будут хуже спать ночью; у больных же наоборот: чем больше они спят, тем сон их продолжительнее.

Сведущая сиделка умеет распорядиться таким образом, что уход ее не причиняет больному никакого беспокойства. Это искусство довольно трудное, и очень многие сиделки делают непростительные ошибки только потому, что как они говорят, не смели побеспокоить больного.

Просто поразительна та беспечность, чтобы не сказать жестокость, которую обнаруживают врачи и посетители: они громко разговаривают и шумят в комнате, соседней с тою, в которой находится больной, ожидающий, когда они войдут, или, если они уже были у него, сознающий, что

речь идет о нем и старающийся расслышать, что они говорят.

Возмутительно жестокостью является разговор, ведомый шепотом в самой комнате больного, так как при этом последний неизбежно старается расслышать каждое слово, что стоит ему невероятных усилий. По тем же причинам никоим образом не следует входить в комнату больного на цыпочках или производить тихо какую-нибудь работу. Ходить нужно твердым шагом, но как можно быстрее и точно так же не стараться уменьшать шум при производимой работе, но заботиться лишь о том, чтобы она была окончена как можно быстрее.

Нет ничего хуже неизвестности и нет состояния более тягостного и возбуждающего даже для здоровых, чем пребывание в неизвестности.

Точно также неосмотрительно поступают те врачи или те посетители, которые сообщают окружающим о цели своего посещения в соседней комнате или в прихожей, но так, что больной может расслышать то, что они говорят. Гораздо разумнее говорить обычным голосом и при том громко, так чтобы больной ни одной минуты не пребывал в неизвестности и в томительном ожидании.

Итак, бесполезный шум и шорох вредны как для здоровых, так и для больных; в особенности они вредны последним ввиду того, что их нервы и без того находятся в возбужденном состоянии. Можно с уверенностью сказать, что отношение больного к ухаживающим за ним главным образом зависит от того, как эти последние поступают в указанном смысле. Сиделка, профессиональная или добровольная, которая постоянно возится и шумит, несомненно возбудит к себе ненависть больного, хотя он,



может быть, не будет сознавать, за что он ее собственно не любит.

Заботливая сиделка должна принять меры к тому, чтобы в комнате больного не скрипели двери, не звенели окна и т.д.

Подсаживаться к больному надо так, чтобы ему при разговоре не приходилось делать никаких усилий головой или глазами, чтобы смотреть посетителю в лицо. Во время разговора следует по возможности обходиться без жестов.

Никогда не вынуждайте больного к повторению его поручения или желания.

Никогда не следует разговаривать с больным издали или так, чтобы он не мог видеть говорящего, а также в то время, когда он занят чем-нибудь другим. Еще в большей мере эти правила применимы к выздоравливающим, которые вынуждены заниматься своими делами. ►



Никогда не нужно волновать мысль больного или выздоравливающего неожиданными сообщениями, задавать ему сложные вопросы, к разрешению которых он не подготовлен, вообще не следует неожиданно заговаривать с больным, так как мысль его в данную минуту может быть направлена в совершенно иную сторону, а всякая неожиданность волнует не только больных, но и здоровых. С другой стороны, не нужно оставлять больных в томительном ожидании.

Больных, которые уже ходят по комнате, никогда не следует оставивать или перегонять с целью сообщить что-нибудь или передать письмо; это не многим лучше, чем дать пощечину. Сиделка не должна ни задавать больному вопросов, ни вступать с ним в разговоры, всегда помня, что ходьба стоит больному не только страшных физических усилий, но и величайшего духовного напряжения.

В момент, когда больной намеривается перебраться с кровати на стул, перейти из одной комнаты в другую, спуститься с лестницы и т.д., любая помеха или отвлечение внимания может крайне вредно повлиять на него. Больные — народ очень постоянный: обыкновенно их действия повторяются практически в один и тот час, и ухаживающие за больными должны с точностью знать это. Всегда нужно помнить, что каждое действие больного стоит ему величайших усилий. Некоторые больные могут ходить, но не могут стоять или сидеть прямо. В особенности сильно утомляет их стояние.

О состоянии больного надо судить не по тому, как он держит себя во время разговора, а по тому, как он чувствует себя спустя час, точно также весьма важно знать, как он провел ночь после разговора.

Весьма часто бывает, что больной даже после одного шумного посещения бредит всю ночь; посетитель же вынес убеждение, что больному «гораздо лучше». Некоторые люди считают своим долгом посещать больного чуть ли не каждый день, они глубоко убеждены,

что делают доброе дело, так как, по их мнению, больной больше всего нуждается в развлечении.

Никогда не следует садиться, облакачиваться на кровать, а тем более толкать ее, так как все это совершенно нестерпимо для больного.

Мнимо больные сплошь и рядом, находясь в одиночестве, делают то, чего никогда не сделают на глазах сиделки. Среди них встречаются такие, кто решительно отказывается от пищи, как бы ни упрашивали их; но если спрятать что-нибудь съедобное в стол или в шкаф, они ночью съедят все, что найдут. При этом они руководствуются боязнью, что если обнаружат аппетит, то им не поверят, что они больны. Истинно больной, наоборот, всегда старается похватать перед врачом или сиделкой, сколько он съел в такой-то день или какую работу произвел.

Никогда не следует давать больным уклончивые или двусмысленные объяснения или ответы; в случае сомнения в каком-нибудь деле отнюдь не следует выказывать его даже в мелочах — в мелочах в особенности. Сомнение всегда надо оставлять при себе, а с больным разговаривать всегда уверенно. Люди, которые склонные размышлять вслух, всегда находящие доводы и за и против, не должны ухаживать за больными; еще лучше совсем не допускать их к больным.

У большинства больных сильно работает воображение; поэтому замечая в советах и указаниях тех, кто ухаживает за ними, неуверенность и противоречия, больные тотчас же начинают подозревать, что их обманывают, что от них что-то скрывают, их начинают волновать самые мрачные мысли.

Громадное значение также имеет аккуратность. Никогда не следует заставлять больного ждать. Лучше совсем не иметь сиделку и оставаться без всякого присмотра и ухода, чем иметь

сиделку невнимательную, рассеянную и забывчивую.

Весьма распространен обычай читать больным вслух для развлечения. Многолетний опыт убедил нас в том, что больные, которые не в состоянии сами читать, в большинстве случаев не выносят также, когда им читают другие.

С уверенностью можно установить следующие общие правила.

1. Если уж приходится читать больному вслух, то следует читать медленно. Нередко при плохом чтении окружающих или сиделок больные просят, чтобы им лучше рассказали содержание книги, больные дети в особенности. Это недовольство является результатом слишком быстрого и невыразительного чтения, причем многие обладают еще привычкой читать скороговоркой или бормотать места малоинтересные, вместо того чтобы, предварительно ознакомившись с книгой, прямо пропускать их. В особенности неприятно и даже положительно вредно действует на больных чтение невнимательное, с остановками, с пропусками, с зевотою, с повторениями уже прочитанного.

Чтение должно быть отчетливым, каждое слово должно быть отчеканено; по возможности чтение должно походить на разговорную речь; лучше читать слишком медленно, но не нараспев. Весьма важно также, чтобы чтение не было к монотонным. Всегда нужно сообразовываться с силами больного и его темпераментом, не читать слишком долго. Что касается выбора книг для чтения вслух, то здесь надо безусловно учитывать личность больного, его духовные потребности, взгляды, вкусы и степень развития.

2. крайне бестактно поступают те, кто читает про себя в комнате больного и прочитывает ему только те места, которые, по мнению читающего, должны заинтересовать его, но на самом деле интересны только читающему.



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

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, канди-  
дат медицинских наук,  
ассистент кафедры

## ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Какая большая радость охватывает женщину, которая узнает, что скоро станет мамой! Радостная мысль переполняет сердце, хочется смеяться и плакать, рассказать всему миру об этом событии или, наоборот, поделиться только с очень близкими людьми.

Ожидание ребенка полностью все меняет... Начинается новый этап в жизни женщины – забота не о себе, а о ребенке, который хотя и находится в утробе, но уже все чувствует. Теперь все проблемы должны отойти на второй план.

## В ОЖИДАНИИ РЕБЕНКА...

**Беременность - это естественный процесс для организма женщины.** Органы и системы будущей мамы работают с усиленной нагрузкой, обеспечивая всем необходимым и мать, и развивающийся плод. В большинстве случаев беременность протекает без нарушений. Но иногда полной адаптации материнского организма к плодному яйцу не происходит и возникают осложнения, при которых надо немедленно обратиться к врачу, чтобы не только сохранить беременность, но спасти жизнь и здоровье как матери, так и малыша.

**Что это за осложнения?**

К основным осложнениям беременности относятся: **невынашивание, поздний гестоз и анемия.** Все они идут в паре с нарушениями работы системы мать-плацента-плод, которые клинически проявляются задержкой роста и развития плода, внутриутробной гипоксией или кислородным голоданием, в тяжелых случаях – его гибелью.

○ **Невынашивание** – самопроизвольное прерывание беременности до 28 недель (по ВОЗ – до 22 нед.) – аборт.

○ **Недонашивание** - прерывание беременности в сроке 28-37 недель (по ВОЗ – 22-37 недель) – преждевременные роды.

○ **Привычное невынашивание** – самопроизвольное прерывание более 2-х беременностей подряд.

○ **Частота невынашивания беременности** – 10-25%.

○ **Причины невынашивания можно разделить на группы:**

1. **заболевания матери** (эндокринные, гипертензионные – с повышением

кровенного давления, иммунные, воспалительные);

2. **патология матки как плодоставителя** (аномалии строения, нейрострофия после перенесенных аборт);

3. **причины, исходящие из плодного яйца** (генные и хромосомные мутации, многоплодие);

4. **производственные вредности, социально-бытовые проблемы.**

**При нормально протекающей беременности менструации прекращаются под влиянием прогестерона – гормона желтого тела яичника, поэтому появление кровянистых выделений служит показателем неблагополучия.** По мере увеличения срока основными симптомами угрозы прерывания становятся боли различного характера внизу живота и поясничной области, частое повышение тонуса матки. Появление водянистых выделений из половых путей может быть свидетельством разрыва плодного пузыря и начала преждевременных родов.

**Только срочная госпитализация и проведение необходимого обследования смогут подтвердить диагноз и назначить адекватное лечение, которое включает в себя:**

1) освобождение от всех дополнительных нагрузок - физических и психоэмоциональных, нормализация сна и отдыха.

2) лечение фоновых заболеваний, санация очагов инфекции.

3) воздействие на центральную нервную систему.

4) витаминотерапия.

5) гормонотерапия – по показаниям.



▶ **Грозным осложнением второй половины беременности является поздний гестоз** - болезнь адаптации материнского организма к плодному яйцу.

В женской консультации при взятии беременной на учет выделяются группы риска по его развитию, куда входят:

- **Фоновая соматическая патология** (заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыводящей систем и др.);

- **критический репродуктивный возраст женщины** (моложе 18 и старше 30 лет у первородящих);

- **профессиональные, социальные и бытовые вредности, хронический стресс беременной.**

Доклинические формы позднего гестоза или прегестоз, возникающие во втором триместре беременности, имеют следующие проявления:

- **учащение мочеиспускания в ночное время суток,**

- **патологическая прибавка массы тела беременной (свыше 300-500 граммов в неделю),**

- **лабильность сосудистого тонуса (повышение диастолическо-**

**го давления при физической нагрузке беременной).**

**Лечение прегестозов проводится в амбулаторных условиях или дневном стационаре путем назначения:** режима питания, полноценного сна, прогулок на свежем воздухе, седативной фитотерапии, физиотерапии, дезагрегантов (малые дозы аспирина), антиоксидантов, универсальных адаптогенов.

Клинические симптомы позднего гестоза (т.н. триада Цангемейстера) появляются после 28-30 недель. **К ним относятся:**

- **повышение кровяного давления,**
- **появление белка в моче и отеков.**

Часто имеет место наличие только одного или двух симптомов, но в любом случае требуется лечение, поскольку тяжелые формы **могут приводить к серьезным осложнениям для матери:**

- **отеку мозга, кровоизлиянию в мозг,**

- **отслойке сетчатки,**
- **кровоотечением,**

- **для плода - к фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной гибели.**

При поздних гестозах выбор срока и способа родоразрешения зависит от степени тяжести гестоза, готовности родовых путей, состояния плода.

**Самое распространенное осложнение в период вынашивания беременности - анемия,** частота которой колеблется от 20 до 80% по разным регионам России, причем 9 из 10 пациенток страдают железodefицитной анемией.

Недостаток железа, являющегося компонентом гемоглобина, нарушает перенос кислорода из легких к тканям как материнского организма, так и плода.

Плохая работа «транспортной системы» ведет к тканевой гипоксии.

Это заболевание только на первый взгляд безобидное, но в действительности может привести к **осложнениям родов слабостью родовой деятельности, гнойно-септическим заболеваниям и кровотечениям в послеродовом периоде, к гипоксии и гипотрофии плода и новорожденного.**

Чаще всего анемия выявляется во II-III триместрах беременности. Важнейшими и наиболее доступными показателями «красной крови» при железodefицитной анемии являются низкие уровни гемоглобина, цветного показателя, гематокрита, количества эритроцитов. При уровне гемоглобина ниже 110 г/л - беременные нуждаются не только в диетическом питании, состоящем из продуктов, богатых железом и способствующих его лучшему усвоению - мясо, яйца, фасоль, чечевица, лук, яблоки, гранаты, но и в приеме железосодержащих препаратов. Причем препараты железа принимаются до конца беременности и в период грудного вскармливания.

**В заключение хотелось бы отметить, что такой важный период в жизни женщины, как вынашивание ребенка, должен идти в содружестве: будущая мама - врач. Главная задача акушера-гинеколога - не лечить осложнения беременности, а предупреждать их развитие. Это возможно только в том случае, если женщина встанет на учет до 12 недель беременности, регулярно будет посещать женскую консультацию, в полном объеме и своевременно выполнять все рекомендации врача. Отношения между врачом и беременной должны строиться на согласии, доверии и взаимопонимании, ведь все девять месяцев они - полноправные партнеры, идущие к одной цели: рождению здорового ребенка и сохранению здоровья матери. Успехов вам!**

**ОТ РЕДАКЦИИ:**

Цикл публикаций раздела «Школа ответственного материнства» вызывает большой интерес у читателей журнала, многие спрашивают, 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**





# Серьезный шаг к материнству

*Какая женщина не хочет иметь здорового ребенка? Но порой долгожданный малыш доставляет много хлопот и переживаний своим родителям, когда состояние его здоровья требует длительного и дорогостоящего лечения. В большинстве подобных случаев нельзя возложить всю вину на гинеколога, наблюдавшего беременную женщину, акушера, ведшего роды. За многие осложнения несет ответственность сама мама с момента, когда только встал вопрос о планировании беременности.*

У 95% женщин беременность протекает проблемно, она требует существенной коррекции. Отмечается огромное количество патологий формирования плода и патологического течения беременности и родов, а также осложнений в послеродовом периоде, и это зачастую является результатом неподготовленности пациентки к беременности.

Для благополучного протекания беременности и успешных родов большую роль играют - **социальный фактор, необходимость правильного питания, соблюдение режима труда и отдыха.** Никотиновая зависимость и употребление алкоголя крайне губительны не только для еще не рожденного малыша, но и для мамы, которая должна предоставить плоду комфортные условия его роста и развития.

Раннее начало половых отношений, их беспорядочность влекут за собой инфицирование женщины такими заболеваниями, как уреаплазмоз, хламидиоз, ЦМВ-инфекция и т.д. Эти заболевания далеко не безобидны, они могут повлечь за собой бесплодие, хронические воспалительные процессы, внутриутробное инфицирование плода (врожденная пневмония, менингит, сепсис и т.д.), могут быть причиной невынашивания беременности, преждевременных родов.

Также огромный вред здоровью женщины наносят проведенные до родов медицинские аборт, которые могут иметь необратимые последствия. При имеющемся в продаже огромном количестве современных средств контрацепции число прерываний нежелательных беременностей



остается огромным, в том числе и у девочек-подростков.

**Каждая женщина, не равнодушная к здоровью своего будущего ребенка, перед зачатием должна пройти полный курс обследования** и необходимого лечения, как у врача акушера-гинеколога, так и у терапевта, а при наличии хронической экстрагенитальной патологии - у соответствующего узкого специалиста.

**При наступлении беременности будущая мама должна как можно раньше встать на диспансерное наблюдение в условиях женской консультации.** В этом случае динамическое наблюдение позволит с ранних сроков выявить отклонения в течении беременности и своевременно начать соответствующую коррекцию патологии.

Особое место в подготовке к родам имеет посещение будущих родителей «Школы будущих матерей и отцов». Здесь их обучают правильному образу жизни при беременности, поведению при родах, уходу за новорожденным ребенком.

**Хотим пожелать каждой женщине, решившей родить ребенка, полного благополучия в его рождении, счастья материнства, которое вы можете ощутить, подойдя к вопросу о беременности с полной серьезностью и ответственностью, придерживаясь наших рекомендаций.**



# ГОТОВЫ КРУГЛОСУТОЧНО...

Эту больницу медики между собой называют «Питомник», наверно, потому, что в стенах ее выращено много врачей, опыт и мастерство которых общепризнаны в г.Рубцовске и вообще в Алтайском крае. Но главное - здесь «выращивают» здоровье для населения города Рубцовска и 12 прилежащих районов.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская больница №1» г.Рубцовска имеет богатую, интересную историю. В 1919 году по приказу Совета рабочих и крестьянских депутатов ее основал военный фельдшер. В годы Великой Отечественной войны на ее базе был развернут хирургический эвакуационный госпиталь, что и определило будущую специализацию. Интенсивное развитие сельскохозяйственного и оборонного машиностроения, бурный рост населения города потребовали расширения мощности больницы для неотложной хирургической помощи, и в 1973 году был открыт многокорпусный больничный городок: в стационаре на 420 коек было развернуто восемь межрайонных отделений, в поликлинике на 700 посещений в смену работают врачи для участка города и консультативного приема больных из районов.

Патологоанатомическое отделение с гистологической и цитологической лабораториями тоже имеет межрайонный статус. В инфекционном корпусе развернут резервный госпиталь для особо опасных инфекций, т.к. рядом граница со странами Азии. В боксах проходят лечение больные с ВИЧ-инфекцией.

Родильный дом на 60 коек обсервационного режима готов принять роды у женщины с наличием любой инфекции.

Впервые в Алтайском крае в 1974 году в больнице развернуто отделение гнойной хирургической инфекции, с 1975 года - внедрены антирефлюксные анастомозы в хирургической гастроэнтерологии.

С 1996 года внедрена и прогрессирует эндхирургия, обеспе-

**С.Н. Осипов,**  
заместитель главного врача по лечебной работе  
МУЗ «Городская больница №1» г.Рубцовска

чивая круглосуточную доступность для больного к методу малоинвазивной хирургии при любой патологии; для врача - к эндхирургическому комплексу.

Только в 2004 году в больнице сделано более одной тысячи видеоэндоскопических операций по 43 наименованиям, что составило около 25% всех эндоскопических операций, производимых в Алтайском крае.

Травматологи эндоскопически лечат острую травму коленного сустава. У урологов перечень операций при патологии широк: от кист почек, камней мочеочников до трансуретральных аденомэктомий.

Гинекологи больницы внедрились и широко применяют видеолапароскопические ампутации матки, удаление кист яичников, органосберегающие операции при внематочной беременности, производят эндоскопическую реабилитацию при женском бесплодии. С 2004 года производятся видеолапароскопические операции при стрессовом недержании мочи, опущении матки.

При плановой и экстренной патологии придатков матки эндхирургическая технология применяется в 97% случаев.

Наибольший ассортимент эндоскопических методик у хирургов - это травма легкого, печени и селезенки, разрыв кист легкого, рецидивирующие пневмотораксы, все формы желчно-каменной болезни, кисты печени, забрюшинного пространства, перфоративные и хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжи диафрагмы, острый аппендицит, спаечная кишечная непроходимость, абсцессы брюшной полости и многое другое.

Сдерживающим фактором развития эндхирургии является только степень оснащенности инструментами и специальным оборудованием. Эндхирургия при остром и хроническом холецистите применяется в 95%, остром панкреатите - в 36%, перфоративной язве - в 60% случаев. За прогрессивное развитие эндхирургии в больнице «Ассоциация эндхирургов России» наградила наше лечебное учреждение и вручила главному врачу Владимиру Серафимовичу Саданову Почетную грамоту.

С 2003 года герниопластика любого вида грыж, в том числе больших, рецидивных, производится с помощью проленовых сетчатых эндопротезов.

Американский город-побратим г.Рубцовска Грант-Пасс подарил больнице эндхирургическое оборудование, комплексы мониторов в операционные и отделение реанимации, хирургическую лазерную установку, аппараты ЭКГ и многое другое больничное оборудование - подарок принят и эффективно используется.

Анестезиологическое, реанимационное обеспечение в больнице отвечает современным требованиям. Отделение реанимации оснащено системой мониторинга, современными комплексами респираторного обеспечения, плазмофрезы, баротерапии, противопролежневое оборудованием.

Организованная круглосуточная биохимическая, ультразвуковая, функциональная, рентгеновская, бактериологическая диагностики обеспечивают сокращение диагностического периода, круглосуточный мониторинг за динамикой патологии у пациентов.

Коечный фонд больницы не изменился, но за счет применения новых медицинских технологий сокращены сроки лечения, что позволяет госпитализировать больше больных, главным образом из районов Рубцовской медико-географической зоны.

кой зоны. Удельный вес сельских больниц в 2004 году составил около 20%.

Прогрессивное развитие больницы обеспечивается за счет широких обоюдных полезных связей с Алтайским и Новосибирским медицинскими университетами, Краевой клинической больницей, городской больницей №1 г.Барнаула.

Профессоры **В.Н. Оскретков, Г.Г. Устинов, С.Г. Штофин**, главные хирурги края **Е.Ю. Слухай, В.А. Ганков**, главный травматолог **В.А. Пелеганчук**, нейрохирург **Д.А. Долженко** – кураторы нашей больницы. На ее базе проводятся научно-практические конференции с приглашением врачей из ЦРБ Рубцовской медико-географической зоны по актуальным темам.

В последнее время были приобретены **два мощных стерилизатора, новый рентгенодиагностический комплекс, эндохирургический комплекс, комплекс для трансуретральных операций, комплекс для литотрипсии камней мочевого пузыря и мочеточников, эхоэнцефалоскоп, биохимические анализаторы** и многое другое.

В больнице создана видеотека, где можно получить информацию по актуальным проблемам медицины. Доступ на медицинские сайты в сети Интернет открыт любому врачу. Медицинская библиотека постоянно пополняется литературой, профильными журналами.

За последние пять лет в каждом отделении проведен ремонт, открыта прачечная, хлебопекарный цех, швейный цех для собственных нужд, запущены несколько установок для производства анализа.

Родственники могут встречаться с больными в комфортных условиях в построенном в 2003 году большом холле. Операционные после капитального ремонта оснащены современными кондиционерами.

Есть в больнице свои проблемы и трудности. Это, в первую очередь, кадры. Не едут в периферийный город выпускники медицинских вузов, т.к. администрация города не может предоставить молодому специалисту жилье. По причине неадекватного финансирования крайне тяжело обеспечить регулярное обучение врачей на циклах повышения квалификации.

С 1990 года остро стоит проблема несоответствия площадей операционного, реанимационного, приемного отделений поставленным задачам. А задача очень тяжелая – лечить круглосуточно жителей г.Рубцовска и 12 близлежащих районов.

# Бледный обморок

## Что делать при внезапной потере сознания?

**Обычно обморок наступает в результате какого-то эмоционального потрясения. Нередко женщины испытывают кратковременную потерю сознания из-за неправильно подобранных предметов туалета.**

**Основная причина обмороков** – недостаточное поступление крови к головному мозгу. Поэтому к потере сознания более склонны гипотоники – люди с пониженным артериальным давлением. А также те, кто страдает анемией. Обморочное состояние может возникнуть при неправильном приеме препаратов, снижающих артериальное давление.

**Обычно обмороку предшествуют тошнота, слабость и зевота.** Человек может пожаловаться на повышенную потливость, появление мушек перед глазами, головокружение. Окружающие замечают, что он почти мгновенно становится бледным и апатичным.

### Какие меры необходимо принять в этом случае?

○ Потерявшего сознание уложить или посадить на стул со спинкой.

○ Открыть окно или дверь, чтобы обеспечить доступ свежего воздуха.

○ Завести разговор – так можно отвлечь внимание от неприятных ощущений и иногда даже предупредить обморок.

Бывает, что профилактическую помощь своевременно оказать не удалось. И человек все-таки потерял сознание. **Что тогда делать?**

Прежде всего надо иметь в виду, что во время обморока происходит расслабление мышц. Поэтому нужно вовремя подхватить человека, чтобы избежать травм при падении.

### В таком случае действия следующие:

○ Человека надо уложить на спину так, чтобы его голова была немного запрокинута, а ноги несколько приподняты. Можно приспособить для этих целей одежду или сумку.

○ Если обморок случился на улице или в душном магазине, то, как правило, возможности прилечь нет. В таком случае нужно посадить его на стул. Или хотя бы на пол. При этом постарайтесь нагнуть опущенную вперед го-

лову как можно ниже. Так, чтобы плечи касались коленей.

○ Если человек уже потерял сознание и упал, то не надо его теребить или пытаться поднять. Нужно расстегнуть ему воротник, ослабить пояс. Это облегчит дыхание и улучшит кровообращение.

**Как правило, обмороки бывают короткими – их продолжительность составляет от нескольких секунд до 3-5 минут.**

*Однако если человек не приходит в сознание, то следует прибегнуть к другим, более результативным, мерам:*

○ В первую очередь – к использованию нашатырного спирта. Не нужно сильно пропитывать вату нашатырем. Достаточно нанести всего несколько капель и поднести к носу на расстоянии 5-8 см, желательно вдыхать нашатырь не более двух минут, иначе раствор аммиака попадет на кожу и слизистые оболочки, что приведет к ожогу.

○ Если нашатырного спирта под рукой не оказалось, можно просто побрызгать на лицо холодной водой. Затем энергично растереть виски, грудь, ноги и руки шерстяной тканью – теплым шарфом, перчатками или просто руками.

○ Если это не помогает, попробуйте ладонями потереть уши. Или несколько раз сильно сдвинуть мочки ушей.

*Обычно после обморока появляется чувство озноба. Поэтому чашка сладкого чая или кофе в этой ситуации незаменима.*

**Если же сознание человека не восстанавливается, немедленно вызовите «скорую помощь»: ведь причиной длительной потери сознания может стать серьезное заболевание.**





# Внимание!

## Ребенок готовится посещать детский сад

**Татьяна Валентиновна Солдатова,**  
заведующая дошкольно-школьным отделением МУЗ «Детская  
городская поликлиника», врач-педиатр I категории, г.Рубцовск

Начало посещения ребенком детского дошкольного учреждения - важный этап для всех членов семьи, но в первую очередь - для него самого. При поступлении в ясли, детский сад ребенок сталкивается с рядом новых для него ситуаций, к которым ему необходимо адаптироваться. Процесс этот длительный и сложный, длится обычно около месяца, в некоторых случаях - и дольше. **Первые дни - особенно трудные для малыша:** играет роль отсутствие близких людей, незнакомая обстановка, множество незнакомых лиц и впечатлений. Он подолгу плачет и, даже устав плакать, остается печальным и грустным. Очень часто после первых дней пребывания в яслях дети заболевают.

**Предрасполагающими факторами к частым заболеваниям являются** отсутствие естественного иммунитета, получаемого с молоком матери (при отсутствии естественного вскармливания), закалывающих процедур в домашних условиях, четкого режима дня, возрастных умений, привычка к укачиванию перед сном и другие. Все это создает дополнительные трудности в адаптации к новым условиям и ослабляет организм малыша.

**Трудности в адаптации могут возникнуть и по другим причинам:**

- расстройство речи, особенно запаздывание ее развития, что мешает установлению контактов как с детьми, так и с персоналом;

- расстройство, связанное с доминированием одной половины тела над другой, когда ребенок не может выбрать, какой рукой (правой или левой) ему удобнее и лучше пользоваться;

- расстройство аффективного характера, которое проявляется через агрессивность, непостоянство поведения, молчание.

**Причины этих расстройств обязательно нужно искать либо в семье, либо в условиях детского учреждения.**

Чтобы помочь малышу приспособиться к новым условиям, **подготовку к поступлению в дошкольное учреждение нужно начать задолго до фактического оформления его в детский сад** - с самого рождения ребенка. Строгий режим дня, правильное вскармливание,

закаливание - важные составляющие адаптации.

Старайтесь устраивать в сад малыша не по престижности, а по территориальной близости к дому, чтобы ребенок не уставал от длительной дороги, не имел лишних контактов в транспорте, не переохлаждался.

**Старайтесь приучить малыша к максимально приближенному режиму и дома,** вводите в рацион его питания продукты, которых он ранее не получал дома, но будет принимать в яслях (саду), постарайтесь отлучить его от вредных привычек, как то: укачивание, засыпание с бутылочкой, отвлекания во время еды игрушками, сказками. При поступлении в ДОО ребенок должен уметь самостоятельно пить из чашки, пользоваться ложкой, горшком, играть с игрушками, общаться с другими детьми. Если ребенок не приучен пользоваться горшком, нужно приносить в ясли дополнительное белье в целлофановом пакете и отдельный пакет для грязного белья.

В период подготовки ребенка к яслям **очень важно оздоровить его,** после прохождения осмотра у врачей при необходимости пролечить. Увеличьте время пребывания на свежем воздухе, проводите закалывающие процедуры (соответствующие времени года и возрасту), соблюдайте рекомендуемое количество свежих фруктов и овощей в его рационе.

**Если ваш малыш очень возбужден, нужно создать для него щадящую, спокойную обстановку** - не наказывать, а отвлекать при капризах. Необходимо заинтересовать будущим знакомством с детьми, новыми игрушками. Перед сном не затевайте шумных игр, не возбуждайте сказками, не водите в гости и не принимайте дома шумных компаний.

В период поступления ребенка в ДОО матери следует взять отпуск, чтобы водить ребенка туда на несколько часов и по возможности побыть там с ним. Малыш может принести с собой в детский сад любимую игрушку, книжку - это поможет более спокойной адаптации, привлечет к нему других детей.

**Нельзя отдавать ребенка в ясли сразу после перенесения им какого-**



**либо заболевания или после проведения профилактической прививки.**

Нужно помнить, что в период адаптации ребенок становится более капризным, раздражительным, более требовательным к вниманию взрослых, у него ухудшится аппетит и сон. **Отнеситесь к нему внимательно, ласково, спокойно.** В домашних условиях постарайтесь компенсировать возможное недоедание и недосыпание ребенка в яслях, связанные с периодом адаптации.

**Одевайте малыша так, чтобы ему было удобно двигаться и соответственно температуре в помещении.** Приучите его аккуратно складывать одежду и вешать ее в отведенный ему шкафчик.

Чтобы не нарушать аппетит у малыша, **не давайте ему перед отходом в ясли печенье, конфеты, яблоки и т.д.,** иначе он будет отказываться от завтрака. Согласуйте ужин ребенка дома с меню в детском саду.

**Желательно, чтобы у родителей с персоналом был тесный контакт,** т.к. только совместные усилия семьи и детского учреждения обеспечат нормальную адаптацию и оптимальные условия для укрепления здоровья и развития малыша. Сообщите воспитателям детского сада обо всех особенностях поведения ребенка, передайте все необходимые рекомендации врача; назовите имя, к которому он привык дома.

**Старайтесь добросовестно выполнять дома все рекомендации персонала.** В те дни, когда малыш остается по какой-либо причине дома, соблюдайте тот же режим и рацион питания, к которому его приучают в яслях.

Не опаздывайте в ясли с малышом - это вызывает у него лишнее волнение и отрицательное отношение к посещению детского учреждения.



## Наш клуб общения пожилых людей

**Татьяна Владимировна Кротенко,**  
**заведующая отделением социальной работы с гражданами**  
**пожилого возраста и инвалидами Комплексного центра социальной**  
**защиты семьи и детей**

*Более двух лет коллектив медицинских работников поликлиники МУЗ «Городская больница №3» тесно сотрудничает с социальными работниками Комплексного центра социальной помощи семье и детям. Совершенствование медицинского и социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, повышение качества их жизни, старение населения - представляют одну из наиболее сложных и многогранных проблем современности, а поддержка ветеранов и инвалидов - является одной из главных задач государства. Создание Центров социальной работы влечет за собой появление новой категории социальных работников.*

В рамках нашего сотрудничества большое внимание уделяется профессиональному росту социальных работников. Социальные работники получили от нас большой объем дополнительных знаний, которые позволяют лучше понять проблемы больного человека, при осуществлении обслуживания полнее учитывать данные о заболеваниях людей пожилого и старческого возраста.

В последнее время популярной формой деятельности становятся **мини-клубы общения по месту жительства**, к работе которых привлекаются также и медицинские работники. Особый интерес у участников клубов вызывают лекции о здоровье: как правильно питаться в пожилом возрасте, как правильно следить за своим здоровьем, как сохранить душевное спокойствие и продлить свою жизнь – вот далеко не полный перечень

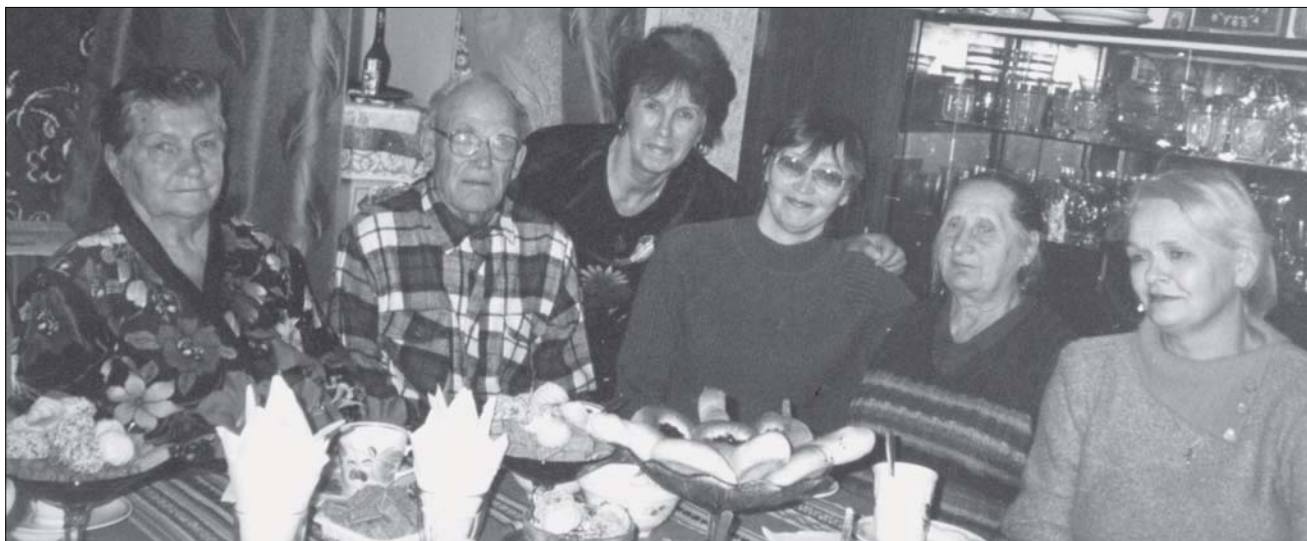
вопросов, на которые получают ответ наши клиенты. Замечательный лектор – **Татьяна Алексеевна Бушмелева**, инструктор по гигиеническому воспитанию населения - щедро делится своими знаниями и жизненным опытом с ветеранами и социальными работниками.

Такая форма сотрудничества играет огромную роль в развитии разносторонней поддержки старшего поколения. За это время мы нашли взаимопонимание, наладили прочные деловые отношения. Так, в период с 13 апреля по 2 мая по выходным проводилась совместная акция «60 лет Победы», на которую были приглашены ветераны ВОв, блокадники Ленинграда, бывшие узники концлагерей и т.д. Целью этой акции было проведение комплексного медицинского осмотра ветеранов войны, улучшение социального самочувствия рубцовских ветеранов,

улучшение качества их жизни. Перед нами стояла задача не только провести профилактический осмотр всеми специалистами поликлиники, оказать медицинскую помощь нашим ветеранам, но и чтобы в процессе такого обслуживания у них появилась уверенность в себе, их жизнь стала более полноценной и насыщенной, не появлялось чувство невостребованности и ненужности в семье, в обществе. **Инициатором и организатором этого мероприятия выступила заместитель главного врача по поликлинике МУЗ «Городская больница №3» Ольга Васильевна Казанцева.**

После сдачи ветеранами анализов, осмотра всеми узкими специалистами их пригласили в актовый зал, главный врач МУЗ «Городская больница №3» **Владимир Андреевич Брагин** поздравил всех присутствующих с 60-летием Победы, ветеранов приветствовали представитель военкомата и заведующая отделением социальной работы с гражданами пожилого возраста и инвалидами **Татьяна Владимировна Кротенко**. Завершили встречу чаепитием с рассказом о пользе чая и правилах заваривания лечебных трав. После все дружно подпевали участникам клуба «Годы золотые», пели фронтовые и русские народные песни. Довольные уходили ветераны домой: не забыли про них, уважили...

**Сегодня, имея положительный опыт совместной работы, мы разрабатываем и внедряем программу «Я продлеваю жизнь», направленную на предупреждение старения и активного долголетия.**







**Интересный ФАКТ**

**Изюм - против кариеса**

Ученые пришли к приятному для сладкоежек выводу: в изюме есть вещества, которые останавливают рост бактерий, вызывающих кариес и заболевания десен.

Исследователи из Университета Иллинойса нашли в изюме пять растительных антиоксидантов. Один из них, олеаноловая кислота, подавляет рост двух видов вредных бактерий. Это вещество еще и мешает бактериям прикрепляться к зубам и разрушать эмаль.

«Мы всегда воспринимали изюм как вредную пищу для зубов, ведь ягоды содержат много сахара, - утверждает доктор Кристиан Д., главный автор исследования. - Но теперь мы утверждаем обратное - изюм полезен. Так как в нем содержатся фитовещества, предотвращающие кариес и заболевания десен».

**Хирургический метод лечения бронхиальной астмы**

Бронхиальной астмой в мире страдают миллионы людей, причем с каждым годом число тех, у кого этот диагноз устанавливается впервые, возрастает.

Мало того, заболевание протекает все тяжелее и тяжелее. Большинство страдающих бронхиальной астмой вынуждены постоянно принимать одновременно несколько препаратов. Но встречаются и тяжелые формы астмы, при которых не помогают никакие лекарства. В России не менее 3-5% взрослых людей страдают именно такой тяжелой формой бронхиальной астмы. Для таких больных российскими хирургами разработан и внедрен в практику уникальный метод хирургического лечения - крошечное устройство (нейрочип), которое способно принимать и передавать электрический импульс, блокирующий приступ удушья. Его имплантируют под кожу.

Электрический импульс нейрочипу передает специальный маленький прибор, который пациент носит с собой. Когда он чувствует приближение приступа, он прикасается к коже, под которую шит нейрочип, и приступ блокируется на начальной стадии.

**Твой выбор!**

**Ирина Евгеньевна Стрижкина, заведующая организационно-методическим отделением Комплексного центра социальной помощи семье и детям**

*Наша профессия - как маяк в открытом море. Днем и ночью, в хорошую и плохую погоду посылаем мы в открытый мир мощный луч света, который никогда не гаснет. Этот свет помогает людям найти себя...*

- К работе с молодежью по программе «Твой выбор» мы готовились серьезно, - говорит **И.Е. Стрижкина**.

Город Рубцовск относится к числу городов со сложной социально-экономической ситуацией. Из года в год увеличивается число граждан, нуждающихся в социальной помощи различного вида. Открытие Комплексного центра социальной помощи семье и детям, ориентированного на решение социальных проблем горожан, - стало большим событием для маленького провинциального городка. Несмотря на то, что Центр существует менее двух лет - с 31 января 2003 года - с уверенностью можно сказать, что за этот срок было сделано немало.

Хочется подробнее рассказать о межведомственной просветительско-профилактической программе по пропаганде здорового образа жизни, составленной при координации инструктора, методиста организационно-методического отделения Центра **О.А. Семион**. Целевой группой в данной программе являются подростки в возрасте 14-15 лет.

«Территориальный центр социальной помощи семье и детям», Рубцовский педагогический колледж, городская картинная галерея, отделение медицинской профилактики городской больницы №2 - участники этой программы.

Все мы много говорим о необходимости пропаганды здорового образа жизни, но, наверное, не так часто поднимается проблема подготовки специалистов именно для этой работы. **Мы начали с того, что были подготовлены и проведены обучающие семинары для специалистов Центра, социальных педагогов школ, психо-**



**логов** по темам «Профилактика детской и подростковой наркомании», «Охрана прав детства в условиях образовательного учреждения». Цель подобных семинаров - повышение уровня социально-педагогической компетентности педагогов, психологов и специалистов Центра по проблеме детской и подростковой наркомании.

**Диагностические исследования, серия психологических тренингов «Сумей сказать «Нет!», тематические масштабные дни по профилактике вредных привычек, акции «Нет - наркомании!», «Даешь здоровый образ жизни!», серию бесед по духовно-нравственному исследованию проектов «Влияние вредных привычек на здоровье человека», тематические обучающие семинары для подростков, родителей, педагогов** - это лишь неполный перечень мероприятий, включенных в нашу программу активных действий, которая стартует с начала нового учебного года, с первого сентября.



# «Золотые правила» здоровых зубов

**Геннадий Федорович Кезиков,**  
главный врач МУЗ «Стоматологическая поликлиника» Отличник  
здравоохранения, врач-стоматолог высшей категории, г.Рубцовск

**Стоматологическая поликлиника города Рубцовска приняла первых пациентов в 1964 году. Вот уже 25 лет, с 1980 года, я возглавляю коллектив, который сегодня представлен 27 врачами-стоматологами, из них с высшей категорией - 4 человека, первой - 14 человек и второй квалификационной категорией - 1 человек; зубных врачей всего 11 человек: с высшей квалификационной категорией - 7 человек, с первой - 3 человека; медицинских сестер всего - 29 человек, из них с высшей квалификационной категорией - 8 человек; с первой - 13 человек, со второй - 2 человека; зубных техников всего - 14 человек, из них с высшей категорией - 5 человек, с первой - 8 человек.**

Поликлиника располагает достаточным оборудованием и техникой, это - современные установки, аппараты, качественный расходный материал. **Врачи-стоматологи нашей поликлиники владеют новыми технологиями лечения и протезирования, в частности:**

- лечение зубов реставрационной технологией, с применением высокоэффективных анестетиков;

- лечение и удаление зубов под наркозом;

- восстановление эстетической функции передних зубов;

- современное эндодонтическое лечение с использованием новейшего эндодонтического инструментария, пломбирочного и восстановительных материалов;

- оказание квалифицированной хирургической помощи; проведение амбулаторных операций в поликлинике, оказание экстренной хирургической помощи круглосуточно;

- ортопедическое лечение всеми видами конструкций съемного и несъемного протезирования;

- бюгельное протезирование;
- металлокерамика и металлопластмасса;

- широко используются методики физиотерапевтического лечения в хорошо оборудованном физиотерапевтическом кабинете.

Хотелось бы в очередной раз обозначить те «золотые правила стоматологии», которые при своей доступности действительно эффективны при надлежащем их исполнении.

В понятие гигиенического ухода за полостью рта входит **чистка зубов и полоскание после каждого приема пищи.** Еще с детства нас приучают чистить зубы два раза в день - утром и вечером перед сном. Продолжительность каждой чистки должна составлять **около 2-3 минут.**

Помните, что **тщательно очищать необходимо не только губные, но и небные поверхности зубов,** на которых скапливается особенно много зубного налета. Это можно сделать, чередуя горизонтальные, вертикальные и круговые движения зубной щеткой. Причем, **больше должно быть вертикальных движений от десны к зубу,** при очистке небных и язычных поверхностей щетка располагается **под некоторым углом к поверхности зуба.** Очистку жевательных поверхностей **делают круговыми движениями.**

На качество чистки, помимо ее тщательности, влияет также и выбор зубной щетки. **Головка щетки должна быть небольшой - 2,5-3,5 см и пучки щетины редкие.** Особенно хороши щетки, в которых щетинные пучки расположены под небольшим углом друг к другу, а часть их подстрижена «на конус». Фигурально подстриженные пучки щетины легко проникают в межзубные промежутки, очищая их от остатков пищи и зубного налета.



**Желательно, чтобы ворс, который крепится на головке щетки, был изготовлен из естественного или синтетического материала.** Перед выбором зубной щетки посоветуйтесь с врачом-стоматологом. **Щетку следует менять каждые 2-4 месяца,** как только щетина стирается и перестает быть жесткой и гибкой. Не лишне напомнить, что щетка должна быть **сугубо индивидуальной.** После каждой чистки зубов ее **тщательно промыть водой и хранить головкой вверх.**

Сейчас, наряду с обычными, выпускаются **электрические зубные щетки,** которые, кроме основного их назначения, осуществляют вибрационный массаж десен. Но помните, что **применять их можно только по рекомендации лечащего врача-стоматолога.**

**После каждого приема пищи необходимо полоскать рот водой.** Благодаря этой несложной процедуре из межзубных промежутков удаляются остатки пищи, которые являются хорошей питательной средой для микроорганизмов. **Очень полезны контрастные полоскания водой разной температуры:** теплой и комнатной, оказывающие благотворное воздействие на сосуды десны.



## Рубцовский городской «Центр-СПИД»: подводя первые итоги



**М.В. Епанцинцева,**  
заведующая отделением профилактики МУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г.Рубцовск

*Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями считается самой молодой медицинской организацией в г.Рубцовске - в этом году нам исполнилось пять лет. За это время нами пройден огромный и крайне сложный путь становления.*

В 1999 году на территории г.Рубцовска зарегистрированы первые случаи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В течение 2000 года было выявлено более 50 лиц, имеющих нарконттакты с ВИЧ-инфицированными пациентами. Эти факты послужили началом эпидемиологических расследований, благодаря которым в том же 2000 году было выявлено 16 новых случаев ВИЧ-инфекции.

Эпидемиологическая ситуация по распространению ВИЧ-инфекции на территории города только осложнялась, и тогда в мае 2000 года администрация города вынесла постановление о создании «Центра СПИД». В результате - ситуация была взята под контроль, одновременно с противоэпидемическими проводились и профилактические мероприятия. Удалось сдерживать темпы распространения ВИЧ-инфекции среди населения, начать наблюдение за «группами риска».

Центр возглавила главный эпидемиолог города **Валентина Андреевна Пономарева**. В сформированное отделение эпидемиологии вошли опытнейшие помощники врача-эпидемиолога. На сегодняшний день в Центре функционируют

лечебное отделение, отделение профилактики, отделение эпидемиологии, административно-хозяйственная служба. Создана и оснащена согласно современным требованиям клинично-диагностическая лаборатория. **Теперь имеется возможность на месте провести качественное лабораторно-диагностическое исследование населения на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, инфекции, передаваемые половым путем, определить состояние иммунной системы, сделать клинические, биохимические анализы.**

Все структурные подразделения прошли лицензирование и аккредитацию. Это дало возможность оказывать услуги на платной основе. Но при этом **основным и приоритетным направлением деятельности было и остается оказание специализированной диагностической, лечебно-профилактической помощи социально незащищенным слоям населения: ВИЧ-инфицированным, их семьям, подросткам, молодежи, людям, не имеющим страховых полисов.**

Сейчас Центр получил межрайонный статус, и к г.Рубцовску присоединились 12 прилегающих районов. На сегодняшний день среди потребителей инъекци-

онных наркотиков выявлено 3% носителей ВИЧ. Этот показатель находится на уровне краевого центра.

Наше учреждение реализует программы в рамках проекта «Комплексные стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД среди молодежи Алтайского края». На сегодняшний день ведется работа по программам «Снижение вреда», «Клиника, дружественная к молодежи», «Социальное бюро», «Мать и дитя» и т.д.

В качестве примера можно привести работу «Клиники, дружественной к молодежи». Предназначена она для подростков и молодых людей в возрасте 14-18 лет, все услуги ребятам предоставляются бесплатно. В клинику приходят, чтобы получить консультативную, информационную, диагностическую, лечебную, реабилитационную помощь по вопросам инфекций, передающихся половым путем, вирусным гепатитам, ВИЧ-инфекции. Здесь, руководствуясь принципами добровольности, доброжелательности, доступности, ведут прием специалисты: гинеколог, дерматовенеролог, инфекционист, медицинский психолог.

**Работы у нас много, но она направлена на поддержание здоровья, а не это ли главное в нашей жизни?**



# Амблиопия у детей И МЕТОДЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

**Евгений Владимирович Головин,**  
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории,  
заведующий операционным блоком,  
Краевая офтальмологическая больница

Амблиопия - ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз. Еще амблиопию называют «ленивым глазом».

Чтобы правильно ответить на вопрос, с чем связано снижение остроты зрения при амблиопии, следует четко определить причину данной проблемы.

**Чаще всего амблиопия возникает в детском возрасте. Одна из причин может быть обструкционного характера, т.е. отсутствие доступа света к сетчатке** (например, при катаракте, бельме роговицы, грубых изменениях в стекловидном теле и др.). Обычно амблиопию определяет разница в длине глаз, так называемая анизометропия, в результате которой степень близорукости (дальнозоркости, астигматизма) одного глаза может быть больше степени близорукости (дальнозоркости, астигматизма) другого глаза. Могут быть сочетание близорукости (дальнозоркости, астигматизма) на одном глазу и нормальное зрение на втором.

В любом из этих случаев разница в рефракции приводит к тому, что мозг воспринимает зрительный образ не от обоих глаз вместе, т.е. зрение не является бинокулярным, пространственным. **Один глаз становится ведущим, а второй - из-за полного или недостаточного участия в зрении - со временем может отклоняться в сторону,** развивается косоглазие, часто сопровождающее амблиопию.

**Амблиопия может развиваться при длительном отсутствии коррекции патологии рефракции,** когда человек не носит очки, контактные линзы и глаза «не знают, что такое видеть хорошо».

Можно выделить следующие основные виды амблиопии: рефракционная, дисбинокулярная и обскурационная.

**Рефракционная амблиопия** - это функциональное заболевание глаз, кото-

рое возникает на фоне наличия у ребенка врожденных заболеваний: дальнозоркости, близорукости, астигматизма. Это происходит из-за того, что у таких детей отсутствуют условия для фокусировки изображения на сетчатку.

**Первым из основных методов лечения данного вида амблиопии является постоянное ношение очков.** Ведь для этих пациентов они являются не только средством, которое дает возможность лучше видеть, но и лечебным фактором.

Зачастую бывают ситуации, что даже в очках ребенок одним глазом видит больше, чем вторым. Это называется функциональным неравенством глаз. **В таких случаях назначается заклейка на лучше видящий глаз.** Она может назначаться на разное время - от нескольких часов до ношения ее целый день. Причем время ношения зависит от разницы зрения правого и левого глаза. Во время ношения заклейки на лучше видящем глазу создаются условия для максимально лучшей работы рецепторного аппарата на хуже видящем глазу.

**Дисбинокулярная амблиопия возникает у детей на фоне косоглазия.** Она обусловлена тем, что головной мозг почти всегда выключает косящий глаз из акта зрения, тем самым нарушая нормальное развитие клеток сетчатки и, как следствие, зрительных функций.

**Основным видом лечения этого вида амблиопии тоже является ношение заклейки.** Но в отличие от заклеивания глаз при рефракционной амблиопии ношение заклейки на не косящий, а следовательно, на лучше видящий глаз должно быть постоянным. Смотреть двумя глазами одновременно такому



ребенку категорически противопоказано. Полезно выполнять упражнения для тренировки амблиопического глаза: вышивание, рисование, игра в мозаику и др. При отсутствии успеха, а также при нецентральной фиксации у детей 6 лет и старше показано комплексное лечение в специальных кабинетах.

При центральной фиксации своевременное лечение, как правило, приводит к повышению остроты зрения. При нецентральной фиксации это удастся не всегда.

К профилактике относится раннее выключение из акта зрения ведущего глаза при монолатеральном косоглазии.

**Обскурационная амблиопия** - это заболевание, развивающееся при патологии, которая приводит к нарушению прозрачности оптических сред глаза: помутнение роговицы, катаракта, деструкция стекловидного тела.

При этом виде амблиопии, помимо ношения заклейки, зачастую применяются **хирургические методы лечения; кератопластика, удаление катаракты, витриоектомия.** Для улучшения зрения используется раздражение сетчатки светом, упражнения для тренировки амблиопического глаза.





Но на значительное улучшение зрения рассчитывать нельзя, так как его понижение обусловлено не только функциональными, но и анатомическими причинами.

**Если ношение очков и заклейки не дали ощутимого результата, то существует комплекс различных стимулирующих процедур.** К ним относятся различные виды засветов, электростимуляция, лазерстимуляция, паттернстимуляция и др.

Все перечисленные методы лечения можно получить в **Краевой офтальмологической больнице**, в кабинетах охраны зрения детей, в специализированных детских садах.

**Еще раз хочется напомнить родителям: своевременно обращайтесь к окулисту, если вы заметили, что ваш ребенок недостаточно хорошо видит или вы обнаружили у него косоглазие.**

**Конечно, в зависимости от природы амблиопии лечение ее может быть разным, направленное на локализацию причины данного заболевания. Чем меньше возраст пациента, тем больше вероятность положительного результата лечения, так как заставить работать сетчатку «ленивого глаза» крайне сложно. И обязательно строго придерживайтесь назначений врача!**

## Новости офтальмологии

### Как уберечь зрение «смолоду»?

**«Что имеем - не храним, потерявши - плачем» - эта поговорка про наше зрение! Действительно, когда мы молоды и зрение хорошее, это остается незамеченным. Но когда зрение ухудшается, то нередко приходится прибегать к помощи глазных врачей, причем добиться прежнего результата уже не представляется возможным.**

Как бы утрата зоркости с возрастом становится невосполнимой. Современные данные статистических исследований говорят о том, что к 65 годам у каждого девятого человека развивается некорректируемое снижение зрения, которое доставляет ему множество страданий и хлопот.

Поэтому Национальный институт заболеваний глаз (США) настоятельно рекомендует каждому человеку выполнять следующие простые правила:

- после сорока лет регулярно проходите профилактические осмотры у глазного врача в отношении возможной потери зрения. Выявление начальных стадий потери зрения важно для предупреждения дальнейшего прогрессирования заболевания;

- в случае выявления расстройств зрения аккуратно и добросовестно выполняйте все предписания врача;

- немедленно сообщайте главному врачу о любых внезапных или необычных изменениях со стороны вашего зрения.

### Катаракта «доживает» последние дни

**Российские ученые выяснили, почему у пожилых людей мутнеет хрусталик, и они разрабатывают лекарство, которое может предотвратить и приостановить этот процесс.**

Клетки хрусталика, как и остальные клетки человека, содержат жиры - липиды. Они окисляются активными формами кислорода, которые образуются в организме в результате самых разных биохими-

ческих процессов. Когда окисленных липидов становится слишком много, хрусталик мутнеет. Обычно от этой беды глаза защищает природный антиоксидант организма, белок L-карнозин. Но с возрастом его становится все меньше.

Казалось бы, если белка не хватает, надо его ввести. L-карнозин открыли еще 100 лет назад. Он содержится в скелетных мышцах всех позвоночных, и получить этот белок в больших количествах - не проблема. Однако если L-карнозин ввести в глаз в виде капель или инъекций, то он расщепляется там за полчаса и не может помешать окислению липидов.

Тут-то и пришел на помощь NAC - устойчивое к расщеплению производное L-карнозина. Это вещество благополучно проходит через роговицу, а затем превращается именно в L-карнозин. Он поступает в клетки хрусталика и окружающие его ткани, где накапливается в таких количествах, что способен помешать окислению липидов. Препарат начинает действовать уже через 15-30 минут. Исследователи считают, что NAC поможет предотвращать и лечить старческую катаракту и не только ее.

### Слепота и галстук

**Привычка туго завязывать галстук на шею может привести к развитию глазных болезней и даже слепоте. Такой вывод сделали американские исследователи Центра лечения ушных и глазных болезней Нью-Йорка.**

Медиками экспериментально было установлено, что завязанный «от души» галстук повышает внутриглазное давление, а это один из основных факторов, провоцирующих глаукому - повреждение зрительного нерва, ведущее к последующей потере зрения.



# ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом

ГУЗ «Краевая клиническая больница»:

Занятие 2

Оксана Васильевна Стефановская, врач эндокринологического отделения;

Инна Александровна Вейцман, врач эндокринологического отделения

## Самоконтроль при сахарном диабете

**Самоконтроль** - это учет больными сахарным диабетом субъективных ощущений (своего состояния), контроль артериального давления, веса тела, сахара крови, мочи, а также режима питания и физической активности с целью принятия самостоятельных решений по коррекции диеты, сахароснижающих препаратов, образа жизни.

В более узком смысле «самоконтроль» - это самостоятельное определение сахара в крови и поддержание его в пределах, близких к норме, то есть натощак - менее 5,5 ммоль/л, в течение дня - до 7,8 ммоль/л. При поддержании нормального уровня сахара в крови, артериального давления не развиваются или развиваются гораздо позже и менее выражены специфические осложнения сахарного диабета (диабетическая ретинопатия - осложнения со стороны глаз, нейропатия - со стороны нервной системы, диабетическая нефропатия - со стороны почек, диабетическая стопа и др.).

По мнению основоположника диабетологии - американского ученого Джослина: «Инсулинотерапия без самоконтроля - это потеря времени и средств».

**С помощью современных методов экспресс-анализа больные самостоятельно могут определять важнейшие параметры обмена веществ с точностью, близкой к лабораторной.**

Имеющиеся методики позволяют контролировать уровень сахара в крови, в моче, ацетона в моче.

Механизм действия всех средств самоконтроля заключается в том, что глюкоза (или ацетон) биологического субстрата (кровь, моча) вступает в реак-

цию с ферментом, нанесенным на тест-полоску, в результате чего, в зависимости от концентрации определяемого вещества, изменяется цвет зоны реакции. Изменение цвета сравнивается с цветовой шкалой на флаконе, где каждому оттенку соответствует определенное значение, так считывается результат с визуальных тест-полосок, либо колебание цвета автоматически улавливает прибор (глюкометр), и на экране высвечивается результат в цифрах.

### Характеристика средств самоконтроля

#### Определение ацетона в моче

**Для этого используются визуальные полоски:** Кетур-тест, Кетоурихром, Кетофан и др.

**В норме - ацетона в моче нет.** Его следует определять у лиц с сахарным диабетом в случае высокой гликемии. То есть, когда в нескольких определениях подряд сахар в крови превышает 14-15 ммоль/л, при сопутствующих заболеваниях с высокой температурой, а также при тошноте, рвоте. Этот вид контроля позволяет своевременно распознать декомпенсацию сахарного диабета с кетоацидозом. **При выявлении положительного ацетона мочи следует обращаться к врачу.**

Хотим отметить, что склонность к кетоацидозу присуща первому типу СД (СД молодых), при втором типе наличие ацетона в моче не характерно, и данные тест-полоски нецелесообразно применять этим лицам. Методика не отличается от отмеченной выше, то есть

на полоску наносится моча, а через определенное время (по инструкции) изменение окраски сравнивается с цветовой шкалой.

#### Определение сахара (глюкозы) в крови

**Используются визуальные тест-полоски:** Диабур-тест, глюкоурихром и др.

**Преимущества:** дешевизна, безболезненность.

**Следует отметить, что в норме у человека сахара в моче нет,** он появляется или фильтруется в том случае, если сахар в крови превышает определенное значение. Это минимальное значение концентрации глюкозы в крови, при котором появляется сахар в моче, называется почечным порогом. Значение его индивидуально, но в среднем показатель гликемии составляет 10 ммоль/л, то есть, если у вас сахар в крови 10,5 ммоль/л, следовательно, у вас появится сахар в моче.

Ориентировочно при сахаре в моче:

- 1 мг% - сахар в крови 11 ммоль/л;
- 2 мг% - 12 ммоль/л;
- 3 мг% - высокий сахар в крови - более 13 ммоль/л.

Идеальный вариант, если вы совместно с вашим доктором установите ваш почечный порог перед проведением самоконтроля по сахару в моче.

**На точность определения глюкозы в моче влияют лекарственные средства:** аскорбиновая кислота, антибиотики - пенициллин, цефалоспорины, рентген - контрастные вещества. Уровень глюкозы в моче изменяется также при выраженных заболеваниях почек, а также при неполном опорожнении мочевого пузыря.



▶ **Следует помнить, что сахар в моче определяется только в свежей 30-минутной моче**, то есть, если вы определяете сахар в моче перед завтраком, то в 7.00ч. следует опорожнить мочевой пузырь и через 30 мин. помочиться вновь, и именно в этой второй порции определить сахар. Таким образом, вы получите сахар в моче в период с 7.00ч. до 7.30ч. и по результатам косвенно оцените сахар в крови, а соответственно, сможете скорректировать терапию и диету на завтрак. Также в 30-минутных порциях мочи следует определять сахар перед другими приемами пищи.

В случае, если вы собираете суточную мочу на сахар и получаете положительный результат, вы не можете точно указать то время, когда сахар в крови превышал почечный порог и попал в мочу, следовательно, невозможно будет провести коррекцию терапии и диеты по часам.

*Методика проведения аналогична предыдущей:* наносится капля мочи на тестовую зону, и по изменению цвета судится о результатах в сравнении с цветовой шкалой.

## Определение сахара (глюкозы) в крови

**Это самый предпочтительный метод самоконтроля, он осуществляется с помощью визуальных тест-полосок (Бетачек, Глюкостикс, Глюкохром-Д и др.) и приборов – глюкометров (Уан Тач Ультра, Бетачек, Глюкотренд, Элит, Акку-чек и др.).**

Для этих методов необходимо взять каплю крови. **Как правильно взять кровь из пальца?** Перед проведением анализа руки вымыть с мылом и высушить, но спиртом не протирать, так как это исказит результат, прокол производится в боковую поверхность концевой фаланги пальца – это менее функциональная зона, а значит, и менее болезненная. Для прокалывания используются специальные ручки (Софтликс, Пенлет, Гиполет), в которые вставляются одноразовые ланцеты. Если нет такой ручки, то запомните следующее: наиболее безболезненным будет взятие крови из пальца в том случае, если вы используете трехгранный ланцет, а не такой, каким пользуются в поликлиниках.

**Перед применением визуальных полосок обязательно изучите инструкцию**, так как после нанесения капли крови на тест-полоску через определенное время ее надо стереть, от точности выполнения методики зависит результат. Затем, по изменению цвета, вы сравниваете с цветовой шкалой на флаконе и получаете диапазон результата в цифрах.

**Преимущества:** относительная дешевизна, возможность разрезать по-доль ножницами и таким образом увеличить количество полосок.

**Отрицательные качества:** требует протирания, четкого соблюдения методики, приблизительное количественное определение

Определение глюкозы крови глюкометрами просто и удобно в обращении, возможность работать с ними даже детям выводит их среди методов самоконтроля на первое место. Методика одинакова для всех приборов и заключается в нанесении крови на полоску, предварительно вставленную в прибор или непосредственно введенную после нанесения крови, и через 30-120 сек. на экране появляется результат сахара в крови.

**Преимущества каждого вида глюкометров:**

○ **Уан Тач Ультра** - самостоятельное всасывание необходимого количества крови поднесенной к пальцу тест-полоской; большой экран; русский язык; магнитная память на 250 результатов; возможность внесения в память дозы инсулина, то есть аналог дневника самоконтроля; гарантия - 5 лет; разъем для подключения к компьютеру; расфасовки тест-полосок по 10, 25, 50 штук.

○ **Бетачек** - небольшой размер; возможность применения одних и тех же тест-полосок как для визуального определения, так и для глюкометра.

○ **Элит** - самостоятельное всасывание необходимого количества крови, поднесенной к пальцу тест-полоской; память на 10 результатов.

**Когда надо измерять уровень сахара в крови?** Проверку необходимо делать перед едой (перед завтраком, перед обедом и перед ужином). Дополнительно нужно контролировать уровень сахара в крови перед сном и во всех случаях ухудшения самочувствия. Вы должны понять, что только ежедневный, многократный контроль уровня сахара в крови поможет вам скорректировать дозы инсулина соответственно вашему образу жизни и режиму питания. **Для достижения оптимального результата необходимо измерять уровень сахара в крови не менее 3-4 раз в сутки.** Если уровень сахара в крови измеряется реже, то течение диабета ухудшается.

Ваша потребность в инсулине может быть установлена только при помощи



дневника самоконтроля, который вам потребуется заполнять ежедневно. В этот дневник заносятся: данные самоконтроля уровня сахара в крови, который вы измеряете перед каждым приемом пищи, количество вводимого инсулина; количество хлебных единиц. Кроме того, есть отдельная графа для записи различных состояний, касающихся сахарного диабета: гипогликемия, появление ацетона в моче, повышение температуры или употребление алкоголя. Все результаты заносятся, а затем анализируются.

**И в заключение следует сказать, что девиз больного СД должен быть - «не жизнь для самоконтроля, а самоконтроль для полноценной жизни».**

*Диабетолог Джослин верил, что в будущем статистика покажет, что пациенты, выполняющие все рекомендации по образу жизни с сахарным диабетом в течение всей жизни, будут жить дольше и будут меньше болеть другими заболеваниями, чем остальное население, не имеющее сахарного диабета. Это связано с тем, что пациенты с сахарным диабетом больше следят за своим питанием, больше занимаются спортом, поддерживают себя в хорошей форме. А значит, и жить будут дольше.*



# Учитесь полноценно жить с сахарным диабетом!

**Тамара Васильевна Харлугина,**  
главный внештатный эндокринолог комитета по здравоохранению г.Рубцовска, заведующая эндокринологическим отделением МУЗ «Городская больница №2», врач I категории

*В городе проблема заболеваемости сахарным диабетом стоит особенно остро. Количество больных с этим диагнозом за 2004 год достигло 2825 человек (для сравнения: в 2002 году – 2783 пациента), это 24,08 человек на 1000 населения. Темпы роста этого заболевания, тяжесть осложнений, высокий уровень инвалидности и смертности, трудности обеспечения лекарствами - превратили диабет из чисто медицинской проблемы в проблему социальную.*

Важность этого вопроса признана на государственном уровне: Президентом подписан указ от 08.05.1996г. «О мерах государственной поддержки лиц, больных сахарным диабетом». Правительство РФ издало одноименное Постановление №647 от 01.06.1996г., утверждена Федеральная целевая Программа «Сахарный диабет», утверждены во всех регионах России свои региональные программы «Сахарный диабет». **Создание городской программы в г.Рубцовске обусловлено современными требованиями к лечению сахарного диабета, как неизлечимого хронического заболевания, распространенность которого с каждым годом увеличивается.** Цель этой программы состоит в улучшении диагностики, лечения и реабилитации больных сахарным диабетом. Это заболевание не настолько безобидно: оно приводит к нарушению всех видов обмена, что, в свою очередь, ведет к появлению ретинопатии, нефропатии, являющихся основными причинами ранней инвалидности и высокой смертности больных.

**Все наши пациенты включены в регистр,** что позволяет планировать лечебную, профилактическую помощь, необходимое обеспечение больных лекарственными средствами, средствами контроля диабета. **В городе работают пять «Школ для диабетиков»,** в них за 2004 год обучено 843 больных (310 - в стационаре, 533 - при поликлиниках), около 50% больных обучаются повторно. Охотно посещают занятия и родственники больных сахарным диабетом.

После занятий в «Школе» больные умеют самостоятельно контролировать свое состояние индивидуальными средствами самоконтроля - глюкометрами и могут проводить профилак-

тику осложнений сахарного диабета, не допускать гипо-, гипергликемического состояния. В результате количество поступивших диабетиков в стационар с кетоацидозом за последние три года резко уменьшилось.

Обеспечение пациентов, больных сахарным диабетом, сахароснижающими препаратами за 2004 год улучшилось. По Федеральному и краевому списку диабетик получает адекватные дозы подобранных препаратов. Нет перебоев с поставщиками инсулина: на 100% обеспечение человеческим генно-инженерным инсулином во флаконах и пенфилах; проведен переход на 100-единичный инсулин.

Обеспечение шприц-ручками в городе недостаточное, ими пользуются лишь 556 человек. За счет помощи фирмы «Эли Лилли» выдано нуждающимся 50 шприц-ручек. По краевой программе в прошлом году поступило 35 инсулиновых шприц-ручек.

**Совместно с отделением медицинской профилактики ведется санитарно-просветительная работа с населением по профилактике сахарного диабета и его осложнений, используются возможности средств массовой информации.** Также проводится обучение медицинского сестринского персонала по вопросам диабетологии; осуществляется консультативная помощь при создании сети специализированных отделов по продаже диетических продуктов.

Для оказания лечебно-диагностической и профилактической помощи, а также обучения больных сахарным диабетом, жителей города и близлежащих районов на базе МУЗ «Городская больница №2» предоставляются 30 эндокринологических коек. **За 2004 год в эндокринологи-**



**ческом отделении пролечено 664 больных сахарным диабетом** (в 2002 году эта цифра была 485), из них 86 человек – жители 12 районов, входящих в Рубцовскую медико-географическую зону.

Мы убеждены, что все эти меры в совокупности уменьшат частоту осложнений диабета, вследствие чего снизится уровень смертности пациентов и первичный выход на инвалидность. Это даст и экономический эффект: экономия расходов на госпитализацию, социальные выплаты и лечение тяжелых осложнений. Но самое главное, что наши пациенты возвращаются к нормальной, полноценной жизни, к своему привычному труду.

## ГИПОГЛИКЕМИЯ

Уровень сахара крови может значительно колебаться в течение суток. **Состояние, при котором сахар крови снижается ниже 3,5 ммоль/л (или ниже 60 мг), называется гипогликемией.** У некоторых детей гипогликемия развивается при сахаре крови 4-4,5 ммоль/л.

Она обычно развивается внезапно. Появляется чувство голода, трясутся руки (или легкая дрожь во всем теле), выступает холодный пот или, наоборот, появляется чувство жара, головная боль, боли в животе, сердцебиение, нарушение ориентации, слабость, вялость. Каждый чувствует гипогликемию по-разному. ▶



**Почему происходит гипогликемия? Снижение сахара наступает вследствие несоответствия количества инсулина и питания:**

- если доза инсулина слишком велика,
- если вовремя не поел,
- если чрезмерно много двигался (плавал, бегал).

### Что ты должен делать при гипогликемии?

Если чувство гипогликемии возникло при ходьбе, беге, занятиях физкультурой, сразу остановись. Не терпи в надежде, что это пройдет само собой! Если есть возможность - определи сахар крови. Съешь 1-2 куска сахара или другие углеводы, которые быстро всасываются (стакан сока, яблоко).

Не следует есть шоколад, сыр, колбасу, пить молоко или кефир - эти продукты быстро не помогут выйти из гипогликемии.

Если сахар в крови при гипогликемии не выровнять, то симптомы гипогликемии будут усиливаться вплоть до развития гипогликемической комы. Развитие комы - это очень опасно, но вы должны не бояться, а просто научиться рано замечать и быстро реагировать на гипогликемию.

### **ВНИМАНИЕ, ВЫСОКИЙ САХАР!**

Уровень сахара в крови может колебаться в любую сторону. Основными признаками высокого сахара являются нарастающая жажда, учащение мочеиспускания, головная боль, тошнота, общая слабость, боли в животе.

Если вы почувствовали повышение сахара, или его симптомы заметили другие, нужно определить уровень сахара в крови и моче, а также - наличие ацетона в моче.

Для снижения высокой гликемии необходимо увеличить дозу быстрого инсулина. Чаще всего подкалывают лишних 2-4 ед. инсулина перед тем или иным приемом пищи. Но этот вопрос необходимо решить совместно с врачом.

Нужно обязательно попытаться выявить причину повышения сахара (если вы больны диабетом недавно, нужно это сделать вместе с врачом).

#### **Причинами могут быть:**

- вы ввели меньшую дозу инсулина;
- слишком много съели углеводов (или просто нарушили диету);
- у вас была стрессовая ситуация (сильно поволновался при написании контрольной работы, поссорился с родителями или с другом);
- вы чем-то заболели (ангиной, гриппом и т. д.).

Высокий сахар крови требует быстрого и правильного изменения дозы инсулина во избежание развития диабетической комы.

## **Больные диабетом теряют память**

**Удивительный прибор придумали питерские физики - сотрудники Государственного оптического института (ГОИ) имени Вавилова. С его помощью пациент сможет без всяких уколов узнать, какова концентрация глюкозы у него в крови, и, если ее много, ввести в кровь дополнительное количество инсулина. Это положительная новость для больных диабетом. А отрицательная - избыточный вес, которым часто страдают больные этой болезнью, приводит к проблемам с памятью.**

Сначала о приборе. По сути, это искусственная поджелудочная железа, состоящая из двух частей. Одну из них, по замыслу ученых, чуть больше батарейки для часов, вживят под кожу, где-то в районе талии. А другую, размером с пачку сигарет, по мере необходимости на нее, грубо говоря, будут снаружи навинчивать.

- Суть нашего метода в том, что он позволяет идентифицировать глюкозу и определять ее концентрацию на фоне большого количества других компонентов крови - по ее, глюкозы, двумерному спектральному образу, - говорит руководитель работы, кандидат технических наук **Владимир Чувашов**. - Метод, который мы разрабатываем, можно использовать для определения глюкозы как в глазной жидкости (это неинвазивный вариант), так и в телесной (имплантируемый вариант).

Итак, небольшой лазер генерирует излучение. В телесном варианте по световоду, то есть отрезку стекловолокна, вживленному в тело, луч лазера направляется под кожу. Там он частично поглощается, частично рассеивается и частично отражается. Что важно - глюкоза в силу строения ее молекул параметры луча несколько изменяет. Измененный свет опять же по волноводу возвращается в устройство, где прибор и определяет концентрацию глюкозы.

А теперь неприятная новость. Гормон лептин, регулирующий аппетит и обмен веществ, вырабатывает жировые ткани, тем самым уменьшая потребность в пище. У людей с ожирением наблюдается избыточное его производство, что, казалось бы, должно предохранять их от пагубного пристрастия к еде.

Однако этого не происходит. Специалисты полагают, что в этом случае речь идет о пониженной чувствительности к лептину.

Результаты исследований, проведенных за последние 10 лет, говорят и о том, что существует определенная связь между плохой памятью и болезнями, связанными с нарушением обмена веществ, ожирением и диабетом в том числе. Аномально высокий уровень лептина может нарушать функцию клеток мозга, уверены английские ученые. Они утверждают, что у диабетиков наблюдаются потеря кратковременной памяти и симптомы, напоминающие болезнь Альцгеймера.

С этим согласен М.Вайнер из Техасского университета. В экспериментах на крысах он показал, что избыток гормона препятствует клеткам мозга реагировать на сигналы. По его мнению, лептин влияет на процесс так называемого долговременного потенцирования, когда нервные клетки становятся более чувствительными к повторяющемуся импульсу. Считается, что это клеточная основа процесса запоминания и обучения.

Вайнер и его коллеги делали инъекции лептина в гиппокамп - область мозга, отвечающую за хранение информации. При этом улучшалось долговременное потенцирование нейронов, что должно повышать способность к обучению. В опытах на клеточной культуре оказалось, что существенное увеличение концентрации гормона - например, в 100 раз - сводит на нет процесс потенцирования.

Итак, не исключено, что избыточный вес ребенка может существенно повлиять на его школьные успехи. Неужели справедливо, что «сытое брюхо к ученью глухо»?



## Совместная акция журнала и Алтайского краевого научного общества кардиологов продолжается

### Школа больных артериальной гипертензией. Научи учителя

Проект осуществляется при поддержке комитетов по здравоохранению и печати и информации администрации Алтайского края.

Более 140 представителей ЦРБ и первичного медицинского звена Красногорского, Кытмановского, Зонального, Косихинского, Первомайского и Троицкого районов приняли участие в семинаре 15 сентября, который прошел в только что отремонтированном Троицком районном Доме культуры.

Участие в семинаре работников первичного медико-санитарного звена, в том числе и имеющих среднее специальное образование, по общему мнению, не просто полезно, а чрезвычайно важно, особенно в рамках намечающейся программы его реформирования. Качественное изменение смысла работы, переориентация ее преимущественно на профилактическое направление в совокупности с существенным изменением условий оплаты труда, безусловно, потребуют новых программно-целевых подходов и непременно дополнительных знаний, в том числе и по методологии профилактической работы.



По инициативе заместителя главы Троицкого района по социальным вопросам **Владимира Михайловича Шарова** прошла рабочая встреча **И.В. Козловой** с представителями учреждений образования, культуры, социальной защиты, работниками библиотек, местных СМИ, а также работниками профильных комитетов администрации, где обсуждались проблемы работы с семьей по формированию установок на здоровый образ жизни на межведомственном уровне.



# Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя

22 сентября «Проблемы терапевтического обучения больных в кардиологии» стали темой очередного заседания Алтайского краевого научного общества кардиологов. Доклады касались методологии, проблем организации работы «Школ больных артериальной гипертонией», «Коронарного клуба», «Школы больных с сердечной недостаточностью на стационарном этапе».

То, что эта тема в практическом аспекте стала предметом обсуждения научного общества, дополнительно подтвердило актуальность проблемы, необходимость организационного прорыва в этом направлении работы.



В зал Топчихинской районной администрации 23 сентября собралось более 90 человек представителей Шипуновской, Алейской, Калманской и Топчихинской ЦРБ, на открытии семинара их приветствовал глава района А.И. Григорьев.



Работники районной библиотеки и службы социальной защиты Топчихинского района в общении с заместителем главы по социальному вопросу Ольгой Тимофеевной Тутыниной, доктором медицинских наук, профессором Галиной Александровной Чумаковой, кандидатом медицинских наук, главным редактором журнала «Здоровье алтайской семьи» Ириной Валентиновны Козловой определяли меру своего участия в территориальной профилактической программе.



Руководители семинара Г.А. Чумакова, И.В. Козлова обсудили задачи, возможности, формы и методы работы сестринского персонала (в широком смысле) в рамках проекта «Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя» на районных конференциях средних медицинских работников в

Троицком и Топчихинском районах, которые прошли при участии Президента Алтайской региональной Ассоциации средних медицинских работников Л.А. Плигиной.



29 сентября акция проследует в Благовещенский район с участием специалистов Родинского, Ключевского, Суевского, Кулундинского районов.

6 октября в Мамонтовский район придут представители Романовского, Ребрихинского, Завьяловского районов.

13 октября в г.Рубцовске семинар пройдет для представителей Рубцовской медико-географической зоны.