

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**На открытии детской стоматологической
поликлиники в городе Бийске**

От редактора



Приоритетный национальный проект в здравоохранении принят

Причин для определения одного из приоритетов в социальной политике, требующего серьезнейшего внимания власти, общества, здравоохранения, достаточно много. На заседании Правительства России среди самых значимых были названы следующие:

- высокий уровень смертности и ее омоложение;
- эпидемическая напряженность по инфекционным заболеваниям, в частности: ВИЧ, СПИДу, гепатиту;
- неблагоприятная ситуация по туберкулезу;
- существенный разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин;
- высокий уровень первичного выхода на инвалидность;
- низкая укомплектованность врачами и медицинскими сестрами первичного звена (участков) по стране - 56%, при резком различии в обеспеченности специалистами между городом и селом (на селе - в 5 раз ниже);

- несвоевременное прохождение специалистами повышения квалификации;
- недостаточная система диспансеризации работающего населения;
- не выполнения Национального календаря прививок, в том числе и по причине недостатка вакцин;
- ветхость и неудовлетворительная оснащенность зданий медицинских учреждений, неудовлетворительная их технологическая оснащенность, причем самым необходимым оборудованием;
- низкая мотивация медицинских работников, в том числе и в связи с неадекватной оплатой их труда;
- недоступность населению высокотехнологичных и дорогостоящих видов помощи.

Думаю, за редким исключением, в большинстве территорий края ситуация именно такова.

Какие меры будут приняты уже в ближайшие два года?

Укрепление первичной медицинской помощи. Это, прежде всего, - укомплектование специалистами терапевтических и педиатрических участков как врачами так и сестрами; создание полноценной службы врачей общей практики (семейных). Чтобы этого достичь, нужно обучить или переподготовить таких специалистов, помимо «органов чувств», вооружить их аппаратурой - УЗИ, ЭКГ, лабораторным, эндоскопическим и рентгенологическим оборудованием. И, конечно, гарантировать им, в зависимости от реальных результатов труда, достойное вознаграждение.

По всем обозначенным Приоритетным направлениям составлен сетевой график мероприятий. В самое ближайшее время мы будем знать, сколько и какой аппаратуры, санитарного транспорта получит каждый район. Каких и сколько препаратов выделено для вакцинации населения и тест-систем для обследования новорожденных, сколько выделено ассигнований на подготовку специалистов, как попасть пациентам в «Лист ожидания» на лечение в специализированные центры, оказывающие дорогостоящие виды лечения, которые не доступны в краевом центре и проводятся только в федеральных клиниках, и т.д. Уже с нового года Территориальным Фондом медицинского страхования с врачами первичного звена будут заключены договоры, оговаривающие порядок выплаты вознаграждений за результаты работы, врачам - 10000 рублей, медицинским сестрам - 5000 рублей.

Все эти реформы подкрепляются реальным финансированием из Федерального бюджета. В 2006 году оно составит 57,9 млрд. рублей, в проекте бюджета на 2007 год рассматривается 87,7 млрд. рублей.

Думаю, и средства будут выделены, и появится аппаратура, и будут для работы на ней подготовлены специалисты, и охват плановой вакцинацией детей и взрослых улучшится, и многое другое обязательно будет изменяться.

ОДНАКО В КАЧЕСТВЕ ПРИОРИТЕТА ОПРЕДЕЛЕНО И УСИЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ через:

- формирование у населения культуры здоровья;
- повышение мотивации к сохранению своего здоровья;
- проведение дополнительной диспансеризации работающего населения.

Самой сложной мне представляется следующей задачей организация неформальной, эффективной и целенаправленной профилактической работы.

Важно, чтобы именно этот участок работы стал приоритетным прежде всего в сознании специалистов-медиков, чтобы, покидая студенческую скамью, они, мечтая стать спасителями человеческих жизней, видели себя не хирургами, реаниматорами (это тоже очень важно, и без этих специалистов пока медицина немислима), а специалистами по профилактике. Ибо высшая эффективность, даже, если хотите, - смысл СИСТЕМЫ здравоохранения не столько в том, чтобы вылечить, а в том, чтобы не заболеть.

Ну и, конечно, мы сами - жители, не зависимо от возраста, социального статуса и прочих обстоятельств, должны научиться думать о здоровье, как об особом и самом престижном стиле жизни. Вот тогда здоровье действительно станет национальным приоритетом, а мы с вами проявим высшее национальное самосознание.

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

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

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова
 тел. (3852) 24-12-87

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

Отдел рекламы - т. 66-96-20
Татьяна Веснина
Инна Гогичаева

Подписано в печать 22.11.2005г.
 Печать офсетная. Тираж - 6000
 экз. Цена свободная.

Фото на обложке - **Юрия Верещагина**
 (фотокорреспондент газеты
 «Бийский рабочий»)

Свидетельство о регистрации СМИ
 № ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-
 ное Сибирским окружным межрегиона-
 лным 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.

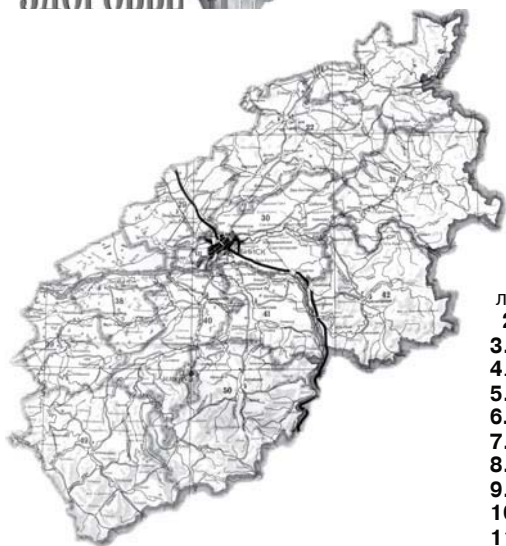
Отпечатано в типографии
 ООО «Алфавит»
 г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
 Тел. (3852) 65-91-18

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

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
 73618**

Содержание

Л.Г. Григоричева. Бийск - организационно-методический и лечебный центр медико-географической зоны	2
Зравоохранение г.Бийска: факты и цифры	3
ДЦ АК	4-5
Мир и медицина	6
А.И. Зорих. Думая о пациентах.....	7
А.В. Кондратьева. Письмо в редакцию	8
С юбилеем тебя, родная больница!.....	9-10
А.Н. Манухин. 20 лет на посту	10
И щитовидная железа отблагодарит вас за заботу!..	11
Переслать деньги? Нет проблем!	12
Б.П. Ситников. Новое в травматологии	13
А.И. Зорих. Оздоровление детей - реальность	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 3). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. «Аллергическая» бронхиальная астма	15-16
О.А. Назарова. Синдром ВЧГ у детей первого года жизни	17
Мир и медицина	18
Бийскому Диагностическому центру - 10 лет	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	21-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Жизнь после родов	25-26
Л.Г. Ковова. Особенности общения медиков с подростками	27
Н.Н. Реутова. И вот ты стала взрослой... ..	28
Н.В. Елисеева. Энтеробиоз - семейная инвазия	29-30
Вкусный пар	31
Г.А. Чумакова. Этот знакомый незнакомец аспирип	32
Е.Е. Жукова. Что делать, если..., или Путеводитель по сердечным проблемам	33-34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. 10 мифов о еде	35-36
Н.М. Медведева. Сколько стоит здоровье?	37
И.Ф. Шевцова. Ищи проблему в себе	38
М.Р. Хаджимуратов. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и рак простаты	39-40
Фен-шуй на кухне	41-42
Синдром усталых ног	42
Т.И. Рыкунова. Не допустить аборта!.. ..	43
А.П. Сердюкова. Рождение здорового ребенка - это возможно!	43
Л.А. Журикова. Возможности коррекции артериального давления у больных сахарным диабетом	44



города: Бийск, Белокуриха;
районы: Алтайский, Бийский, Быстроистокский, Ельцовский, Зональный, Красногорский, Петропавловский, Смоленский, Советский, Солтонский, Солонешенский, Целинный.

БИЙСКАЯ медико-географическая зона

Медицинские отделения, имеющие право

на оказание специализированной медицинской помощи в г.Бийске (Постановление администрации Алтайского края №1 от 11.01.2005г.)

1. Акушерское отделение (для беременных с экстрагенитальной патологией) – ММУ «Центральная городская больница»;
2. детское инфекционное отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
3. кардиологическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
4. неврологическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
5. нейрохирургическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
6. ортопедотравматологическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
7. урологическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
8. челюстно-лицевая хирургия – ММУ «Центральная городская больница»;
9. эндокринологическое отделение – ММУ «Центральная городская больница»;
10. детское хирургическое отделение – МУЗ «Городская детская больница №1»;
11. отделение для новорожденных – МУЗ «Городская больница №1»;
12. отоларингологическое отделение – МУЗ «Городская больница №1»;
13. офтальмологическое отделение – МУЗ «Городская больница №1»;
14. акушерское отделение – МУЗ «Городская больница №2»;
15. гинекологическое отделение – МУЗ «Городская больница №2»;
16. патологоанатомическое отделение – МУЗ «Городская больница №2»;
17. хирургическое отделение – МУЗ «Городская больница №2»;
18. гастроэнтерологическое отделение – МУЗ «Городская больница №4»;
19. пульмонологическое отделение – МУЗ «Городская больница №4»;
20. ревматологическое отделение – МУЗ «Городская больница №4».

БИЙСК -

организационно-методический и лечебный центр медико-географической зоны



**Людмила Григорьевна Григоричева,
председатель комитета администрации города Бийска по
здравоохранению, кандидат медицинских наук**

заболеваний. С учетом рекомендаций Европейского бюро ВОЗ по разработке стратегии профилактики неинфекционных заболеваний **усилия здравоохранения города концентрируются на четырех основных направлениях: сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет.**

Во всех территориальных поликлиниках работают «Школы здоровья» для больных сахарным диабетом, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой. Функционируют Школа по профилактике острых нарушений мозгового кровообращения, Школы для больных ревматоидным артритом, гастроэнтерологических больных и дружные школы. В общей сложности в «Школах здоровья» по-

вышают свои профилактические знания более 10 тысяч человек.

В городе рождается много детей с врожденными пороками сердца и нарушениями сердечного ритма, поэтому в апреле этого года комитетом по здравоохранению **организованы консультации таких детей ведущими специалистами НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН**, который является федеральным центром детской кардиохирургии по Сибирскому федеральному округу. Проконсультированы 120 детей, на оперативное лечение приглашены сорок человек. На сегодняшний день за счет Российского фонда помощи и Министерства здравоохранения и социального развития РФ прооперированы эндоваскулярным методом 25 детей.

- Необходимо отметить проводимую в городе большую работу по формированию у населения установки на здоровый образ жизни и профилактику

Здравоохранение г. Бийска:

факты и цифры

За последние 15 лет здравоохранение города во многом преобразилось в лучшую сторону. Ни одна больница не осталась без внимания. В 1993 году сдан в эксплуатацию 7-этажный корпус МУЗ «Городская больница №4».

С 1995 года функционирует МУЗ «Диагностический центр», где два бассейна, просторный зал лечебной физкультуры и уникальные для города конференц- и концертный залы. У жителей города и закрепленных сельских районов появилась возможность не только провести диагностические исследования с использованием современного оборудования - компьютерный томограф, рентгенологический аппарат «Рентгендиагност», ультразвуковая аппаратура, - но и пройти реабилитацию при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы и других патологиях. Развиваются новые технологии: с августа 2003 года в МУЗ «Диагностический центр» начал работать канал телекоммуникационной связи. Теперь перинатальный отдел Центра имеет возможность проконсультировать беременную женщину с краевыми специалистами, не направляя ее в г. Барнаул. Оборудование для этого кабинета получено из края. Оплата телекоммуникационного канала осуществляется за счет краевого бюджета по программе «Семья. Женщины. Дети».

В 1995 году сдано в эксплуатацию типовое здание МУЗ «Бийский Дом ребенка специализированный» на 120 мест с бассейном и полным набором необходимых помещений, в том

числе для проведения учебно-воспитательной работы, занятий ЛФК, музыкой. Открыт кабинет Монтессори для развития логического мышления детей.

С учетом высокого уровня онкологической заболеваемости, ветхости существующих построек начата реконструкция и строительство онкологического диспансера. В декабре 2001 года сдана первая очередь - спальный корпус радиологического отделения. В настоящее время ведется строительство хирургического корпуса. Окончание строительных работ запланировано на 2007 год.

В мае 2002 года сдан в эксплуатацию кожно-венерологический диспансер на 60 коек. С вводом нового здания появилась возможность открыть детское отделение на 15 коек для лечения кожных заболеваний.

С 2001 года для детей функционирует санаторно-оздоровительный лагерь круглогодичного действия «Чайка», где ежегодно оздоравливается более 1100 детей города Бийска, других городов и районов Алтайского края с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и другими болезнями.

В ноябре этого года сдана в эксплуатацию детская стоматологическая поликлиника (на фото), оснащенная современным оборудованием. Поликлиника предназначена для оказания терапевтической, ортопедической помощи детям с заболеваниями и патологией полости рта.

За 15 лет были приобретены: четыре видеохирургических комплекса, аппараты ультразвуковых исследований, рентгенологические аппараты, биохими-



ческие анализаторы, дезкамеры, кардиоанализатор с компьютерной обработкой, линейный ускоритель, стоматологические установки и многое другое.

Немало сделано в здравоохранении города, но предстоит еще больше: это развитие информационных систем, стационарзамещающих технологий, замена устаревшего и приобретенного нового медицинского оборудования, открытие отделения для больных с хронической почечной недостаточностью и многое другое.

Проблем много, но у нас замечательный коллектив врачей, настоящих специалистов своего дела, средних медицинских работников, и мы не боимся трудностей.



В 23 лечебно-профилактических учреждениях города с коечной сетью **2414 коек** трудятся более **5 тысяч человек**, из них - **794 врача, 2428 средних медицинских работников.**

13 врачей имеют звание «Заслуженный врач РФ», **один медицинский работник** - «Заслуженный работник здравоохранения», **34 человека** награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения».

63% врачей и **45,3% средних медицинских работников** имеют квалификационные категории.

В 2004 году повысили профессиональный уровень **179 врачей** и **376 средних медицинских работников.** Врачи обучаются в ГиДУВах, на выездных циклах; средний медперсонал - на базе Бийского медицинского училища, а также на выездных циклах, организованных Новоалтайским медицинским училищем.

В поликлиники города сделано за год более **2 млн. посещений.** Стационарную помощь в течение года получили **66374 человека.**

Из общего числа пролеченных в межрайонных отделениях **24%** составляют сельские жители.

Общее количество межрайонных учреждений и отделений - **20.**



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Современные представления о диетотерапии артериальной гипертензии

Среди многих причин артериальной гипертензии (АГ) одной из основных является нарушение питания. Увеличение степени риска развития болезни связано с повышенным содержанием в пище животного жира, поваренной соли, высокой калорийностью пищи и недостаточным потреблением пищевых волокон, витаминов и микроэлементов. Эти факторы входят в число тех, с которыми можно и нужно бороться, чтобы предотвратить прогрессирование АГ, потерю трудоспособности, снижение качества жизни, развитие атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) с их возможными осложнениями (инфаркт, инсульт и др.).

**Инна Петровна Селезнева,
заместитель главного врача по
экспертизе, врач-кардиолог 1-ой
квалификационной категории,
КГУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»**

Важнейшим условием коррекции всех звеньев патогенеза АГ с помощью диетотерапии является максимальная адаптация химического состава рациона к особенностям нарушения обмена веществ при данной патологии. Оптимальное соотношение углеводов, белков и жиров должно составлять 50-55%, 12-14% и 20-30% по калорийности соответственно.

Известно, что избыточная масса тела и ожирение являются важными алиментарно корригируемыми факторами риска ССЗ. Наличие избыточной массы тела и ее степень можно определить по индексу массы тела (ИМТ), величина которого рассчитывается по формуле: масса тела (кг)/рост (м)². Играет роль и характер распределения жировых отложений. Более неблагоприятное значение относительно риска ССЗ имеет «мужской», или абдоминальный, тип ожирения, характеризующийся преимущественным отложением жира в области живота. **Калорийность диеты, нарушение энергетического баланса организма оказывают выраженное влияние на уровень артериального давления (АД).**

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийной диеты, сбалансированной по основным пищевым веществам. У людей с ИМТ=25-30 степень редукции калорийности может быть

сведена к 1700-2000 ккал/сут за счет сокращения потребления легкоусвояемых углеводов (сахар и сладости) с назначением разгрузочных дней 1 раз в неделю. При этом целесообразно повышение физической активности (бег, ходьба, плавание и т.д.). Конкретные индивидуальные рекомендации по уровню физической активности у пациентов с ИБС и АГ, а также у людей старше 35 лет с наличием факторов риска ССЗ, наследственной предрасположенностью к ИБС и АГ возможны только после оценки толерантности к физической нагрузке (велоэргометрия, проба на тредмиле, другие нагрузочные пробы). У людей с ожирением (ИМТ>30) целесообразна редукция калорийности до 1500-1700 ккал/сут с назначением разгрузочных дней 1-3 раза в неделю.

Примерные варианты разгрузочных дней:

- 1. яблочный:** 1,5кг яблок на 5 приемов пищи;
- 2. творожный:** 500г нежирного творога, 450-500г нежирного кефира (или молока) на 5 приемов пищи;
- 3. кефирный (молочный):** 1,5л нежирного кефира (молока) на 5 приемов пищи;
- 4. мясной:** 300г отварного постного мяса без соли с гарниром из капусты или других овощей, 250-750 мл жидкости без сахара на 5 приемов пищи;

5. салатный: 1,2-1,5кг свежих фруктов или овощей с добавлением растительного масла (без поваренной соли) на 5 приемов пищи.

При избыточной массе тела, сопутствующей АГ, **в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия** (урюк, фасоль, морская капуста, чернослив, изюм, горох, картофель) и магния (отруби, морская капуста, овсяная крупа, урюк, фасоль, чернослив, пшено, орехи), и ограничено содержание поваренной соли.

У пациентов с АГ, имеющих нормальную массу тела, калорийность рациона должна соответствовать физиологическим потребностям с учетом возраста, пола, уровня энерготрат и составлять в среднем **2000-2400 ккал/сут.**

Оптимальное содержание белка в рационе больных АГ с нормальной массой тела составляет **80-90 г/сут**, при этом количество животного и растительного белка должно быть приблизительно равным. **Источниками животного белка** в диете больных АГ являются нежирные сорта мяса, рыбы, птицы, молочные продукты (с пониженной жирностью), яйца (преимущественно яичный белок), растительного - крупы, хлебобулочные изделия, зерновые, бобовые (особенно соевые продукты).

Высокая биологическая ценность **соевого белка** (в два раза выше, чем



других растительных белков), сбалансированность его по аминокислотному составу, широкий спектр витаминов и минеральных веществ, наличие минорных биологически активных компонентов (изофлавоны, сапонины и др.) обуславливают гиполипидемическое, антиоксидантное, гипогомоцистеинемическое, антигипертензивное и тромболитическое действие продуктов переработки сои. Однако более выраженный гиполипидемический эффект достигается при сочетании в пище животного и растительного белка. Дефицит незаменимых аминокислот в пище (при употреблении преимущественно растительного белка), неблагоприятно отражается на уровне липидов в сыворотке крови.

Оптимальным уровнем поступления фосфолипидов с пищей считают **5 г/сут.** Фитостерин и фитостеролы содержатся в соевом, кокосовом, рапсовом масле, масле семян хвойных деревьев и др.

Для больных АГ оптимальным считается **поступление углеводов** в количестве, составляющем **50-55%** общей калорийности диеты. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам: зерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

Широкое включение в диету овощей, фруктов, зерновых позволяет полностью удовлетворить потребность организма в **пищевых волокнах**, которая составляет 30-50 г/сут.

Необходимо включать в диету продукты, являющиеся **источниками витаминов** и, прежде всего, витаминов-антиоксидантов - А, Е, С, бета-каротина. *Источниками витамина Е* являются растительные масла (соевое, подсолнечное, кукурузное и т.д.), орехи, семечки, бобовые и т.д. *Источниками витамина С* служат разнообразные овощи и фрукты. Морковь, сладкий перец, петрушка, цитрусовые и яблоки богаты **бета-каротином**. Большое значение имеет дефицит в организме **водорастворимых витаминов**, особенно витаминов группы В. **Витамин В6** достаточно широко распространен в пищевых продуктах, особенно в печени, мясе, некоторых видах рыб, бобовых, гречневой крупе, пшенице, дрожжах, молоке, овощах. *Источником витамина В12* служат продукты животного происхождения: мясо, печень, почки, некоторые виды рыб, продукты моря. *Содержание фолиевой кислоты* высоко в муке грубого помола и хлебобулочных изделиях из этой муки, в гречневой и овсяной крупах, сое, фасоли, цветной капусте, зеленом луке.

Развитию дефицита минеральных веществ способствует, в частности,

широкое употребление в пищу рафинированных продуктов. Особенно большое значение при АГ имеет патогенетическая сбалансированность потребления натрия и калия. Дисбаланс этих элементов в организме сопровождается, наряду с нарушением функций различных органов и систем, существенным изменением гемодинамики.

Для обеспечения физиологических потребностей человека в **натрии** достаточно того количества, которое содержится в натуральных продуктах питания (**2-3г**). А количество **калия** может быть увеличено до **5-7 г/сут** за счет включения продуктов, богатых калием: мяса, картофеля, круп, молока, овощей и фруктов.

Дефицит **кальция** в пищевом рационе сопровождается нарастанием АГ. Наилучшим его источником являются молоко и молочные продукты. Оптимальное усвоение кальция происходит при соотношении кальция и фосфора в рационе питания 1:1. При дефиците **магния** происходит активация отложения кальция в сосудах, сердечной мышце и поч-

ная мука грубого помола, мясо, бобовые, перловая и кукурузная крупы.

Обеспечение потребности в **марганце (5-10 мг/сут)** при ИБС и АГ необходимо в связи с его участием в углеводном и липидном обменах. Основными источниками марганца в пище являются орехи, зерновые и бобовые продукты, чай, кофе.

В диетотерапии больных АГ следует предусмотреть поступление **йода до 0,5 мг/сут.** Известна важная роль этого микронутриента в регуляции липидного обмена. Существенным источником йода являются морские продукты: морская рыба, креветки, трепанги, мидии, морская капуста.

Основными источниками поступления **цинка**, играющего важную роль в обменных процессах, являются мясо, птица, твердые сыры, орехи, креветки. Рекомендуемая доза потребления цинка составляет **15 мг/сут.**

В эпидемиологических исследованиях отмечена обратная корреляция между уровнем **селена** в плазме крови и риском развития ИБС и атеросклероза. Рекомендуемая доза селена для больных ССЗ равна **50-60 мкг/сут.**

Все блюда, применяемые в диетотерапии больных АГ, готовятся без добавления соли. Гипонатриевые рационы можно применять длительно. Для улучшения вкусовых качеств продуктов и блюд можно использовать зелень (петрушка, укроп, кинза), чеснок, лук, хрен, которые обогащают рацион витаминами и минеральными солями.

После отваривания мясо и рыбу можно подвергать другой кулинарной обработке - запеканию, тушению и т.д., кроме жарения. Разрешаются 1-2 раза в неделю костный бульон и «вторые» бульоны. Тепловую обработку блюд следует проводить при умеренном нагревании. Присутствие воды уменьшает повреждение белка при интенсивном нагревании. При отваривании мяса, птицы и рыбы содержащийся в них жир плавится и переходит в бульон, при этом мясо теряет 40%, а рыба - 50% жира.

Овощи, фрукты и ягоды необходимо употреблять преимущественно в свежем виде. Резко ограничиваются или полностью исключаются консервы, колбасные изделия.

Очень важно обеспечить больным АГ правильный режим питания. Рекомендуется 4-6-разовый прием пищи небольшими по объему порциями, с правильным распределением пищевых веществ и калорийности в течение дня, с последним приемом пищи за 2-3 ч до сна.

Длительное, в течение многих лет, соблюдение больными АГ основных принципов диетического питания значительно улучшает прогноз болезни и повышает их трудовую активность, уменьшает риск повторных ССО, заметно улучшает качество жизни и общее самочувствие, а применение медикаментозной терапии на фоне диетического лечения повышает ее эффективность.

Обычный рацион, содержащий разнообразные растительные продукты полностью удовлетворяет физиологическую потребность в магнии (**300-450 мг/сут**). В специализированных «магневых» рационах содержание его увеличивается за счет включения таких продуктов, как арбуз, морковь, свекла, красный перец, черная смородина, морская капуста и т.д.

Биологическое значение **хрома** связано с его участием в углеводном и липидном обмене. Дефицит хрома в пище сопровождается повышением уровня ХС в крови и ростом смертности от АГ. Защитная роль хрома объясняется его гипогликемическим и гиполипидемическим действием, способностью препятствовать отложению липидов в сосудистой стенке и формированию атеросклеротической бляшки. Смешанный рацион удовлетворяет минимальную физиологическую потребность в хrome (**0,2 мг/сут**). Основные источники хрома: пекарские дрожжи, ржаная и пшенич-

**Телефоны регистратуры КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»: (3852) 26-17-60; 26-17-67; 26-17-76
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а**

Думая о пациентах...

(Приглашаем к разговору)

Александр Иванович Зорих,
главный врач МУЗ «Городская больница №4»,
г. Бийск

На 1 января 2005 года, на момент вступления в силу Федерального закона №122 «О монетизации», на участке обслуживания городской больницы №4 г. Бийска было зарегистрировано около 5000 федеральных льготников. Это повлекло за собой определенные затруднения и сложности. Так, в течение первых трех месяцев льготные рецепты выписывались вручную, что привело к увеличению времени приема одного больного и снижению функции врачебной должности на 11%. В поликлинике появились огромные очереди льготников, доступность медицинской помощи остальным категориям граждан значительно снизилась.

Все это заставило нас искать пути исправления ситуации. Силами программистов ИВЦ больницы была разработана программа для автоматизации работы с федеральными льготниками.

В регистратуре больницы были установлены два компьютера, на которых производится **централизованная выписка талона амбулаторного пациента** по информации, заложенной в базе данных федеральных льготников. На эту процедуру требуется не более минуты, что позволило ликвидировать очереди в регистратуру.

С талоном больной обращается к врачу, который **вносит в графу «диагноз» шифр заболевания по МКБ-10, а в графу выписанных медикаментов - код лекарственного средства**, что намного упрощает заполнение талона. Когда у медикаментозного препарата нет кода, рецепт выписывается вручную (это 12-14% от общего числа всех выписываемых рецептов).

Уже с заполненным талоном пациент обращается в специально выделенный **кабинет для выписки рецептов**, где также установлены компьютеры, связанные с регистратурой. Оператор вводит диагноз по шифру, а лекарственный препарат - по коду, и рецепт распечатывается на принтере. Чтобы было возможно контролировать количество выписанных данному пациенту рецептов, в программу введена защита: четыре рецепта в день и десять рецептов в месяц от всех врачей, у которых пациент был в этом месяце. На



экране монитора выводится специальное окно с данной информацией о каждом льготнике.

На этапе распечатки рецепта мы столкнулись с неожиданными трудностями: бланки рецептов отпечатаны на специальной бумаге, и на принтерах с нижней загрузкой захват бланков не происходит вообще или же захватывается несколько листов одновременно. Поэтому для печати мы стали использовать принтеры с верхней загрузкой, при этом разделяя бланки и печатая их по одному. И даже при такой кропотливой, за счет этого - непроизводительной, работе происходит брак.

Решить проблему выписки рецептов на существующих в настоящее время бланках мы пытаемся с помощью нового принтера с высокой скоростью печати.

Тем не менее, **уже сейчас можно сказать, что автоматизация работы с федеральными льготниками позволяет снизить нагрузку на медицинский персонал; заметно сократить время пребывания пациента в поликлинике; устранить индивидуальные ошибки персонала при выписке рецептов; объективно контролировать количество выписанных рецептов.** Также немаловажен тот момент, что **вся информация, заложенная в талоне и рецепте, сразу выводится на все отчетные формы,**

что позволяет сократить количество персонала для обработки информации и в любое время иметь данные о состоянии дел.

Но в то же время существуют и **определенные проблемы.** Так, используемые рецептурные бланки не подходят для печати на лазерных принтерах, поэтому, основываясь на опыте медицинских учреждений Кемеровской области, наиболее разумно использовать бланки формата А-4 с плотностью бумаги 80г на кв.м, подходящие для печати на любом принтере. Всем лекарственным средствам, утвержденным в реестре для федеральных льготников, необходимо присвоить коды, это позволит полностью автоматизировать процесс выписки рецепта. Необходимо также полностью автоматизировать связь с аптекой, чтобы работа проходила на идентичных программах и с идентичными кодами лекарственных средств (в настоящее время они - разные).



Бароотделение
городской больницы №4

Письмо в РЕДАКЦИЮ

«Моему 6-летнему сыну врач-дерматолог поставил диагноз «микроспория». Расскажите, пожалуйста, об этом заболевании поподробнее, о методах его лечения, причинах и мерах профилактики, чтобы не допустить повторного возникновения болезни».

К., г.Бийск

На вопрос читательницы мы попросили ответить врача-дерматовенеролога Бийского кожно-венерологического диспансера Анастасию Валерьевну Кондратьеву

- В настоящее время микроспория - самый распространенный микоз у детей, что связано с особенностями детской кожи. **Микроспория - это грибковое заболевание с поражением волос, гладкой кожи, ногтей, вызываемое грибами рода *Microspore*, которые устойчивы к повреждающим факторам внешней среды, а также к различным антимикотическим препаратам.** Они сохраняют жизнеспособность в волосах до 10 лет, в чешуйках кожи - до 7 лет.

Основной путь заражения - **через кошек, особенно котят** (в 70-80% случаев), реже - собак. Особенно часто микроспорией болеют **кошки светлых мастей и тигрового окраса.** К редким животным, болеющим микроспорией, относятся обезьяны, тигры, львы, дикие и домашние свиньи, лошади, овцы, серебристо-черные лисы, кролики, крысы, мыши, хомяки и другие мелкие грызуны, а также домашние птицы. Заражение также возможно от больного микроспорией человека (3-10%).

Инфицирование происходит непосредственно от больного животного во время игры, мытья, когда его греют под рубашкой, пускают в свою постель, через инфицированные от него предметы окружающей среды. В домашних условиях - это постельное белье, полотенца, одежда, головные уборы, уборочный инвентарь, подстилки для животных и предметы ухода за ними. В подъездах домов и дворах - это околodверные коврики, пыль лестничных клеток, чердаков и подвалов, площадки мусоросборников, песок детских песочниц, вода мелких водоемов. В парикмахерс-

ких - это машинки для стрижки волос, ножницы, расчески, бигуди, фены, кисти для мытья. В детских учреждениях - это игрушки, полотенца, головные уборы, белье, книги.

Сезонность болезни обусловлена заболеваемостью микроспорией у кошек и собак и **увеличением контактов детей с ними в летний период.** Также прослеживается связь заболеваемости с циклами солнечной активности, т.е. каждые 10-11 лет.



Инкубационный период болезни составляет 5-7 дней: на коже появляются бледно-розовые шелушащиеся пятна, по периферии каждого - валик из мелких пузырьков. На верхней части головы образуются очаги обломанных волос, каждый очаг покрыт серыми чешуйками.

Самолечение приводит к распространению инфекции, поэтому ставит диагноз и назначает лечение только врач!

К мерам профилактики микроспории относятся **своевременное выявление, изоляция и лечение заболевших этим микозом детей:** проводятся их осмотры не реже двух раз в год - до и после летних каникул. Заболевшего ребенка изолируют от других детей и направляют к микологу в кожно-венерологический диспансер. Все вещи больного подлежат дезинфекции. В квартире, где был больной котенок, дезинфекция проводится с помощью 5%-ного раствора хлорамин-а хлорной извести.

Помните, что нельзя допускать животных, особенно кошек и собак, в постель, греть их под своей одеждой. После игры с ними следует сразу же вымыть руки теплой водой с мылом. Особенно опасен контакт с бродячими животными. Объясните эти простые правила детям. Они должны иметь строго индивидуальную постельную принадлежность, белье, расчески, заколки и т.д.



С юбилеем тебя, родная больница!

В ноябре этого года самое крупное детское лечебно-профилактическое учреждение г.Бийска - городская детская больница - отмечает 70-летний юбилей со дня своего образования.

Рассказывает **Елизавета Сергеевна Чеснакова**, главный врач МУЗ «Городская детская больница» г.Бийска, врач высшей квалификационной категории, Отличник здравоохранения:

- Первое упоминание в архивных документах города о детской больнице датировано 28 июня 1935 года. Именно в этот день на заседании секции Бийского Горсовета было принято решение об открытии детской больницы.

В 30-е годы это была маленькая больница, расположенная в непригодном старом доме.

Из архива

«Приказ №154 от 2.11.1935г. Врач Спицин Иннокентий Иннокентьевич назначается заведующим вновь открываемой детской больницы с первого сего ноября с сохранением за ним должности врача терапевта в детской профамбулатории».

В тех 30-х годах детское население города получало амбулаторную помощь в детской консультации, которая об-

служивала детей до трех лет, и в детской амбулатории по обслуживанию детей от трех до 18 лет.

В штате детской консультации в 1935 году было 4 участковых педиатра, 1 консультант-фтизиатр, 3 патронажные медсестры, 1 медсестра молочной кухни.

Детская консультация №1 обслуживала детей Центрального района, разделенного на 4 педиатрических участка, а также ясли №8. Молочная кухня работала с мощностью 10 тысяч порций ежедневно.

В детской профамбулатории в 1935 году вели прием пять врачей и пять спе-

циалистов среднего персонала. Они обслуживали 12500 школьников, 1000 воспитанников детских садов и 395 детей из детского дома.

На каждый участок, обслуживаемый одним педиатром и одной медсестрой, которая работала на два соседних участка, приходилось до 2,5 тысяч детского населения.

Шли трудные годы становления... Сменялись главные врачи. С 1964 по 1974гг. больницей заведовала врач-педиатр, Отличник здравоохранения **Людмила Дмитриевна Ястрожинская**. С 1974 по 2000 годы возглавляла славный дружный коллектив детской больницы выпускница Бийского медицинского училища, а затем и Алтайского государственного медицинского института, Отличник здравоохранения, заслуженный врач РСФСР, депутат Верховного Совета СССР созыва 1990-1993 гг., человек, прошедший путь от заведующей фельдшерско-акушерским пунктом до главного врача, - **Людмила Михайловна Зайцева**. Это - требовательный организатор, заботливый, умелый воспитатель.

Сегодня, спустя 70 лет со дня образования, МУЗ «Городская детская больница» г.Бийска - это крупное лечебно-профилактическое учреждение, объединяющее стационар, поликлинику и молочную кухню.

Из 63 врачей, работающих в больнице, восемь имеют высшую квалификационную категорию, 32 врача - первую и вторую категории. В учреждении работают три Отличника здравоохранения, один врач имеет почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Стационар детской больницы, рассчитанный на 170 коек, обслуживает все детское население города и 12 близлежащих районов, так как отделения патологии новорожденных и хирургии имеют статус межрайонных отделений.

Все заведующие отделениями стационара - опытные врачи, имеющие высшую квалификационную категорию и являющиеся главными специалистами города. Это - заслуженный врач РФ **З.И. Каршева** (отделение патологии новорожденных, включающее

Из книги приказов детской больницы

«Приказ №3 от 29 ноября 1935г. Штат больницы считать в следующем составе: заведующий больницей - врач Спицин И.И. (с 1 ноября 1935г.); заведующий хозяйством - Зыкин И.А. (с 11 ноября 1935г.), далее всего 16 человек: 2 фельдшера, 3 медсестры, 6 санитарок, повар, уборщица, сторож».



II этап выхаживания недоношенных), **А.М. Языков** (отделение хирургии), **С.В. Мурасов** (отделение анестезиологии и реанимации), **С.А. Акимова** (педиатрическое отделение №1).

В структуру больницы входят вспомогательные лечебно-диагностические подразделения, которые оснащены современным оборудованием: это - клинично-биохимическая лаборатория, рентгенологический кабинет, отделение функциональной диагностики, кабинет эндоскопии, физиоотделение, кабинет массажа, стоматологический кабинет.

Наши пациенты при необходимости получают квотируемые талоны в Диагностический центр для прохождения необходимых специальных исследований: ЭЭГ, РЭГ, КИГ, компьютерная томография.

Район обслуживания поликлиники охватывает 23 тысячи детей, а это - половина всего детского населения города. Возглавляет поликлинику заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе, врач высшей категории, Отличник здравоохранения **Л.П. Сидорова**. В поликлинике ведут прием специалисты по 16 специальностям.

Учитывая большую территориальную протяженность обслуживания - более 30 км, - для удобства населения поликлиника размещается в трех зда-



Коллектив городкой детской больницы, г.Бийск

ниях: одно находится в центральной части города и два размещены в приспособленных зданиях в заречной части. Кроме того, работают два здравпункта в нагорном районе города.

За 2004 год в стационаре было пролечено 4532 больных, проведено 916 операций, в поликлинике выполнено 296875 посещений, поставлено 32777 прививок. Также за прошлый год были проведены: 18791 ультразвуковых и 11406 рентгенологических исследова-

ний; выполнено 316330 общеклинических, 255819 биохимических анализов. Молочной кухней в 2004 году отпущено 1140600 порций.

Пользуясь случаем, хочу поздравить коллектив бийской городской детской больницы с юбилеем и от души пожелать всем здоровья, благополучия, успехов в труде, доброты, отзывчивости к нашим пациентам, к их родителям, бабушкам и дедушкам и обратного взаимопонимания!

20 лет на посту

Александр Николаевич Манухин,
главный врач МУЗ «Центральная
городская больница», г.Бийск

Центральная городская больница - крупнейшее лечебное учреждение города и Бийской мезо-географической зоны. В состав больницы входит стационар на 695 коек и поликлиника на 800 посещений в смену.

Первое отделение ЦГБ, которое впервые приняло больных в 1984 году, было инфекционное. За 1987-1988 годы открылись еще 12 отделений, причем девять из них являются межрайонными для жителей Бийской мезо-географической зоны. В стационаре и в поликлинике больные имеют возможность получить квалифицированную медицинскую помощь по урологии, эндокринологии, нейро-

хирургии, челюстно-лицевой хирургии, кардиологии, травматологии, хирургии, акушерству, гинекологии и многим другим специальностям. Больница круглосуточно принимает жителей города Бийска и 12 прилегающих сельских районов.

Благодаря хорошей лечебно-диагностической базе (наличие клинической, иммунологической, бактериологической лабораторий, отделения лучевой диагностики (рентген и УЗИ), эндоскопической службы, эндоскопии для производства эндоскопических операций в хирургии, гинекологии, урологии, травматологии, отделения гемодиализа «искусственная почка») **ежегодно в стационаре**

пролечиваются около 24 тысяч человек, производится 9-10 тысяч операций.

Можно с уверенностью сказать, что кадровый потенциал больницы достаточно высокий. У нас работает много молодых талантливых специалистов, которые постоянно внедряют в практику новые методы лечения и обследования, технологии, позволяющие добиться высоких показателей работы. Всего в больнице трудятся **148 врачей**, из них **109 специалистов имеют квалификационные категории; 464 аттестованные медицинские сестры**. Приятно, что в нашем коллективе успешно работают несколько семейных врачебных династий.



Новое в травматологии

Борис Павлович Ситников,
заведующий травматологическим
отделением, МУЗ «Центральная
городская больница», главный
травматолог г.Бийска,
заслуженный врач РФ

До 1987 года травматологическое отделение располагалось в городской больнице №4, впоследствии оно переведено в Центральную городскую больницу г.Бийска. В 1989 году на базе отделения был открыт травматологический пункт.

Коллектив и отделения, и травмпункта ежедневно оказывает круглосуточную помощь травматологическим больным г.Бийска и районов края.

В травматологическом отделении ежегодно пророчиваются до 1,5 тысяч больных, проводится до тысячи различных операций. Врачи отделения, которые все имеют высшую квалификационную категорию, широко используют компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Елизарова и другими модификациями аппаратов, металлоостеосинтез металлоконструкциями с памятью формы сплавами из никелид-титана. Также в отделении осуществляют внутрикостный и накостный металлоостеосинтез конструкциями АО зарубежных и отечественных производителей, различные виды ауто- и гомокостной пластики; проводят все виды операций при повреждениях и заболеваниях суставов, сумочно-связочного аппарата и сухожилий.

В этом году благодаря приобретению артроскопа появилась возможность малоинвазивного хирургического вмешательства на суставах. Уже произведено 25 диагностических артроскопий. В ближайшее время планируем приобрести дополнительный инструментарий, что позволит проводить эндоскопические операции на суставах в полном объеме.

Наряду с оперативным лечением в отделении проводится и консервативное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов с применением современных препаратов и в полном объеме доступного физиолечения.

За десять лет в отделении проведено 30 операций эндопротезирования тазобедренного сустава с хорошими отдаленными результатами. К сожалению, в настоящее время из-за финансовых затруднений эти операции временно приостановлены.



Интересный ФАКТ

Треть россиян недоедает, а половине нужно худеть

Российские ученые на Всероссийском конгрессе «Оптимальное питание – здоровье нации» пытаются вновь донести до общества простую мысль о том, что наше здоровье напрямую связано с содержимым кошелька и головы одновременно.

- Правильное питание – это основа здоровья человека, - в который раз повторяет директор НИИ питания РАМН академик РАМН Виктор Тутельян. – А оно, в свою очередь, зависит от трех составляющих: качества продуктов питания, их доступности и уровня знаний людей о том, какое питание является правильным и здоровым.

В модной теме здорового питания множество горячих точек – биологически активные добавки, генетически модифицированные продукты, новые технологии пищевой индустрии (улучшители вкуса, красители, эмульгаторы, консерванты и др.), наконец, самые невероятные диеты... К сожалению, к рекомендациям ученых в этой области мы прислушиваемся куда реже, чем к советам модных персон.

Но большую часть общества волнует совсем другой аспект темы питания. По оценкам специалистов, значительная часть россиян просто недоедает или питается картофелем и хлебом, недополучая ценные белки, витамины, микроэлементы. От этого страдает здоровье, развиваются недуги, рождаются ослабленные и больные дети.



Избыточным весом и ожирением в России страдают 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет. Это фактор риска №1 в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, диабета 2-го типа и многих других болезней. **Дефицит веса врачи отмечают у 30% юношей-призывников. Более чем половине населения не хватает витаминов:** 70-100% - витамина С, 60-80% - витаминов группы В и фолиевой кислоты, 40-60% - бета-каротина (предшественника витамина А). Дефицит важных минеральных веществ и микроэлементов (кальция, железа, йода, селена, фтора, цинка и др.) еще больше.

В сентябре т.г. правительство прислушалось к рекомендациям науки и внесло изменения в потребительскую корзину россиян: нормы потребления свежих фруктов увеличены на 30%, мясо и мясопродуктов – на 20%, молока – на 10%. Нормы потребления хлеба, макаронных изделий, муки, крупы и картофеля уменьшены на 11-12%.

Оздоровление детей - реальность

Владимир Александрович Зорих,
главный врач МУЗ «Городская больница №4»,
г.Бийск

Санаторно-оздоровительный лагерь круглогодичного действия «Чайка» расположен в тридцати километрах от города Бийска в живописном сосновом бору. Открылся он в феврале 2001 года.

Лагерь создавался для оказания помощи семье в воспитании и оздоровлении детей, обеспечения проведения реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий, адаптации к жизни в обществе, социальной защиты и разностороннего развития детей, нуждающихся в лечении.

В лагере работают **9 врачей, 17 медсестер, 24 педагога.** В штатном расписании предусмотрена должность **психолога**, который после проведения тестирования проводит индивидуальную психологическую реабилитацию детей. **Работа сотрудников лагеря «Чайка» направлена** на максимальное укрепление здоровья детей, восстановление после перенесенных ими заболеваний, предупреждение развития хронических форм за счет повышения функциональных возможностей и резервов растущего организма, снижение детской заболеваемости, медицинская, психологическая и педагогическая реабилитация поступающих детей. **А в конечном итоге наша цель - уменьшение количества детей с патологией опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы и нервной системы, являющихся самыми распространенными болезнями среди детей.**

Режим дня построен так, чтобы школьники могли максимально долго пребывать на свежем воздухе, где проводятся уроки, внеклассные мероприятия, устраивается большая перемена.

Прием детей и назначение лечения осуществляют ведущие специалисты города Бийска: **невролог, физиотерапевт, реабилитолог.** Для оказания неотложной помощи организованы круглосуточные дежурства педиатров.

Эффективность медицинской реабилитации детей в лагере достигает 80-90%.

Процедуры, которые определены курсом лечения, планируются для каждого ребенка индивидуально и при согласовании с расписанием занятий. С сентября по май в лагере «Чай-



ка» проводится **обучение детей по основным предметам начального образования.** Обучение ведется по всем принятым в России программам опытными педагогами первой и высшей категорий.

Оздоровление детей в лагере построено на нормализации режима бодрствования и отдыха; режима и сбалансированности питания; активного отдыха на свежем воздухе; физиотерапевтических процедур; лечебного массажа; ЛФК; термотерапии (сауна); витаминотерапии. По назначениям врачей дети получают медикаментозное лечение, а в летнее время широко используются купание и солнечные ванны.

Три недели дети находятся под присмотром добрых и внимательных **воспитателей.** Групповые и индивидуальные занятия с опытным **психологом** помогают детям быстро адаптироваться в лагере и завести себе новых друзей. Ребята становятся участниками увлекательных и познавательных конкурсов и соревнований с вручением призов и подарков. Все мероприятия проводят энергичные и талантливые старшие друзья детей - **вожатые.** Заводной **ди-джей** может выполнить любые музыкальные заявки и показать любимый фильм в кинотеатре.

В лагере организовано **шестизачное питание** детей, в котором ежедневно присутствуют овощи, фрукты, натуральные соки.

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

Воспользуйтесь правом оздоровить своего ребенка! Такая возможность есть в **санаторном лагере «Чайка».** **АБСОЛЮТНО БЕСПЛАТНО** путевки предоставляются для детей работающих родителей, если предприятие является плательщиком Единого социального налога. Путевки полностью оплачиваются Фондом социального страхования и выдаются по месту работы родителя. Для этого нужно представить в ФСС, где зарегистрировано предприятие, заявку за подписью руководителя с просьбой о выдаче путевки.

Предприятие также не несет каких-либо дополнительных затрат, так как путевка оплачивается из средств, выделенных предприятием в ФСС ранее.

Подробную информацию о правилах направления детей в санаторный лагерь «Чайка» можно получить по телефону в Бийске: 77-48-53, 77-48-54, 77-48-52.





АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2 МУЗ «Городская больница №5»

Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула,
заведующая отделением, врач высшей категории;

Инна Ивановна СОПОВА, врач-пульмонолог;

Ирина Петровна СОКОЛ, врач-пульмонолог;

Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

Занятие 3

«Аллергическая» бронхиальная астма

Продолжим наш рассказ об аллергенах, которые могут вызывать у больного астмой приступ удушья, а также быть причиной тяжелого течения заболевания.

Пищевые аллергены

содержат продукты, употребление которых у чувствительных людей вызывает реакцию в виде спазма бронхов и приступа удушья, а также высыпаний на теле и зуда, отека верхних дыхательных путей, проблем пищеварения (боли в животе, рвота, нарушения стула). **Пищевая аллергия может быть на один или несколько продуктов.** Реакция возникает сразу или через некоторое время после употребления виновного продукта.

Существует так называемая **истинная аллергия**, которая является иммунной реакцией. Она возникает обычно в раннем детстве и сохраняется всю жизнь, например, на **коровье молоко**.



Молоко содержит белки, обладающие высокой аллергенной активностью и устойчивостью к высокой температуре. Лечение аллергии на молоко состоит в исключении его из пищи и замене на соевое или козье. **Аллергия на молоко часто сочетается с аллергией на яичный белок.** Однако с возрастом непереносимость яичного белка может исчезнуть. Нужно знать, что некоторые вакцины, в процессе приготовления которых используются куриные эмбрионы (против кори, паротита, гриппа), также могут быть причиной аллергических реакций у лиц с непереносимостью яичного белка. Достаточно часто встречается **аллергия на рыбу и морепродукты** (крабы, раки, креветки, мидии). Причем, аллергия может быть лишь на один вид рыбы.

Распространена и аллергия на **фрукты и овощи**. Наиболее аллергенными считаются: яблоки, груши, вишня, абрикос, персик, киви, а также орехи: арахис, каштан, миндаль. Из овощей надо отметить шпинат, помидоры, петрушку, сельдерей.

Внимание! Аллергия на фрукты и овощи часто связана с аллергией на пыльцу растений. Около 50% людей, страдающих аллергией на пыльцу яблони, имеют аллергию и на яблоки. Аллергены фруктов и овощей, как правило, разрушаются при термообработке.

Существует **суммационный эффект**, означающий одновременное поступление в организм нескольких пищевых аллергенов. Количество каждого из них недостаточно, чтобы вызвать реакцию, а суммация их действия приводит к выраженным проявлениям. Употребление алкоголя способствует увеличению всасывания аллергенов, да и компоненты спиртного могут сами вызывать аллергию.

Внешне очень похожа на аллергическую реакцию **псевдоаллергия на пищу**, которая не является иммунной реакцией. Псевдоаллергия развивается при приеме пищи, содержащей гистамин или высвобождающей его в ходе процесса пищеварения. Например, консервы тунца или скумбрии могут содержать высокие концентрации гистамина и вызывать своеобразные симптомы, сходные с аллергическими. Некоторые пищевые добавки (красители, консерванты, ароматизаторы) также могут вызывать псевдоаллергию.

Как же питаться, если у Вас пищевая аллергия?

Естественно, диета должна быть малоаллергенной. Нежелательны различные острые приправы, консервированные продукты, употребление большого количества молока, яиц, крабов, а также орехи, перец, горчица, майонез, особенно во время обострения астмы.

Надо знать связи между аллергией на пищевые продукты и пыльцевой аллергией. ▶

▶ Пищевые аллергены: тайные связи

Продукты	Пыльца	Растения
Березовый сок, яблоки, черешня, слива, персик, лесные орехи, морковь, сельдерей, картофель, киви	Береза	Березовый лист (почки), шишки ольхи, листья, стебли ольхи, яблони
Всех злаковых трав	Все злаковые травы: овес, пшеница, ячмень, полын	Полын, ромашка,
Цитрусовые, цикорий, семечки подсолнечника (масло, халва), мед		Календула, череда, девясил, мать-и-мачеха, георгин, одуванчик, подсолнечник
Свекла, шпинат	Лебеда	
Семечки подсолнечника, дыня, банан	Амброзия	Одуванчик, подсолнечник



Аллергия на лекарственные средства

Иммунные реакции на препараты встречаются нечасто. А вот непереносимость препарата, например, группы аспирина, - встречаются нередко, что может проявиться с первого же приема. Существует особый вид бронхиальной астмы, так называемая «аспиринная», для которой характерно сочетание непереносимости аспирина с полипозом носа.

Если Вы заметили непереносимость того или иного лекарства, поставьте в известность Вашего врача и запишите это для себя.

Наиболее часто аллергические реакции вызывают:

- пенициллин и его производные, вплоть до очень опасного шокового состояния;
- противостолбнячная и противодифтерийные сыворотки;
- инсулины.



Аллергия на животных

Этот вид аллергии распространен очень широко. Домашние животные - один из мощных источников аллергенов.

Примеры животных аллергенов: слюна (собаки, кошки, лошади и др.), моча, слущенная кожа, экскременты (попугай, голуби). Известно, кошки тратят много времени на вылизывание, оставляя слюну на шерсти. И при этом рассеивают ее в воздухе. Человек с пылью вдыхает аллергены из воздуха, что может спровоцировать приступ удушья. У больных с аллергией на собак она отмечается на любые их породы. Короткошерстные собаки так же аллергенны, как и длинношерстные. При аллергии на птиц «виновны» не перья, а паразитирующие в их массе клещи.

Что же делать? Если расстаться с животным невозможно, единственная мера - как можно чаще делать уборки. Даже если животное, вызвавшее аллергию, удалено из дома, приступы аллергии могут повторяться позднее из-за того, что аллергены все еще содержатся на деталях мебели, на коврах. **Выбор - за Вами.**

Аллергия на укусы насекомых

Наиболее часто аллергия возникает на укусы пчел и ос. Это может быть местная реакция в виде красного волдыря и общая: сыпь, приступ астмы, отек верхних дыхательных путей.

Если Вы отметили у себя местную реакцию после однократного укуса насекомого, то это не означает, что она повторится в будущем (вероятность этого - около 50%).

Соблюдайте меры предосторожности:

- осторожно ходите босиком по траве, так как пчелы могут собирать нектар на уровне земли;
- сладкие напитки, фрукты на открытом воздухе привлекают насекомых;
- крем для загара, мокрая кожа, яркая расцветка одежды также могут привлечь насекомых;
- сохраняйте спокойствие и не делайте резких движений, если вблизи появилась оса или пчела;
- перед тем, как сесть в автомобиль, убедитесь, что в нем нет ос или пчелы.



О методах диагностики и лечения аллергии мы поговорим в следующей беседе.

Синдром ВЧГ у детей первого года жизни

Ольга Александровна Назарова,
врач-невропатолог отделения патологии новорожденных и
недоношенных детей, городская детская больница, г.Бийск

Синдром внутрочерепной гипертензии (синдром ВЧГ или гипертензионный синдром, или синдром повышенного внутрочерепного давления) - это симптомокомплекс, обусловленный повышенным давлением в полости черепа и желудочках головного мозга.

Данный синдром является одним из наиболее частых синдромов перинатальной энцефалопатии (или перинатального поражения ЦНС) - поражения мозга, обусловленного различными неблагоприятными факторами, действовавшими в перинатальном периоде с 28-й недели беременности, во время родов и в первые семь дней жизни.

Каковы же причины синдрома ВЧГ?

Головной мозг омывает спинно-мозговая жидкость, называемая «ликвором». Между выработкой ликвора сосудистыми сплетениями и его обратным всасыванием в кровь существует равновесие. Под влиянием различных причин этот хрупкий баланс нарушается.

Наиболее частая из этих причин - это кислородное голодание (гипоксия): внутриутробная гипоксия и асфиксия плода в родах. Причем, наиболее прогностически неблагоприятна хроническая гипоксия плода во время беременности, в то время как дети, перенесшие только острую гипоксию в родах, как правило, выходят с меньшими последствиями.

Вторая, часто встречающаяся причина внутрочерепной гипертензии, - это внутриутробная инфекция различной этиологии (это могут быть цитомегаловирусы, вирусы простого герпеса, токсоплазмы и т.д.).

К другим возможным причинам синдрома ВЧГ относятся родовая травма, воздействие на плод токсических веществ (в т.ч. употребление алкоголя, наркомания и курение матери во время беременности), **различные стрессо-**

вые, радиационные воздействия, нарушения обмена веществ.

Клинические проявления синдрома ВЧГ

У более старших детей и взрослых - это **головная боль**. У грудных детей существуют компенсаторные механизмы - это **не закрывшиеся швы между костями черепа и роднички**. Поэтому головной боли они не ощущают, только лишь общий дискомфорт.

Дети с гипертензионным синдромом - более беспокойные, часто плачут, у них может быть нарушен сон. Они метеозависимы, т.е. реагируют на любые изменения погоды. Одним из клинических проявлений синдрома ВЧГ могут быть частые срыгивания.

Нужно помнить, что **наличие у ребенка повышенного внутрочерепного давления никак не отразится на его умственном и физическом развитии**. У таких детей не будет интеллектуальных или двигательных нарушений.

При объективном осмотре невропатолог может обнаружить просвечивающую сеть подкожных вен на лбу и висках. Может быть увеличен по сравнению с нормой большой родничок, открыты швы между костями черепа и малый родничок. Окружность головы может увеличиваться быстрее, чем положено по возрасту (в норме: в первые три месяца голова увеличивается на 1,5-2 см в месяц). Частым признаком синдрома ВЧГ является симптом Грефе, когда над радужками глаз видна полоска белка.

Диагноз подтверждается данными нейросоноскопии (ультразвукового исследования головного мозга у детей первого года жизни), **осмотром глазного дна - на нем обнаруживаются стойкие явления**.

Нужно помнить, что **гипертензионный синдром и гидроцефалия** (в переводе с латинского «водянка головного мозга») - это не одно и то же. Гипертензи-



онный синдром может сопутствовать гидроцефальному синдрому, но чаще встречается изолированно. Гидроцефальный синдром более прогностически неблагоприятен, но в любом случае окончательный диагноз всегда ставит врач.

Тактика ведения детей с синдромом ВЧГ

Дети с синдромом ВЧГ должны наблюдаться и лечиться у детского невролога до одного года, а по показаниям - и дольше. В зависимости от выраженности гипертензионного синдрома, клинических проявлений врач назначает лечение. Это могут быть **препараты, выводящие избыток жидкости из под мозговых оболочек** (микстура с цитралю, глицерол, диакарб, триампур) или **препараты, нормализующие тонус сосудов** (эскузан). С седативной целью назначаются **настой трав** (валериана, пустырник, мята, хвощ, шалфей).

Для того чтобы помочь нервной системе ребенка восстановиться, нужно стараться **оберегать его от различных инфекций**, следить за тем, чтобы он как можно **меньше плакал, ел и спал в одно и то же время, почаще гулял на свежем воздухе**.

У большинства детей на фоне лечения внутрочерепное давление **приходит в норму к 6 месяцам-одному году**, но может сохраниться и на всю жизнь.

Бийскому Диагностическому центру - 10 лет

Диагностический центр г.Бийска 1 декабря 2005 года отпразднует свой юбилей. Десять лет назад на основании Государственной программы по ликвидации последствий многолетнего воздействия ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне было принято решение о его создании.

МУЗ «Диагностический центр» - это учреждение здравоохранения принципиально нового типа. Цель его работы - это повышение качества медицинской помощи населению, широкое внедрение в практику современных методов диагностики, эффективное и рациональное использование медицинской техники, оборудования и кадрового потенциала.

В задачи и функции Диагностического центра входят:

- квалифицированное и качественное проведение диагностики с применением аппаратуры и инструментальных методов исследования на догоспитальном этапе;
- полное и рациональное использование высокопроизводительной эффективной медицинской диагностической техники;
- внедрение в практику здравоохранения новейших медицинских достижений науки и техники;
- обеспечение высокого уровня реабилитации всех групп населения;
- разработка и внедрение наиболее эффективных форм и методов реабилитации;
- накопление банка данных об обследовании контингента для подготовки предложений по принятию оперативных и перспективных управленческих решений.

Рассказывает главный врач МУЗ «Диагностический центр» Людмила Михайловна Деревяннова:

- По своей структуре наше учреждение является уникальным для края. Недаром в начале своей деятельности



А.Н. Дюкарев, заведующий лабораторией ДЦ г.Бийска, главный лаборант города

оно называлось реабилитационно-диагностическим центром «Мать и дитя». Остановлюсь на отделениях, которые входят в структуру нашего Центра.

В консультативном отделении принимают следующие специалисты: педиатр, терапевт, неврологи (детский и взрослый), эндокринологи (детский и взрослый), логопед, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, генетик, кардиолог, ревматолог, гематолог, офтальмолог и нейроофтальмолог, сурдолог-отоларинголог, стоматолог, уролог.

Врачи оказывают консультативную помощь жителям г.Бийска, г.Белокурихи и 12 районам Бийской медико-географической зоны. **В наш Центр направляются пациенты для постановки диагноза, необходимого углубленного обследования с помощью инструментальных и лабораторных методов исследования.** Все пациенты проходят через регистратурно-справочный отдел, где оформляется электронная амбулаторная карта, куда в последующем вносятся результаты всех исследований и записи специалистов. После консультативного приема, с учетом предполагаемого диагноза, определяется оптимальный спектр дополнительных видов исследований.

Возможности Центра позволили открыть перинатальное отделение (догоспитальный этап). Оно занимается:

- обеспечением высококвалифицированной помощью беременных с группой высокого риска по развитию акушерских осложнений, имеющих высокую значимость в развитии материнской заболеваемости и смертности, в первую очередь, кровотечений, гестозов;
- обеспечением рождения здорового ребенка (проводится своевременная диагностика осложнений со стороны плода, коррекция выявленных осложнений, УЗИ, КТГ, доплерометрия, медико-генетическая консультация);

БИЙСКАЯ медико-географическая зона



Кабинет УЗИ щитовидной железы поверхностных структур



А.М. Иванников, заведующий отделением УЗД ДЦ г.Бийска, главный специалист УЗД города

○ оказанием специализированной помощи вне беременности при генитальной патологии (в детском и подростковом периоде);

○ оказанием квалифицированной помощи гинекологическим больным (при бесплодии, невынашивании беременности).

Отделение лечебной физкультуры и спортивной медицины предназначено для медицинской реабилитации взрослого населения, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, детей-инвалидов, девочек-подростков, беременных женщин, женщин фертильной группы, а также медицинского обеспечения спортсменов, лиц, занимающихся физической культурой и спортом. Наши специалисты используют средства лечебной физической культуры, массаж, физиолечение, нетрадиционные методы лечения, спортивное плавание.

Также отделение оказывает **лечебно-консультативную помощь населению** Бийского ре-



Кабинет телемедицины ДЦ г.Бийска



Кабинет компьютерной томографии, врачи И.Е. Христочев и В.А. Вахромеев

гиона, организует методическое руководство постановкой врачебного контроля и лечебной физкультуры в ЛПУ города, ведет пропаганду и формирует у населения привычку вести здоровый образ жизни. Отделение сохраняет все функции, цели и задачи отдела реабилитации Межрегионального Диагностического центра, а также городского врачебно-физкультурного диспансера.

Диагностическое отделение включает в себя блок инструментальных и лабораторных методов исследования. В состав блока инструментальных методов входят:

- отделение лучевой диагностики с компьютерной томографией;

- эндоскопическое отделение, которое проводит гастроскопию, гастродуоденоскопию, колоноскопию, цистоскопию, гистероскопию;

- отделение ультразвуковой диагностики с кабинетами для исследования сердечно-сосудистой системы, органов брюшной полости, малого таза, головного мозга, щитовидной железы;

- отделение функциональной диагностики с кабинетами для исследования сердечно-сосудистой системы, нервной системы.

Блок лабораторных исследований включает **клинико-гематологическую, биохимическую, цитологическую, иммунологическую и ПЦР-лаборатории.**

Для выполнения своих основных задач Центр работает в тесном сотрудничестве со всеми ЛПУ города и ЦРБ. Постоянно проводятся конференции, региональные совещания, семинары с методическими рекомендациями и отражением дефектуры. Подаются извещения на выявленных онкологических больных, информация по неиспользованным квотируемым талонам, сигнальные листы в ЛПУ, где имеет место направление пациентов с нарушением технологии. Отрабатываются технологические связи с **Диагностическим центром Алтайского края**, краевыми лечебными учреждениями, специализированными центрами: **Алтайской краевой клинической больницей, Алтайской краевой клинической детской больницей, Краевым кардиологическим диспансером, Центром по медицинскому обеспечению пострадавших от радиационных воздействий.**

Пациент при обращении в Диагностический центр г.Бийска при себе должен иметь следующие документы: выписку, направление, страховой медицинский полис, свидетельство о рождении или паспорт.



Выпуск №25

ноябрь 2005 года

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Итоги конференции РАМС

19-20 октября в г. Санкт-Петербурге прошла отчетно-выборная конференция Ассоциации медицинских сестер России и 21 октября – Российско-канадский обучающий семинар для президентов региональных сестринских ассоциаций «Организация непрерывного обучения в сфере последипломного образования сестринского персонала».

Делегация Алтайской ассоциации СМР приняла участие в работе этой конференции. Первый день прошел в большом актовом зале гостиницы «Санкт-Петербург», второй – в малых залах по дискуссионным секциям.

С приветственным словом перед делегатами выступили представители Минздравсоцразвития, администрации г. Санкт-Петербурга, ЦК профсоюзов медицинских работников.

В отчетном выступлении президента РАМС **В.А. Саркисовой** были освещены все этапы развития Ассоциации за последние пять лет. (Подробный доклад будет опубликован в следующих номерах журнала). Это мощное сестринское движение, объединяющее **113 тысяч специалистов из 55 регионов РФ**, является единым голосом, который позволил российским медсестрам вступить в Международный совет медицинских сестер. **В.А. Саркисова** поздравила и поблагодарила лидеров и всех членов Ассоциации медицинских сестер России, приложивших немало усилий для того, чтобы наша Ассоциация соответствовала всем критериям членства в Международном совете медсестер.

После отчета ревизионной комиссии в результате голосования работа Ассоциации признана удовлетворительной. По итогам тайного голосования были избраны следующие регионы в лице президентов Ассоциаций в новый состав правления: **Т.А. Зорина**, Омская область; **Н.Н. Косарева**, Самарская область; **Л.А. Плигина**, Алтайский край; **Р.Л. Грошева**, Архангельская область; **Н.Б. Комаревцева**, Ставропольский край; **Л.Д. Гололобова**, Новосибирская область; **Т.В. Дружинина**, Кемеровская область; **В.А. Вишнякова**, Читинская область; **В.А. Викторова**, Республика Чувашия. Президентом единогласно избрана **В.А. Саркисова**.

В торжественной обстановке произошла передача полномочий от членов действующего правления новым. Звучали поздравления и приветствия зарубежных коллег из Швеции, Канады, Эстонии. **Алтайская ассоциация получила Почетную грамоту за активное участие в развитии сестринской профессии в России.**

Главная медсестра: руководитель или исполнитель?

Ю.А. ФРОЛОВА, главная медицинская сестра ГУЗ

«Краевая клиническая больница»

Н.В. ЧЕРЕПАНОВА, главная медсестра краевого
госпиталя для ветеранов войн,

М.И. БАТАЛОВА, главная медсестра МУЗ

«Городская больница №8», г. Барнаул

Л.Е. СЫСЬКИНА, главная медсестра МУЗ «Городская
больница №3», г. Барнаул - делегаты АРОО «АСМР»

Первая дискуссионная секция была посвящена «Менеджменту и лидерству в сестринском деле», вторая – «Совершенствованию сестринской практики», третья – «Развитию сестринского дела как науки». На последней было представлено пять докладов – все они посвящены новым технологиям и инновациям в сестринском деле и их внедрению в практическую деятельность медицинских сестер.

Наибольший интерес аудитории вызвали доклады **Т.А. Зориной**, президента Омской профессиональной сестринской ассоциации, «Проблемы и перспективы сестринского дела как науки»; **Г.П. Мысиковой**, старшей медсестры колопроктологического отделения ООКБ «Анализ сестринской документации в условиях работы по технологии «Сестринский процесс»; **Г.М. Подопратора**, председателя Санкт-Петербургского отделения РАМС, «Роль сестринского ухода в медико-социальных учреждениях для пациентов пожилого и старческого возраста с болезнью Альцгеймера».

Дискуссию вызвало выступление **Н.В. Туркиной** (декана факультета ВСО Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.Н. Меньшикова). Наталья Викторовна затронула проблемы средних медицинских работников, повышение квалификации. Одной из самых важных и актуальных проблем она считает отсутствие преемственности между существующими на сегодняшний день уровнями обучения и подготовки средних медицинских работников - невозможность поступить на III курс ВСО после получения повышенного уровня образования, так как существуют различные отклонения и несоответствия в учебных программах как по количеству часов, так и по наименованию предметов. По ее мнению, эту проблему нужно решать безотлагательно, так как это позволит значительно

улучшить и ускорить образовательный процесс, а следовательно, число желающих получить ВСО или повышенный уровень увеличится, а значит, в будущем практическая медицина получит медсестру новой формации.

Медицинские сестры функционируют как подчиненные врачей. Поэтому многие лидеры и руководители сестринского дела относятся к этому вопросу именно так, хотя и понимают, что эта система и устарела, и стала тормозить развитие профессионализма медицинских сестер, внедрение новейших технологий.

В государственных медицинских учреждениях преобладает авторитарная система руководства, что сказывается на стиле работы подчиненных. **Главную медицинскую сестру должны отличать требовательность, четкость в постановке задач, целей и ближайшей перспективы, контроль за деятельностью подчиненных, готовность брать на себя ответственность.** Единоначалие снижает ответственность персонала и губит его инициативу. Только новые требования к сестринской службе при лицензировании лечебных учреждений позволяют руководителям среднего звена, а таковыми должны сегодня быть главные медицинские сестры, проявить инициативу.

Но программы подготовки и переподготовки руководящих кадров зачастую отстают от реалий жизни и не очень удачны, а система подготовки менеджеров для здравоохранения еще не сложилась.

Жизнь утверждает свои критерии к сестрам-руководителям: **управленческую компетентность, лидерские качества, коммуникабельность, оптимизм, видение будущего и желание завтра знать то, чего не знаешь сегодня.** От них требуется определенный набор знаний в области экономики, права, психологии общения, менеджмента. Управляя, им приходится руководить, администрировать, организовывать.

Выполняя эту работу, они исполняют определенные управленческие роли, которые попытался систематизировать **Генри Минцберг в 1971 году, идентифицировав 10 ролей менеджера**, которые разделил на три группы, в зависимости от занятий менеджера. Роли были сгруппированы в **межличностные** (руководящие): глава, лидер, связной; **информационные** (административные): наблюдатель, распространитель, представитель и **связанные с принятием решения** (организующие): предприниматель, устранитель проблем, распределитель ресурсов, переговорщик. Сочетание ролей зависит от должности. **Любая управленческая должность требует исполнения роли всех трех типов.** Общим для них является то, что все они требуют владения навыками общения.

Деятельность главных медицинских сестер вносит сравнительно небольшой вклад в повседневную деятельность, но важна для налаживания взаимоотношений с людьми из внешнего окружения и поддержания авторитета организации.

В роли лидера они руководят подчиненными, координируют и контролируют действия подчиненных, мотивируют людей, используя личные качества лидера и власть. **В роли связного** они развивают связь с людьми как внутри, так и вне организации, получая источник информации и идей. **В роли наблюдателя** реализуется потребность знать больше других о происходящем, для чего используются различные источники. **В роли распространителя** они осуществляют обмен информацией с другими сотрудниками. **В роли представителя** дают информацию о своей организации внешнему окружению.

В роли предпринимателя главные сестры принимают решения, касающиеся изменений в медицинском учреждении, в частности, решение о закупке необходимого расходного материала и распределение его между отделениями. В этой роли они выступают добровольно, в отличие от роли **устранителя проблем**, где решение принимается по необходимости, продиктованной событиями неожиданными и неподконтрольными. Это организация работы сестринской службы в кризисных ситуациях: отключение электроэнергии, водоснабжения, теплоснабжения, землетрясение и т.д.; разрешение конфликтов между подчиненными, с больными и т.д. **Роли распространителя ресурсов** соответствуют следующие действия: расстановка кадров и организация работы подразделений, прием сотрудников, обучение и повышение квалификации сотрудников и т.д. **В роли переговорщика** заключаются соглашения с различными людьми или группами как внутри, так и вне медицинского учреждения. **Каждый руководитель обладает свободой выбора подходящего сочетания ролей в зависимости от специфики работы и происходящих обстоятельств.**



Делегация АРОО «АСМР»

Основными функциями в деятельности сестры-руководителя являются планирование, организация, мотивация и контроль. Самой проблематичной является функция мотивации в современных условиях в ЛПУ, так как недостаточное стимулирование персонала к деятельности приводит к снижению работоспособности даже при наличии у него высокой профессиональной подготовки и навыков. Стратегически ценными в складывающейся ситуации являются нематериальные мотивационные методы, оказывающие психологическое воздействие на сестер. Это - доброжелательный коллектив, перспективы карьерного роста, возможность реализовать собственные стремления, ощущение стабильности социальной защищенности.

Настоящее умение главных медицинских сестер - это умение доказать подчиненным свое право на лидерство, демонстрируя способность превосходно справляться с управленческими функциями, умение ставить цели, планировать, организовывать, контролировать и оценивать результаты. Постоянно «держат руку на пульсе» через руководство подчиненными и обучение их тому, что умеют делать сами, чтобы люди были способны выполнить любое задание после короткого инструктажа. **Управленческая результативность главных сестер** - в планировании, создании системы контроля, организации подчиненных и создании благоприятного морального климата для работы, умении создать и сохранить трудоспособный, творческий, эффективно работающий коллектив.



Алтайская региональная Ассоциация средних медицинских работников предлагает комплекты плакатов по алгоритмам действия для лечебных учреждений (12 шт.). Цена комплекта - 160 руб. Контактный телефон: (8-3852) 35-70-47



Каждому ребенку - достойная семья!

Таков девиз коллектива бийского специализированного Дома ребенка, который находится на берегу реки Бия, в живописном сосновом бору

История бийского Дома ребенка берет начало в далеком 1922 году, когда в бывшей Александровской церкви открыли Дом малюток, позднее переименованный в Дом ребенка. Во время войны сюда поступали дети из блокадного Ленинграда. Почти тридцать лет, с 1947 по 1975 годы, в нашем Доме ребенка находилось около 170 ребятишек. Смертность детей до года в тот период доходила до 80%. И только упорный труд сотрудников и научный подход к лечению, развитию и воспитанию детей раннего возраста помогли преодолеть эти трудности.

Нынешний Дом ребенка – этаким теремком, под крышей которого живут **сто прекрасных малышей**, окруженные лаской и заботой тех, кому небезразлична их судьба. Коллектив наш многочислен: **236 человек** – это и врачи, и медицинские сестры, и воспитатели, и логопеды, и психолог, и дефектологи, и **Монтессори-педагог**, и др. Руководит этим большим коллективом прекрасная женщина, депутат городской Думы, врач высшей категории **Людмила Андреевна Бузунова**. Творческий подход к любимому делу и забота о детях нашли отклик в сердцах всех ее коллег. В нашем большом доме мы стараемся создать все условия для гармоничного и полноценного развития каждого ребенка, используем новые технологии в оздоровлении, лечении и воспитании детей.

Сотрудники Дома ребенка работают по трем основным направлениям: **медицинская, педагогическая и социальная реабилитация**.

Медицинская реабилитация начинается с профессионального осмотра детей нашими врачами: **Н.Н. Репьевой**, заместителем главного вра-

Нина Александровна Вовченко, главная медицинская сестра Бийского специализированного Дома ребенка

ча по медицинской части, педиатрами **Н.М. Периковой, Т.В. Леонтьевой**, отоларингологом **М.А. Полковниковой**. Именно они составляют **план лечебно-профилактических мероприятий**, в том числе: медикаментозные назначения, которые выполняют квалифицированные медсестры; физиотерапевтические процедуры (электрофорез, парафинолечение, ингаляции, токи высокой и низкой частоты, ультразвук).

Благодаря занятиям в группах **лечебной физкультуры**, проводимым в хорошо оснащенном зале инструкторами ЛФК, и массажу, который делают медсестры по массажу, **успешно проходит реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, заболеваниями легких и нервной системы**.

В течение всего года проводятся оздоровительные мероприятия: **закаливание по Горьковскому методу; принятие солнечных ванн; общее ультрафиолетовое облучение**. Одна из любимых малышами процедур – это **купание в просторном бассейне**.

С 2004 года в Доме ребенка создан и работает **Сестринский совет** для повышения теоретических и практических знаний, совершенствования качества культуры организации производственной работы медицинских сестер.

Педагогическая реабилитация тесно связана с реализацией **«Конвенции о правах ребенка»**. Все наши педагоги действительно творческие, квалифицированные сотрудники и неравнодушные люди. Вот уже 16 лет организатором педаго-





гической деятельности является старший воспитатель высшей категории **Светлана Николаевна Мироненко**. В 1998 году была адаптирована программа «**Монтессори-педагогика в условиях Дома ребенка**», которая дала положительные результаты в развитии социальной адаптации детей.

С 2002 года в Доме ребенка работает **медико-психолого-педагогическая комиссия**, которую возглавляет главный врач. В ее состав входят врачи-педиатры, невролог, учитель-дефектолог, психолог, старший воспитатель. При необходимости приглашаются другие специалисты. **Комиссия осуществляет комплексную диагностику состояния здоровья детей, их физическое и нервно-психическое развитие, оценку динамики состояния здоровья ребенка в соответствии с установленными эпикризными сроками, разработку индивидуальных комплексных программ реабилитации, лечения и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей.**

Наш коллектив постоянно профессионально совершенствуется: проводятся врачебно-сестринские конференции, учебно-показательные занятия по оказанию неотлож-

ной помощи с последующей сдачей зачетов; выпускаются санбюллетени по актуальным вопросам. Также наши сотрудники занимаются самообразованием, для этого им предоставляются специальная литература и периодическая печать.

Социальная служба Дома ребенка создана для того, чтобы осуществлять защиту социальных прав детей, оставшихся без попечения родителей. Ее приоритетными задачами считаются сохранение родственных связей детей Дома ребенка, пенсионное обеспечение детей-сирот и детей-инвалидов; защита имущественных прав воспитанников; совместная работа с органами опеки и попечительства, направленная на усыновление и устройство детей в семью.

Мы гордимся тем, что благодаря совместной плодотворной работе всего коллектива, в нашем Доме ребенка созданы благоприятные условия для всестороннего развития каждого ребенка. Здесь мы стараемся заметить им родителей, максимально приблизить условия их жизни к домашним. И поэтому все мы очень радуемся, когда малыш наконец-то находит маму и папу. Ведь мы считаем, что каждый ребенок должен жить в полноценной семье!



Интересный ФАКТ

ДНК будущего ребенка есть в крови матери

Ученые из Гонконга сумели распознать ДНК плода в крови матери. Это дает надежду на создание неинвазивной процедуры обследования плода на генетические заболевания до его появления на свет.

Сотрудники Китайского университета в Гонконге обратили внимание на разницу в химическом портрете материнской и эмбриональной ДНК. Они сфокусировали внимание на одном гене, химическая модификация которого – метиляция – в гораздо большей степени свойственна материнской ДНК.

Неметилованная ДНК плода была обнаружена в плазме крови матери во время беременности, но в течение суток после родов она полностью исчезла, что позволяет говорить о ее принадлежности именно этому периоду. Авторы работы утверждают, что им удалось найти генетические маркеры ДНК эмбриона в крови матери, а следовательно, можно говорить о создании метода неинвазивной диагностики генетических заболеваний будущего ребенка.

Тату-салоны попали под закон

Федеральное управление общественного здравоохранения Швейцарии решило регламентировать деятельность салонов тату и пирсинга законом, который вступит в силу с января 2006 года. Швейцария станет первой европейской страной, в которой эта сфера услуг подпадает под специальное законодательство.

По мнению швейцарских властей, татуировка и пирсинг опасны для здоровья и могут стать причиной различных инфекционных заболеваний. «В ходе проверок выяснили, что некоторые чернила были заражены микроорганизмами, в том числе и бактериями», - говорит представитель ведомства М.Дона. Закон, в частности, утверждает список запрещенных к использованию веществ и материалов. Контроль за соблюдением закона возлагается на лаборатории, действующие в швейцарских кантонах. Нарушителей будут штрафовать.

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

Вам казалось, что пройдет целая вечность, прежде чем прижмете к груди свое дитя, ощутите тепло новой жизни. Но вот это произошло, и вся забота, внимание, любовь и нежность родственников переключились на малыша. Подчас молодая мама начинает себя чувствовать «Золушкой» в королевстве под названием «Семья». К сожалению, далеко не все понимают важность наблюдения и ухода за женщиной в послеродовом периоде, которые должны быть столь же тщательными, как в период беременности и родов. Так какова же жизнь после родов? У Вас возникает много вопросов? Постараемся ответить на наиболее важные.

Жизнь после родов

Что такое послеродовой период?

Послеродовой период (различают ранний и поздний) - это первые 6 недель, или 42 дня, после родов, когда в организме роженицы (а именно так называют женщину после родов) происходят определенные физиологические процессы: возвращение к первоначальному состоянию всех органов и систем, уменьшение в весе и объеме матки, становление лактации.

В раннем послеродовом периоде (первые два часа) женщина еще находится под наблюдением в родильном зале в связи с риском развития кровотечения, после чего переводится в послеродовое отделение.

Какой должен быть уход в послеродовом периоде?

В послеродовом отделении ежедневно проводится оценка общего состояния роженицы, измеряется температура, кровяное давление, динамика обратного развития матки с УЗИ-контролем на третьи сутки.

В связи с низким иммунным статусом после родов женщины очень восприимчивы к инфекции. Матка, особенно ее внутренний слой, представляет собой обширную раневую поверхность, является входными воротами для микроорганизмов. Риск возникновения инфекционных заболеваний после родов повышен при затяжном течении родового акта, длительном безводном промежутке (свыше 12 часов), травматизме мягких тканей родового канала. Поэтому важно соблюдать правила гигиены и выполнять все назначения врача.

Какие гигиенические мероприятия необходимо выполнять в послеродовом периоде?

Они очень просты. Необходимо мыть руки, держать в чистоте половые органы, подмываться после каждого акта мочеиспускания и дефекации, постоянно менять гигиенические прокладки. Женщина должна как можно дольше дышать. Плохой сон - причина для беспокойства. Для профилактики мастита необходимо обмывать и обтирать молочные железы перед каждым кормлением, правильно прикладывать ребенка к груди, избегать повреждений сосков. При появлении трещин соска надо их обработать ранозаживляющими средствами (бриллиантовая зелень, мази - метилурацил, солкосерил и др.).

Какова длительность пребывания в роддоме после родов?

В настоящее время практикуется ранняя выписка: на 3-4 сутки после физиологических родов, на 6-7 сутки - после кесарева сечения. Для лучшей адаптации, снижения риска развития послеродовых гнойно-септических заболеваний целесообразно совместное пребывание матери и ребенка в одной палате. Это проводится в случае «здоровая мать - здоровый ребенок», поэтому решение принимают совместно акушер-гинеколог и неонатолог.

Иногда по состоянию матери или ребенка выписка может быть задержана до 10 суток с последу-

► ющим возможным переводом на второй этап оказания помощи (в зависимости от ситуации - детская больница или гинекологическое отделение).

Каковы типичные проблемы послеродового периода?

Послеродовые схватки - обычно возникающие болевые ощущения в нижних отделах живота в первые сутки (от 1 до 4 дней) после родов, которые усиливаются при кормлении грудью. Интенсивные боли, которые начинаются позднее первого дня, являются проявлением послеродового заболевания.

«Меланхолия» третьего дня - депрессивное состояние первые 2-3 дня, обусловленное сочетанием гормональных и эмоциональных сдвигов после родов. У 80% проходит самостоятельно, остальным требуется психологическая помощь.

Лактостаз - чрезмерное нагрубание, отек и болезненность молочных желез на 3-4 сутки, связанное с интенсивным притоком молока. Как правило, наблюдается у первородящих с

«тугой» грудью. Отток молока не нарушен, может быть подъем температуры до высоких цифр (38°C), которая нормализуется после сцеживания руками или молокоотсосом. Облегчить состояние можно компрессами с медом, димексидом, физиопроцедурами, ограничением приема жидкости.

Лохии - выделения из матки, представляющие собой раневой секрет из лейкоцитов, крови, остатков оболочек. В первые два дня лохии кровянистые, затем светлеют, а с 7-10 дня становятся белого цвета. К 5-6 неделе они прекращаются вовсе.

Когда следует посетить врача?

При неосложненном течении послеродового периода к врачу женской консультации необходимо обратиться спустя 1,5-2 месяца после родов для оценки общего состояния, осмотра родовых путей, обсуждения способа контрацепции.

При возникновении тревожных сигналов неблагополучного течения послеродового периода к врачу следует обращаться немедленно, если у вас:

- кровотечение из половых путей
- гнойные, с неприятным запахом выделения из половых путей
- высокая температура с ознобом
- интенсивные боли внизу живота или в молочных железах
- общее физическое недомогание (постоянная слабость, головные боли).

Как должна питаться родильница?

Здоровая женщина не нуждается в особой диете. Рекомендуется высококалорийная, но легкоусвояемая пища - основа пищевого рациона: творог, сметана, каши, супы, кисели, сладкий чай, печенье. Фрукты и овощи - вторая по величине группа необходимых продуктов питания. Не рекомендуются острые блюда, консервы, трудноперевариваемая пища (жиры, бобовые). Исключаются из рациона алкоголь, черный кофе, цитрусовые, шоколад. Питьевой режим должен быть не менее 1,5-2 литров в сутки.

Когда можно начинать половую жизнь?

После родов многие женщины теряют интерес к половой жизни, что связано с более сильными чувствами к ребенку, частыми кормлениями, недосыпаниями. Но сексуальные влечения всегда возвращаются. **Это - дело времени.** Стоит только немного подождать и проявить терпение и чуткость партнеру. Половые контакты можно возобновить через 6-8 недель после родов.

Как избежать нежелательной беременности?

Существует множество методов контрацепции после родов (**барьерная, гормональная, внутриматочная**), которые подобрать Вам поможет врач. Эффективен метод лактационной аменореи - только в первые 6 месяцев после родов при условии кормления ребенка исключительно грудью не менее 8 раз в сутки, и если не восстановился менструальный цикл.

И, наконец, последний вопрос.

Когда лучше планировать последующую беременность?

Если не использовать послеродовую контрацепцию, новая беременность может наступить практически сразу, т.е. через 6 недель после родов. Это - не лучший вариант, даже если Вы планируете иметь еще детей, поскольку организм еще не восстановился после предыдущей беременности. Промежуток между родами в 2-3 года считается оптимальным.

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**





Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала

На базе поликлиники Алтайской краевой клинической детской больницы работает подростковый центр «Клиника, дружественная молодежи». Сегодня наши авторы - врачи этой Клиники.

Особенности общения медиков с подростками

Людмила Григорьевна Ковова,
главный внештатный подростковый врач Алтайского края,
врач высшей категории, заведующая подростковым отделением
краевой детской консультативной поликлиники

Люди, которые занимаются здоровьем подростков, решают много задач. Самые трудные из них связаны с психоэмоциональными особенностями возраста. Именно в нем скрыты корни большинства проблем, влияющих на самочувствие подростка.

Следовательно, врачу важно суметь вызвать подростка на откровенность, именно она даст возможность проникнуть в окружающий его мир. А для этого подросток должен чувствовать себя на приеме у врача психологически комфортно, иметь время для того, чтобы освоиться и проникнуться доверием к специалисту, обсудить с ним delicate темы своего роста и развития.

В своей деятельности специалист, обслуживающий данный контингент детей, должен четко знать специфику каждого возрастного этапа формирования подростков. Например, при разговоре с подростками младшей возрастной группы обсуждаемые темы должны быть достаточно конкретными, а при собеседовании с подростками старшего возраста – требующими осмысления.

Деликатность любой подростковой ситуации, в которую вмешиваются взрослые, еще и в том, что есть темы, которые подростки не желают обсуждать со своими родителями, но и сохранять их в тайне опасно из-за серьезных социальных последствий (например, суицидальные мысли или намерения). В этом случае врач вступает в дискуссию с ребенком, убеждая его изменить позицию. Для соблюдения этических норм в таких обстоятельствах лучше с самого начала дать понять подростку, особенно младшему, что для его же блага может возникнуть необходимость ввести в курс дела родителей.

Проблемы со здоровьем у подростков отличаются большим разнообразием, но многие из них можно предупредить, потому что в их основе лежат социальные факторы, неправильное поведение, а не соматические расстройства.

Подросток, который приходит к врачу, обычно уверен, что медика будет интересовать только соматическая сторона его состояния. Он должен понять, что это не праздное любопытство врача, а желание оказать ему квалифицированную всестороннюю помощь. Поэтому прежде чем задавать ребенку delicate вопросы, касающиеся особенностей жизни и поведения, специалист должен разъяснить свои побудительные мотивы. Если проигнорировать эти условия, то вероятность вызвать подростка на откровенность весьма мала.

Проведенное американской академией педиатрии специальное исследование пожеланий подростков к медицинским работникам определило следующие их требования:

- чтобы к ним относились так же уважительно, как ко взрослым;
- чтобы их не осуждали за внешний вид, характер заболевания, поведение или социальный статус;
- чтобы с ними были откровенны;
- чтобы личная информация всегда оставалась конфиденциальной.

При налаживании конфиденциальных отношений с подростком необходимо помнить, что родители не всегда правильно и доброжелательно воспринимают подобные отношения. Прежде всего это связано с тем, что родителей заботит все, что связано со здоровьем ребенка и они желают присутствовать при беседе (или, как минимум, слышать ее пересказ). Поэтому необходимо дать понять родите-



лям, что врач – источник весьма ценной информации для их детей, но дети обратятся к этому источнику только при условии гарантированного соблюдения конфиденциальности.

В то же время родители должны осознавать, что никто не посягает на их статус самых влиятельных людей в глазах собственного ребенка. Лучшее в этой ситуации – объяснить родителям цель предстоящей беседы и почему именно условие конфиденциальности лучше всего отвечает этой цели. Очень важно, чтобы они не чувствовали себя людьми, которые отстранены от дел, напрямую касающихся их ребенка, или которым дали понять, что кто-то лучше, чем они, знает, как обращаться с их отпрыском. Они также должны знать, что если у ребенка выявится что-то серьезное, то без участия родителей никто не будет принимать ответственных решений. Однако обстоятельства могут сложиться так, что от специалиста требуется соблюдение конфиденциальности.

Наконец, родители должны осознать, что их ребенок никогда не должен жалеть о том, что обратился к врачу и был с ним откровенен.

И ВОТ ТЫ СТАЛА ВЗРОСЛОЙ...

Наталья Наркизовна Реутова,
главный внештатный краевой специалист по гинекологии
детского и подросткового возраста, кандидат медицинских наук,
врач высшей категории

В жизни женщины существуют два «критических» периода, когда происходит полная гормональная перестройка организма: период становления менструальной функции (пубертатный период) и период угасания этой функции (климактерический период).

В эти «перестроечные» периоды организм наиболее уязвим для различного рода повреждающих факторов. Острые и хронические инфекции, эндокринопатия, сердечно-сосудистые заболевания – наиболее частые спутники данных периодов жизни женщины.

Становление менструальной функции – наиболее ответственный период: от того, как установится цикличность процесса, длительность «месячных», их интенсивность, зависит будущая способность рождения здорового ребенка.

Средний возраст наступления менструации (menarche) у девушек нынешнего поколения - **12,5-13 лет**, т.е. у большинства современных девочек именно к этому возрасту происходит соответствующее физическое развитие, также развитие молочных желез, оволосение в подмышечных впадинах и на лобке, формирование женской фигуры. Эти первые изменения относятся к «атрибутам» полового созревания. И как финальный, заключительный аккорд этого сложного процесса – наступление menarche. С этого момента девочка становится девушкой, ее организм готов к продолжению рода и при начале половой жизни может наступить беременность.

Что важно знать о становлении менструальной функции и ее характеристике

■ **Отсутствие менструации в 14-15 лет является очень важным поводом для обращения к детскому гинекологу.** Уверения бабушек, соседок и других советчиц в том, что «организм сам знает, когда ему созреть», «у всех в нашем роду ме-

сячные начинаются поздно» и т.д., необоснованны. Только врач поможет разобраться, что является наследственным фактором, а что требует лечения.

■ **Цикличность (периодичность) менструации должна устанавливаться в течение полугода.** «Нормальным» может считаться цикл от 25 до 35 дней (цикл считается от 1-го дня очередной менструации до 1-го дня последующей).

■ **Длительность менструации должна быть не более 7 дней.**

■ **Очень важна характеристика обильности «месячных».** Умеренными менструации считаются при использовании 3-4 объемных прокладок в сутки. Если приходится применять больше, то менструации считаются обильными, если меньше, то скудными.

Нормальные (физиологические) менструации – безболезненные или могут сопровождаться ощущениями дискомфорта, чувства «тяжести», «распирания» внизу живота. Но эти ощущения таковы, что не снижают работоспособности и не требуют приема обезболивающих препаратов.

Что должна сделать девушка при наступлении менструации?

Тщательно соблюдать гигиену. Принимать душ необходимо ежедневно, особенно в жаркий период времени. Туалет половых органов должен осуществляться утром и вечером (подмывание с использованием детского мыла или специальных средств для «интимных мест»). Во время менструации данные процедуры желательно производить 3-4 раза в день с обязательной сменой прокладок. Осо-



бого внимания заслуживает использование девушками тампонов. Применение этих гигиенических средств желательно только в связи с тем, что при несоблюдении определенных правил их использования очень часты воспалительные процессы.

Необходимо вести календарь менструации - обыкновенный карманный календарик, где отмечаются дни менструации.

Когда необходимо обратиться к подростковому врачу-гинекологу

- При отсутствии менструации в 14-15-летнем возрасте.
- При нерегулярных менструациях (цикл длиннее 35 дней или короче 25 дней).
- При обильных (приходится использовать более 4-5 прокладок в день) менструациях.
- При длительных (более 7 дней) месячных.
- При болезненных менструациях (особенно если вам приходится применять «Но-шпу», «Баралгин» и прочие обезболивающие средства).
- Когда у вас есть вопросы, которые лучше обсудить с врачом, а не с подругами, соседками и прочими «советчицами».



Наш адрес: г.Барнаул, ул.Гущина, 179.
Краевая детская поликлиника
«Клиника, дружественная молодежи»

Энтеробиоз - семейная инвазия

Нина Викторовна Елисеева,
преподаватель паразитологии,
ГОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж»

В последние годы все больше внимания уделяется проблеме паразитарных заболеваний. И это не случайно: во-первых, они занимают четвертое место в структуре всех болезней; во-вторых, паразитарные болезни являются причиной задержки психического и физического развития детей, снижают трудоспособность взрослого населения.

Вызывая аллергизацию организма пораженного человека, они снижают сопротивляемость к заболеваниям, снижают эффективность вакцинопрофилактики. Значительный удельный вес приходится на гельминтозы.



Причины возникновения энтеробиоза

Самым распространенным из них является **энтеробиоз**. Показатель заболеваемости по территории Алтайского края по контингенту «все жители» в 2004 году составил **461,8 на 100 тысяч населения**. Возбудитель энтеробиоза - **острица**. Это нитевидной формы паразит беловато-серого цвета. Длина самца 2-5 мм, самки - 9-12 мм. Толщина паразита 0,4-0,6 мм. Яйцо овальное, с двухконтурной оболочкой, прозрачное, с одной стороны сплющенное.

В самке содержится 5-10 тысяч яиц. Оптимальной влажностью для яиц остриц является 90-100°C, они очень чувствительны к высушиванию. Зрелые яйца при 10-12°C выдерживают высушивание до трех недель. В прохладном влажном месте яйца сохраняют жизнеспособность до двух недель. С повышением температуры сроки выживания сокращаются.

Энтеробиоз можно назвать семейной болезнью, так как он нередко поражает всех членов семьи. Скудность населения, особенно пере-

населенность квартир, детских садов и школ - все это способствует распространению энтеробиоза. В зимний период в помещениях находят меньше яиц остриц, чем в летний.

Восприимчивость населения к возбудителю энтеробиоза высокая. Различия в частоте и тяжести болезни зависят от количества полученного заразного материала, естественной и приобретенной устойчивости. **Пораженность наиболее высока у детей школьного возраста**, ниже - у дошкольного и еще ниже - у взрослых (за исключением матерей, у которых энтеробиозом поражены дети). Не имеется существенных различий в пораженности городского и сельского населения.



Энтеробиоз не оставляет иммунитета, о чем свидетельствуют факты зараженности в течение многих лет у одних и тех же лиц в результате самозаражения или повторного заражения от других лиц.

Источником возбудителя энтеробиоза является человек. К острицам животных человек невосприимчив. Острицы локализуются в нижнем отделе тонких кишок и на всем протяжении толстых, обитают в просвете, прикрепившись к слизистой оболочке.

В кишечнике самки яиц не откладываются. После оплодотворения самцы выходят с фекалиями, а оплодотворенные самки опускаются в прямую кишку, а после созревания яиц через заднепроходное отверстие выходят наружу и откладывают яйца перианально и в области промежности. **Отложив за короткий срок несколько тысяч яиц, самка обычно сморщивается и погибает** (часть из них гибнет при расчесах перианальных складок руками, но часть из них заползает во влагалище у девочек).

В яйцах при 35°C за 4-6 часов происходит созревание личинок, и они становятся заразными (инвазионными). Выползшие острицы вызывают зуд в области заднего прохода, что ведет к расчесыванию зудящегося места. При этом условии **успевшие дозреть яйца попадают в подногтевые пространства**. При заглатывании таких инвазионных яиц происходит заражение человека.



Передача яиц осуществляется:

- прямым переносом в рот руками тому же или другому лицу;
- через зараженные яйцами остриц объекты: пищу, воду, белье, предметы обихода, постельные принадлежности;
- через мух;
- с пылью в дыхательные

пути, откуда попадают в глотку и заглатываются.

Несмотря на то, что полный жизненный цикл остриц завершается за 3-4 недели, **зараженность человека продолжается несколько месяцев или лет**, причиной чего является повторное самозаражение.



Диагностика заболевания

Диагноз ставится на основании клинических симптомов и паразитологического обследования.

Основным клиническим симптомом является **зуд в заднем проходе**, наступающий в результате раздражения перианальных складок выползающими острицами.

При слабой степени поражения острицами зуд наблюдается главным образом по ночам и продолжается несколько дней. **При выраженной степени поражения** характерны перианальный зуд вечером и ночью, сопровождающийся нарушенным сном, раздражительностью, головокружением, утомляемостью, нарушением памяти. Могут присоединиться явления поражения желудочно-кишечного

тракта. Больные жалуются на боли в животе, тошноту, потерю аппетита, иногда на понос со слизью.

В результате постоянных расчесов области вокруг заднепроходного отверстия и недостаточной чистоплотности возникают кожные поражения ее и промежности.

Обладая большой подвижностью, у девочек острицы могут появляться в гениталиях и мочевых органах. **При поселении остриц в гениталиях могут развиваться вульвовагиниты. У больных энтеробиозом может наблюдаться аппендицит.**

Исследование кала на наличие остриц ненадежно, так как паразит обычно не откладывает яиц в просвет кишечника. Поэтому для диагностики такого вида гельминтов недостаточно прибегнуть к исследованию испражнений, а **необходимо сделать соскоб с перианальных складок в утренние часы до дефекации и утреннего туалета.** Процедура безболезненная, но весьма информативная. Энтеробиоз при интенсивной пораженности больного можно установить при обнаружении взрослых остриц в фекалиях. Осмотр выделившихся гельминтов позволяет поставить бесспорный диагноз.



Лечение и профилактика энтеробиоза

Несмотря на высокую эффективность и большой выбор медицинских средств, применять их можно **не более двух раз в год.** Лечение затруднительно вследствие постоянных самозаражений больных детей и недостатка внимания взрослых к привитию и соблюдению всеми обычных правил личной гигиены.

Внимание должно быть направлено на предохранение больного от возможности **заглатывания новых порций яиц.** Перед началом лечения больной должен тщательно вымыться, чтобы смыть с тела яйца остриц. Одновременно нужно **сменить все постельное и нательное белье, а нестирающиеся предметы прогладить утюгом.**

Больной должен спать **в плотно прилегающих к телу трусах**, которые каждый день надо **проглаживать горячим утюгом или кипятить** для уничтожения попавших на них яиц остриц. Ежедневно утром и вечером рекомендуется **обмывать промежность теплой водой с мылом.**

Большое значение имеет соблюдение обычных правил личной гигиены и гигиенических мер в семьях, дошкольных и школьных коллективах. Это - **мытьё рук после посещения туалета и перед едой, чистка и стрижка ногтей, утренние и вечерние подмывания, использование туалетной бумаги; ошпаривание посуды, ночных горшков и детских игрушек кипятком; чистота помещений, постельного и нательного белья, полотенец; избежание скученности.**

Постоянно соблюдая личную гигиену, вы не только избежите заражения энтеробиозом, но и сможете избавиться от этого заболевания, не прибегая к медикаментозному лечению.



ЭТОТ ЗНАКОМЫЙ НЕЗНАКОМЕЦ АСПИРИН

Галина Александровна Чумакова,
доктор медицинских наук,
профессор, председатель
Алтайского краевого научного
общества кардиологов

Ацетилсалициловая кислота, или аспирин, используется в медицинской практике более 100 лет. Наверное, нет в мире человека, который хотя бы раз в жизни не использовал Аспирин для снижения температуры. Его противовоспалительные свойства используют при простудных заболеваниях, головных и суставных болях. Причем, для этих целей используются большие дозы Аспирина – 0,5-1,0г.

С другой стороны, каждый человек знает, что если Аспирин попадет, например, на слизистую щеки, то очень быстро в этом месте она становится шероховатой, отекает и болезненной. А если воздействие Аспирина на слизистую будет более длительным (иногда достаточно 5-15 мин.), то может образоваться язвочка. Такие же процессы могут происходить и на слизистой желудка и, реже, кишечника, где после приема Аспирина могут образовываться язвы с высоким риском кровотечения. Особенно высок риск кровотечения у лиц с уже имеющейся язвенной болезнью желудка, 12-перстной кишки.

Уже более 20 лет назад у Аспирина было выявлено еще одно чрезвычайно важное и интересное свойство. Оказалось, что он способен блокировать способность клеток крови, прежде всего, тромбоцитов склеиваться между собой, а также приклеиваться к стенкам сосудов, а значит, предупреждать образование тромбов в сосудах. Благодаря этому свойству аспирин нашел широкое применение как антиагрегантный, т.е. препятствующий склеиванию тромбоцитов препарат. Это позволяет Аспирину предупреждать тромбообразование, предупреждать развитие инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, ишемического инсульта, тромбоза сосудов нижних конечностей и многих других жизнеопасных сердечно-сосудистых событий и осложнений. Особенно это важно для пациентов, уже перенесших инсульт, инфаркт миокарда, а также какие-



либо операции на сосудах, что увеличивает риск тромбообразования.

Очень важно, что свои антиагрегантные свойства Аспирин проявляет только в малых дозах - от 75 до 125 мг, что составляет 1/8-1/4 таблетки Аспирина, который обычно выпускается в дозе 500 мг. В больших дозах эти дополнительные антиагрегантные свойства пропадают, а риск осложнений и, прежде всего, кровотечений уменьшается, но сохраняется.

Длительное время фармацевтические компании пытались создать такую форму Аспирина, которая сохраняла бы все его защитительные свойства, но при этом защищала желудок от его агрессивного воздействия. Особый интерес в этой связи представляет препарат «Кардиомагнил», который содержит Аспирин в дозе 75 или 150 мг в соединении с гидроокисью магния в дозе 100 мг. Гидроокись магния связывает соляную кислоту в желудке, обладает обволакивающими свойствами и другими благоприятными воздействиями на слизистую желудочно-кишечного тракта. Это существенно снижает риск образования язв и развития кровотечений.

Аспирин является важным препаратом для первичной и вторичной профилактики жизнеопасных сердечно-сосудистых осложнений. Но, чтобы при лечении Аспирином потенциальная польза значительно превышала потенциальный риск осложнений, даже такой безопасный его вариант, как «Кардиомагнил», должен быть назначен только врачом.

Мир и МЕДИЦИНА

Ходьба – лучшая тренировка

Чтобы похудеть, совсем не обязательно совершать спортивные подвиги или голодать. Рецепт стройности, который вывели зарубежные независимые исследователи, прост: чуть больше двигаться, чуть меньше есть.

Расчет таков: сделав 2000 дополнительных шагов за день и съев на 100 калорий меньше, вы прекратите набирать вес. А если добавить к этому еще немного гимнастики, то вы будете худеть.

Сегодня существуют оздоровительные программы, призывающие людей каждый день делать на 15000 шагов больше. Врачи протестуют: эта нереальная норма будет провоцировать чувство вины у желающих похудеть. А это – лишний стресс, который, в свою очередь, вызывает переедание.

Кариес по наследству

Американские микробиологи обнаружили, что кариес у ребенка вызывает бактерия, передающаяся от матери, а не сахар и сладости, как считалось раньше.

На протяжении нескольких лет ученые проводили исследования. Они брали у детей и их матерей пробы слюны и сравнивали ДНК имеющихся микробов. Оказалось, что почти у каждого во рту свой собственный штамм стрептококка, и только мать и ребенок, как правило, имеют одинаковый штамм. Из 34 детей 24 имели тот же штамм, что и их матери. А у 10 были штаммы неизвестного происхождения, кстати, большинство из этих детей вскармливались искусственно.

Что интересно, для ребенка опасны лишь те стрептококки, которые обитают во рту матери, а вот стрептококки отца или других людей безвредны. Сравнение микрофлоры показало, что их микробы различны.

Поэтому, чтобы защитить детей от кариеса, по мнению ученых, необходимо заботиться о гигиене полости рта как матери, так и ребенка.



Что делать, если..., или Путеводитель по сердечным проблемам

Болезни сердечно-сосудистой системы прочно лидируют по распространенности среди всех неинфекционных заболеваний. Их осложнения являются частой причиной стойкой утраты трудоспособности, печальная пальма первенства по смертности также у сердечно-сосудистых заболеваний.

Сердце - это саморегулирующийся мышечный насос, выполняющий огромную и важную работу по кровоснабжению организма. Для многих из нас работа сердца и жизнь - это понятия-синонимы. Поэтому любые болевые ощущения в грудной клетке, особенно в левой половине, «прямо в сердце», как обычно говорят пациенты, настораживают, пугают. Воображение рисует самые ужасные картины, возникает паника.

В первую очередь, определимся, что **боли в грудной клетке по своему характеру и происхождению бывают различными**. Есть боли, возникающие непосредственно в грудной клетке вследствие заболеваний сердца, сосудов, легких, пищевода, нервных сплетений, мышц, костного каркаса. Есть и «отраженные» боли - при патологии брюшной полости (камни желчного пузыря, язвенная болезнь, панкреатит) и забрюшинного пространства. Есть и функциональные кардиалгии, имеющие неврогенное происхождение. Это наиболее распространенные боли, как правило, не связанные с органической патологией и не несущие опасность для жизни.

Часто болезни других органов «надевают маску» болезней сердца и наоборот. Как же быть, если в груди заболело? С чего начать оказание помощи и самопомощи? Куда обратиться?

Ситуация 1

Внезапно возникшая интенсивная давящая, жгучая (похожая на сильную изжогу) боль за грудиной, разлитая по площади, отдающая в левое плечо, руку, лопатку, левую половину шеи и нижней челюсти; сопровождающаяся резким ухудшением самочувствия, холодным потом, длится она от 15-20 минут до получаса. К провоцирующим факторам относятся большие физические нагрузки и стресс. У этой боли есть предрасполагающие состояния, такие, как - гипертоническая болезнь (в 65% случаев), курение (31%), сахарный диабет (10%). Чаще бывает у мужчин в трудоспособном возрасте или у женщин старше 60 лет.

Помните, что действовать при такой боли нужно незамедлительно!

Что делать?

- принять аспирин внутрь одну таблетку;
- положить 1 таблетку нитроглицерина под язык;
- вызвать «Скорую помощь», при этом постарайтесь спокойно, подробно и коротко изложить диспетчеру суть проблемы. До приезда машины «Скорой помощи» можно повторно принять нитроглицерин.

Не забывайте, что исход острого инфаркта миокарда, когда гибнет часть сердечной мышцы, в большей степени зависит от быстроты доставки в специализированное отделение, а также от времени начала проведения адекватного лечения.

Ситуация 2

Характеризуется умеренным сдавлением за грудиной, стеснением, легким жжением, с возможной иррадиацией в левое плечо, руку, возникающее всякий раз на пике физической нагрузки, боль длится до 5-10 минут, проходит, как правило, при прекращении нагрузки. Если эти проявления имеют место в вашей жизни и появились впервые 1-4 недели назад, то эта ситуация требует срочного обращения к кардиологу или терапевту. Впервые возникшая стенокардия, которую не лечат, у 50% пациентов развивается в острый инфаркт миокарда или вызывает даже внезапную смерть.

Ситуация 3

Разнообразные боли по характеру, кратковременные, колющие, «как игла-



**Елена Егоровна Жукова,
главный кардиолог города
Бийска**

ми», режущие, «как ножом», локальные, часто в области левого соска или длительные - до нескольких часов, суток, ноющие, саднящие, грызущие и др., сопровождающиеся чувством тревоги, страха и т.д. Чем разнообразнее характер и эмоциональная окраска болевых ощущений в грудной клетке, тем меньше вероятность их сердечного происхождения. Разумеется, эти боли требуют детализации, поиска и устранения причины их возникновения; для этого вам необходимо обратиться к терапевту или неврологу.

Куда обращаться или

Структура кардиологической помощи г.Бийска

«Скорая помощь»,

специализированные кардиологические бригады

Стационарная помощь:
отделение неотложной кардиологии Центральной городской больницы

терапевтические стационары по месту жительства

ревматологическое отделение МУЗ «Городская больница № 4»

Амбулаторная помощь:
кардиологи

терапевты поликлиник города и Диагностического центра «Мать и дитя»

Алтайский краевой кардиологический диспансер

Согласно технологии оказания специализированной кардиологической помощи, все кардиологи города работают коллегиально, четко выполняя необходимый объем оказания помощи и обследований на каждом из этапов.

Кому необходимо срочно обратиться к кардиологу:

- ◆ мужчинам старше 35 лет с впервые возникшими болями за грудиной при физической нагрузке (ходьба в темпе, бег, подъем по лестнице, в горку);
- ◆ лицам со сложными нарушениями ритма (после осмотра терапевта и записи ЭКГ).

Кому не нужно обращаться к кардиологу:

- ◆ молодым женщинам (до климакса) с колющими, ноющими болями в левой половине грудной клетки, похолоданием конечностей, «переворачиванием сердца», нехваткой воздуха, неудовлетворенностью вдохом и своей личной жизнью. В данной ситуации целесообразнее обратиться к терапевту или психоневрологу.

Что делать, если ваше артериальное давление больше 140/90 мм рт.ст.?

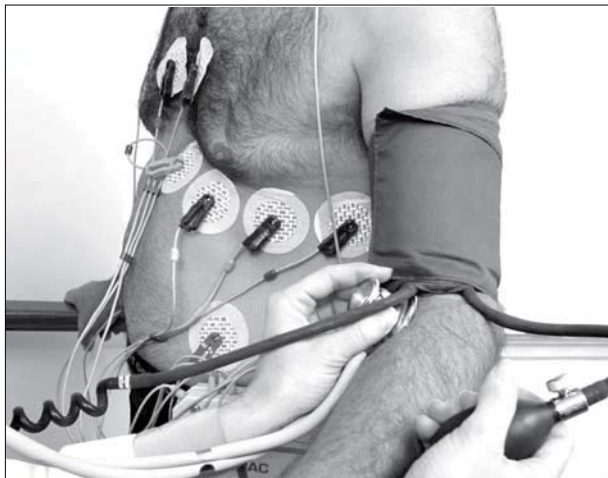
В плановом порядке необходимо обратиться на прием к терапевту по месту жительства или работы. Полезно вести дневник АД, с результатами измерений которого ознакомить доктора.

Помните! Осложнениями нелеченой артериальной гипертензии являются мозговой инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть. Залог успеха - в соблюдении здорового образа жизни, в правильно подобранном **непрерывном** лечении.

Больным с хроническими формами ишемической болезни сердца жизненно необходимо строго выполнять назначения врача-кардиолога или терапевта по приему препаратов, всегда иметь при себе нитраты быстрого действия: например, нитроглицерин в виде таблеток или в виде спрея (нитроминт или нитро-спрей).

Это краткий путеводитель в проблемах сердца, даны лишь основные направления и азы, которые должен знать каждый человек. Остальное зависит от мастерства и знаний вашего доктора. Ни в коем случае не занимайтесь самолечением!

Будьте здоровы!



Мир и МЕДИЦИНА

Мыши дарят лысым надежду

До сих пор ученые не определились, отчего люди лысеют. Механизм уже давно изучен: все дело - в бесплодии волосяных луковиц. Другой вопрос: как их заставить снова выращивать волосы? Кэтрин Томпсон и ее коллеги из Медицинской школы Джона Хопкинса специально ради этой цели взялись исследовать ген, ответственный за рост волос.



Они взяли абсолютно голых мышей, у которых этого гена нет (животные рождаются с нормальным мехом, однако затем он выпадает и никогда больше не растет). Генетически модифицировав некоторые клетки волосяных фолликул, ученые смогли снова «вырастить» мех у мышей и теперь жаждут повторить эксперимент на человеке-добровольце. Несмотря на то, что расстройство, связанное с «лысым» геном, не является основной причиной плешивости у людей, понимание механизмов, благодаря которым волосы вырастают повторно, поможет ученым определить, отчего же они все-таки выпадают.

Стволовые клетки пересаживают в мозг больных детей

Администрация США по продуктам питания и лекарствам дала разрешение группе медиков из Стэнфордского университета на первую в мире пересадку стволовых клеток плода в человеческий мозг.

Клетки будут пересажены шестерым детям, страдающим болезнью Баттена: это очень редкое и смертельное нейродегенеративное заболевание, причиной которого является дефектный ген. Он отвечает за выработку фермента, необходимого мозгу для освобождения от продуктов обмена веществ. Фермента недостаточно, вредные «отходы» накапливаются, что приводит к слепоте, параличу, утрате речи. Дети погибают до 10 лет. Идея заключается в том, что после введения в мозг стволовые клетки смогут трансформироваться в здоровые нейтроны, способные производить недостающий фермент. Эксперименты на мышах дали хороший результат. Во избежание актов агрессии название фонда, предоставившего в распоряжение врачей abortивную ткань, не сообщается.

СКОЛЬКО СТОИТ ЗДОРОВЬЕ?

Надежда Михайловна Медведева,
главный врач городского центра медицинской профилактики,
г. Бийск

Время, которое ложится на экономику, систему здравоохранения и общество из-за таких неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологические, хронические заболевания легких, диабет, требует поисков эффективных стратегий для решения проблем. Они являются основной причиной смертности населения России, в том числе и преждевременной, то есть в трудоспособном возрасте.

Все эти заболевания имеют один общий признак: их формирование в значительной степени обусловлено поведением самого человека, его привычками. Я говорю о так называемых «поведенческих факторах риска». К ним относятся **табак, нерациональное питание, низкая физическая активность и алкоголь**, которые способствуют, в свою очередь, формированию таких биологических факторов риска развития заболеваний, как избыточная масса тела, артериальная гипертензия, нарушение жирового и углеводного обмена.

Исследование по питанию, проведенное в Бийске весной этого года, показало, что распространенность указанных поведенческих факторов риска среди бийчан достаточно высока. **63% женщин и 43% мужчин имеют повышенный вес или страдают ожирением.** Основная часть опрошенных **любит соленую пищу.** Несмотря на то, что большинство знают, что животные жиры вредны для организма, почти все **по утрам едят бутерброды со сливочным маслом.** Довольно хорошая информированность **о пользе йодированной соли** не привела к формированию привычки употреблять ее в пищу систематически.

Эти неправильные привычки питания относятся к **поведенческим факторам риска** формирования таких заболеваний, как **инфаркт миокарда, инсульт, заболевания щитовидной железы, некоторые онкологические заболевания.** В сочетании с другими факторами риска (курение, употребление алкоголя, стрессы, низкая физическая активность) это приводит к **росту заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.**

Около 50% смертности в трудоспособном возрасте обусловлены **заболеваниями сердечно-сосудистой системы.** На втором месте среди причин преждевременной смер-

ности населения - **онкологические заболевания.** Люди, имеющие генетическую предрасположенность к онкозаболеваниям, неправильными привычками питания, пристрастием к табаку, алкоголю во много раз увеличивают риск реализации этой предрасположенности.

Мы все привыкли уповать на тяжелые условия жизни, которые способствуют развитию ряда заболеваний, ждем каких-то радикальных мер от администраций городов и районов, от Правительства и Думы. Несомненно, бедность, безработица и социальное неравенство косвенно способствуют развитию некоторых неинфекционных заболеваний. **Однако давайте начнем с себя! Всё ли мы делаем для сохранения своего здоровья? Всегда ли мы придерживаемся принципов здорового образа жизни? Достаточно ли мы двигаемся? И нет ли у нас каких-то вредных привычек?**

Если вдуматься, приверженность к здоровому образу жизни не требует больших материальных вложений. **Здоровое питание - не значит дорогое.** Все продукты, относящиеся к разряду «безвредных», гораздо дешевле, чем «вредные». Хлеб грубого помола, макаронные изделия и крупы, которые должны составлять основу нашего питания, в магазинах доступны для потребителя и стоят дешево. Обезжиренное молоко - в два раза дешевле жирного. Овощи и картофель - многим могут обойтись вообще бесплатно, с личных огородов.

По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения каждый человек должен съедать ежедневно не менее 400 граммов овощей и 200-300 граммов картофеля. Рекомендуется употреблять в пищу замороженные или сушеные ягоды и фрукты. При этом подчеркивается наибольшая польза местных овощей, фруктов и ягод. В странах Средиземноморья, где основу рациона составляют овощи и фрукты с мини-



мальным потреблением мясных продуктов, **заболеваемость сердечно-сосудистыми и некоторыми онкологическими заболеваниями в десятки раз ниже**, чем в северных регионах Европы, где в привычках питания превалирует употребление мяса.

Повысить свою физическую активность можно бесплатно и нетрудоемко, если взять за привычку **ходить пешком по 30-40 минут пять раз в неделю.** Для этого нужно всего лишь проходить хотя бы часть пути на работу или с работы пешком. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения такая нагрузка считается достаточной для поддержания нормального тонуса сердечно-сосудистой системы. Кроме того, это нормализует обменные процессы, снижает уровень холестерина в крови.

Профилактическое вмешательство, проведенное на промышленных предприятиях нашего города поликлиникой городской больницы №2 в течение полугода, показало, что **снижение потребления соли, курения, введение принципов рационального питания и повышение физической нагрузки в экспериментальных группах рабочих** привело к снижению за этот период артериального давления на 11-70%.

Это ли не доказательство пользы здорового образа жизни? Давайте подумаем о сохранении своего здоровья и здоровья наших близких и сделаем совсем небольшое усилие для создания условий жизни, приближенных к здоровым. Как видите, это совсем недорого стоит!

Идалия Федоровна Шевцова (Урсатий)

Фельдшер-лечебник, педагог, писатель, родилась в селе Завьялово Алтайского края. Окончила Ленинградское медицинское училище №14, работала в городах Бийске, Ленинграде, Сары-Озеке. Позже окончила Бийский государственный педагогический институт. Работала в школах г.Бийска, в городской инспекции по делам несовершеннолетних, заведующей библиотекой. Имеет звание «Отличник советской милиции», медаль за безупречную службу. Лауреат Второго Всеобщего фестиваля народного творчества (Москва, 1987 год). Участница Дней славянской письменности и культуры в республике Молдова, 1997 год. Член Международного сообщества писательских союзов от Приднестровья (1995 год). Является автором и составителем нескольких книг прозы, поэзии, воспоминаний и размышлений.



Ищи проблему в себе

Еще в детстве мы впервые знакомимся с понятиями добра и зла. Почти все сказки, на которых растут и воспитываются дети, построены на борьбе светлого, чистого и доброго с темным, грязным, завистливым и злым. А когда мы становимся взрослыми, то понимаем, что противостояние добра и зла существует и в реальной жизни. Чистая, светлая сила Любви, Добра и Веры переполняет сердца тех, кто живет не во зле, а зло съедает человека, его душу, вызывает болезни.

Первым и самым главным признаком возникновения зла является зависть. От нее человеку плохо: он не находит себе места, плохо спит, пропадает аппетит; а затем в него вселяется зло, которое продолжает свою разрушительную деятельность. И тогда красота уходит, окружающий мир становится тесным и неудобным, никто не может угодить, виноваты все, кроме того, кто сам возродил в себе зависть, а потом зло, - все виноваты, что у него, завистника, ничего не получается в жизни так, как он хотел бы. А ведь когда-то улыбка, здоровая и притягательная, не сходила с его лица. В чем же причина? Человеку перестало хватать того, что он имеет, ему захотелось больше, и настолько, что даже самому Господу не по силам обеспечить это желание, - а это просто: прийти вновь к чистой, светлой, доброй Любви, к людям и всему земному, обуздать желания и довольствоваться тем, что идет к человеку естественно, при разумной затрате энергии, которая дана по силам этого человека. Все, что больше, является разрушительным для желающего.

Я вспоминаю хирурга Балабановского, который преподавал нам в ленин-

градском медучилище №14. Он говорил о том, что все болезни - от хотения, превышающего возможности, и человек, изводя себя крайностями, получает один стресс за другим. Даже воспаление аппендицита - это сигнал: ищи проблему в себе - начинаются разрушения в организме. Любить надо. Ведь человек начинает стареть не от возраста, а от недостатка Любви и отдачи ее окружающим, чтобы она вернулась к тебе сторицей. Озлоблены и больны те дети, которые не получают любовь от самых близких: матери и отца. Эту любовь они должны чувствовать постоянно, чтобы их тянуло домой, а не на улицу, откуда они набираются не столь приятного, грубого и приносят все это домой. Да и на

улицу, которая сама по себе не учит, выходят дети из дома, из семей, в которых набираются и плохого, и хорошего, передавая это друг другу. Почему нам надо хлопнуть дверью так, чтобы почувствовали все на своих ушах и нервах? Осторожно прикрывать ее могут несущие добро, а не разрушение. Мы сами обращаем себя в больных, находя отрицательное в окружающем мире и людях, общающихся с нами.

А почему бы нам не отыскивать хорошее, светлое, ласковое? Улыбайтесь почаще друг другу! Любите! Читайте стихи о Любви и Природе, и тогда светлые чистые родники вашей души запляшут, очищая помыслы, даруя здоровье и мир близким и друзьям!

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**

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

Лиц. № 22-01-000153 выдана ФНС/СЭС от 14.07.06г.



Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и рак простаты

Мнир Рахимжанович Хаджимуратов,
врач высшей категории, главный уролог города Бийска,
заведующий межрайонным урологическим отделением,
«Центральная городская больница», г. Бийск



Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста. Первые признаки заболевания могут появляться в 40-50 лет (11-30%) и достигают 80-90% в возрасте 80 лет. Значительно позже появляются клинические признаки, подталкивающие больного обратиться к врачу-урологу.

Причина ДГПЖ в настоящее время точно не установлена. Общеизвестной является теория возрастного гормонального дисбаланса на фоне других хронических заболеваний, таких, как **артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания печени**, также на развитие заболевания влияет **курение и злоупотребление алкоголем**. Нередко ДГПЖ развивается у практически здоровых мужчин пожилого возраста.

Лечение ДГПЖ, как и любого другого заболевания, зависит от **своевременного обращения больного к врачу**, так как лечебная тактика напрямую связана со стадией болезни. Поэтому перечислю наиболее типичные признаки заболевания. Знание этих симптомов позволит больному вовремя обратиться к врачу за консультацией. **Первым симптомом является ослабление струи мочи с одновременным учащением мочеиспускания, особенно в ночное время.** Мочеиспускание сопровождается напряжением брюшной стенки, прерывистой струей мочи, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря. Также могут **появляться боли над лоном и в половых органах, рези в мочеиспускательном канале** и т.д.

ДГПЖ является медленным прогрессирующим заболеванием, в начальной стадии симптомы носят волнообразный характер с чередованием периодов ухудшения, улучшения и стабилизации.

К сожалению, **вышеперечисленные симптомы могут иметь место и при других урологических заболеваниях**, таких, как хронический простатит, рак

простаты, воспаление мочевого пузыря. Поэтому **только своевременное обращение к урологу, проведение специального обследования позволят установить правильный диагноз** и определять дальнейшую тактику лечения.

Выбор метода лечения (консервативный или оперативный) зависит от стадии заболевания. **Оперативное лечение** разделяется на двухэтапную, одноэтапную аденомэктомию и эндоскопическую операцию - **трансуретральную резекцию простаты (ТУР)**. ТУР простаты является наиболее распространенным в мире методом операции и считается «золотым стандартом», к которому должны стремиться все врачи. На сегодняшний день у наших больных с апреля 2005 года появилась возможность проведения данной операции в **урологическом отделении Центральной городской больницы г. Бийска**.

При первичном обращении и выявлении признаков ДГПЖ для уточнения диагноза проводятся необходимые обследования с обязательным пальцевым ректальным обследованием и желателен проведение трансректального УЗИ. При диагностировании неосложненной формы заболевания врач назначает **консервативное лечение**, которое включает противовоспалительные препараты, спазмолитики, растительные препараты, адреноблокаторы. Большой берется на «Д»-учет с обязательными периодическими осмотрами не менее двух раз в год.

При прогрессировании заболевания и переходе его во 2 и 3 стадии с присоединением осложнений, таких, как хроническая задержка мочи, образование камней мочевого пузыря, частые воспаления мочевого пузыря, требующие лечения, развитие осложнений со стороны почек, является показанием к назначению хирургического лечения. **Постоянное «Д»-наблюдение больного у врача-уролога является залогом успешного и правильного лечения и своевременного проведения оперативного лечения с хорошим результатом.**

Необходимость обязательного наблюдения мужчин старше 50 лет врачом-урологом продиктовано увеличением частоты такого грозного заболевания, как **рак предстательной железы**. За последние 10-15 лет рак простаты занимает первое место по прогрессирующей частоте заболевания и - 2-3 место среди причин смертности от всех злокачественных заболеваний.

Первые симптомы рака простаты схожи с проявлениями ДГПЖ. В своевременности и правильности установки диагноза большая роль принадлежит **врачу-урологу**. От полноты и адекватности назначенного и проведенного обследования зависит точность диагностики.

При подозрении на рак простаты, кроме общеклинических методов обследования, обязательно проведение **ректального пальцевого обследования простаты, трансректального УЗИ и определение простатспецифического антигена крови (ПСА)**, а при необходимости - и **биопсии простаты**.

При установлении диагноза назначается лечение: гормонотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение или комбинированное лечение. Эффективность лечения во многом зависит от своевременности выявления болезни, стадии заболевания и чувствительности опухоли к гормоно- и лучевой терапии. Наиболее радикальным методом лечения рака простаты является операция: **радикальная простатэктомия**, которую освоили и успешно проводят в последнее время в онкоурологическом отделении краевого онкологического центра.

В заключение еще раз хочу призвать всех мужчин внимательно и бережно относиться к своему здоровью, своевременно обращаться к врачу-урологу для получения необходимой помощи в лечении заболеваний предстательной железы.

Успехи урологии

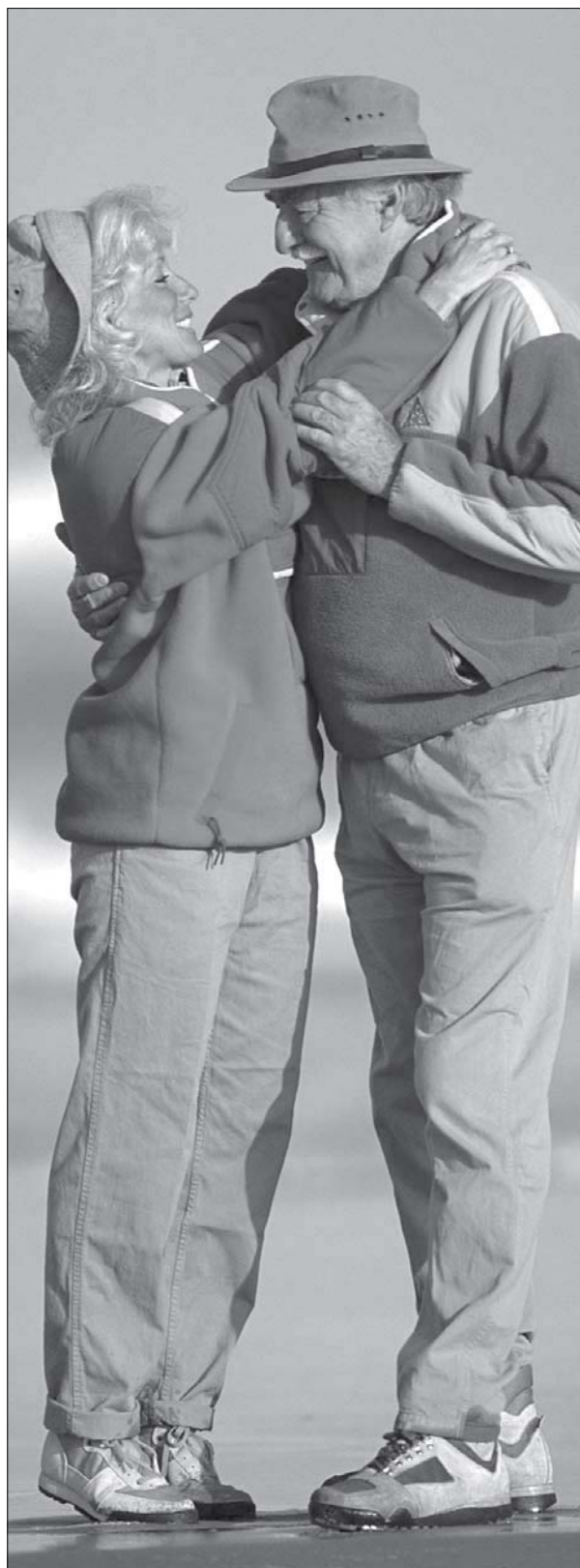
Урологическое отделение ЦГБ г.Бийска создано в середине 60-х годов прошлого столетия. У истоков бийской урологической службы стояли такие замечательные врачи, как **А.Н. Дынин** - заслуженный врач РСФСР, **В.В. Бабушкина**, **Б.А. Пеньков**. Все годы своего существования отделение является межрайонным и оказывает специализированную и квалифицированную помощь урологическим больным.

Заметное развитие урологическая служба получила в последние 10 лет, когда было получено новое современное диагностическое и лечебное оборудование: **Rg-логическая установка с хорошим качеством обследования, аппараты УЗИ**, которые значительно расширили возможности диагностики и лечения, **эндоскопические волоконные аппараты** и полученный в 2005 году **цистоскоп, аппарат для гемодиализа**.

В урологическом отделении успешно проводятся такие сложные операции, как **пластика уретры, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, обширные резекции мочевого пузыря, разделение подковообразной почки**, а также сотни других рядовых операций, которые возвращают больным драгоценное здоровье.

В отделении урологии сегодня работают **шесть врачей**. Из них двое имеют **высшую категорию**, трое - **первую**. Врачи постоянно повышают свои теоретические и практические знания на курсах повышения квалификации, международных и российских симпозиумах, регулярно участвуют в работе краевого научного общества урологов, где, благодаря инициативе главного уролога Алтайского края, заведующего кафедрой урологии и нефрологии АГМУ, профессора **А.И. Неймарка**, регулярно выступают с докладами ведущие специалисты НИИ урологии МЗ и СР РФ и других ведущих клиник г.Москвы.

Надеемся, что уже в следующем году наше отделение приобретет новые современные аппараты для дистанционного и контактного дробления камней мочевых путей, эндоскопическую аппаратуру, аппараты УЗИ для расширения объема малоинвазивных технологий.



Шаг 4:

Осторожно – угол

В старину на Руси не знали слова фэн-шуй. Но там, где китаец сказал бы: в этом доме хороший фэн-шуй, русский скажет: у дома есть душа. Но обе традиции советуют избегать в жилом помещении острых углов. По мнению древних китайцев, острый угол создает нехорошую энергию ша, которую называют «отравленной стрелой», пронизывающей энергетику. Острые углы, действительно, создают психологический дискомфорт. Даже не замечая их присутствия, некоторые чувствительные люди могут ощущать необъяснимые приступы слабости.

Шаг 5: Атмосфера

Освещение

Еда - занятие спокойное и умиротворяющее, поэтому освещение в столовой желательно предпочесть мягкое, но не тусклое. Не надо использовать лампы дневного света. Для столовой благотворно ощущение простора, поэтому человек обычно чувствует себя лучше, когда ест в комнате с высоким потолком. Чтобы создать иллюзию высоты, экспериментируй со светом! Направив светильники вверх, можно немного «поднять» потолок.

Цвет

Для кухни предпочтительна ненавязчивая палитра. Яркие цвета могут действовать на нервы. Нежелательно использование коричневых, грязно-серых и розовых оттенков. Кремовый, нежно-зеленый, приглушенный синий - идеальные цвета для трапезы.

Звуки

Древним китайцам были неведомы телевизоры, так что они не дают на их счет никаких рекомендаций. Зато современные медики советуют отказаться от просмотра телепрограмм в момент еды. Функция телевизора на кухне - развлекать хозяйку в процессе приготовления блюд. «Переваривая» информацию во время еды, мы отвлекаемся от переваривания самого главного - пищи. Но ненавязчивый музыкальный фон фэн-шуй одобряет!

Шаг 6: По душам

Предметы в доме - наши питомцы. У каждой вещи есть тело, за которым нужно ухаживать, и душа. Так что нет ничего странного в том, чтобы время от времени общаться с предметами интерьера и благодарить их за то, что они приносят пользу и радуют глаз. Увидите, вещи не останутся в долгу и взамен на ласку подарят вам уют, душевное равновесие и хорошее здоровье.

Письмо в РЕДАКЦИЮ

«Из-за долгого сидения к вечеру ноги начинают «гудеть», как чугунные. А стоит пройтись пешком, к концу дня появляются тянущие боли в икрах. Можно ли как-то справиться с этой проблемой?».

Светлана Д., г.Барнаул

Синдром усталых ног

Синдром усталых ног встречается у многих. У одних к концу дня ноги становятся тяжелыми, у других - просто немеют. У третьих появляется сильная боль в стопах и голенях, судороги в икрах. А иногда людям даже трудно объяснить, какие ощущения они испытывают. Основная причина - это большая нагрузка. Тем не менее, неприятные ощущения в ногах могут наступить после длительной неподвижности. Например, после многочасовых заседаний и авиаперелетов.

При синдроме усталых ног обычно состояние ухудшается ночью, во время отдыха. Это свойственно, в первую очередь, беременным женщинам и пожилым людям. Кроме того, он может быть признаком какого-либо гормонального сбоя. Или «первой ласточкой» варикозной болезни ног.

Как избавиться от синдрома? Специалисты рекомендуют средства в зависимости от первопричины.

Если все дело в венах, то начните ухаживать за своими ногами прямо на рабочем месте. Откажитесь от привычки во время работы держать на коленях тяжелые папки. При работе за столом ставьте ноги на специальную перекладину или на невысокую скамеечку. Когда сидите, не кладите одну ногу на другую. Каждые 10-15 минут вытягивайте их вперед. Можно отводить их в стороны, затем сгибать в коленях. Полезно по несколько раз вращать стопы - по часовой стрелке и против нее.

Очень важно каждый вечер устраивать своим натруженным ногам отдых. Для этого не меньше четверти часа нужно полежать на спине с поднятыми ногами. Либо встать на четвереньки - на локти и колени. Такая поза особенно благоприятна для вен. Остановить развитие варикоза и свести к минимуму дискомфорт помогают натуральные масла: миндаля, лаванды, кипариса, лимона и можжевельника. Их осторожно втирают во влажную кожу ног после душа или ванны.

Бывает так, что проблема дает о себе знать в один и тот же период - **накануне или во время менструации.** Причина все та же - гормональные изменения, которые затрудняют работу вен. В таком случае рекомендуется за неделю до критических дней **принимать специальный травяной настой.** Его го-

товят в домашних условиях из корня валерианы, листьев мяты перечной и цветков ромашки аптечной (в соотношении 1:1:1,3). Одну-две столовые ложки растительной смеси залейте 2 стаканами кипятка, настаивайте 30 минут, процедите и принимайте по 1 стакану 2 раза в день - утром и вечером.

Бывает, что причина сильных тянущих болей в икроножных мышцах - **недостаток витаминов и микроэлементов в организме.** И прежде всего кальция. Именно поэтому следует ежедневно принимать по 1-2 драже комплекса поливитаминов с кальцием, железом и другими минералами. Но большинство специалистов больше ценят так называемый живой кальций. Тот, которым богаты яичная скорлупа и несладкие молочные продукты, особенно сыр и творог.

Нельзя забывать, что усвоение кальция ухудшает рафинированный сахар, большое количество кофе, а также никотин и алкоголь. Если вы принимаете препараты кальция, то имейте в виду, что он лучше усваивается, если принят не натощак, а во время или после еды.

В том случае, если специфическую причину синдрома установить не удалось, «гудящим» ногам помогут расслабиться обыкновенные **ножные ванны.** Их следует делать каждый вечер перед сном. Хорошо снимает утомление теплая ванна с морской или поваренной солью. Рекомендуется чередовать солевые процедуры с различными травяными ваннами. К примеру, с настоями из смеси цветков ромашки, березовых листьев и мяты. В термосе залейте 100г смеси литром кипятка. Через 40 минут вылейте настой в ванну для ног. В другой раз можно добавить в воду 5-10 капель эвкалиптового масла.

И последнее. Воспользуйтесь одним нехитрым советом. Налейте в ванну холодной воды по щиколотку, встаньте туда и сделайте 100 шагов. Поверьте, тяжесть в ногах исчезнет сама собой.

На заметку. Эффективно действуют на уставшие ноги **ежедневные контрастные ванны.** Попеременно опускайте ступни в горячую воду на 5 минут и на 30-60 секунд - в холодную. Повторите процедуру несколько раз. В конце помассируйте ноги, интенсивно растирая их кремом.



Не допустить аборта!..

Татьяна Ивановна Рыкунова,
врач высшей категории, заведующая гинекологическим отделением
МУЗ «Центральная городская больница», главный внештатный
акушер-гинеколог комитета по здравоохранению, г.Бийск

Аборт - это прерывание беременности до того момента, когда плод становится жизнеспособным. В России абORTы разрешены законом и используются как форма контроля рождаемости. Лишь одна из трех беременностей в России заканчивается родами, две - прерываются искусственно. Ежегодно из 100 россиянок 4-5 делают абORTы. А всего в нашей стране совершается 1,6 миллиона подобных операций в год.

При этом постоянно говорится о вреде абORTов, каждая девушка, женщина знает, что искусственное прерывание беременности подрывает женское здоровье и нередко приводит к бесплодию, опустошает не только тело, но душу. И тем не менее... **К основным причинам, из-за которых женщины принимают решения об абORTE, относятся:**

- желание отложить рождение ребенка;
- социально-экономические;
- проблемы взаимоотношений;
- возраст;
- здоровье;
- вынужденные обстоятельства;
- нежелание родить ребенка.

Аборт, «операция вслепую», не проходит бесследно для здоровья женщины, это один из главных повреждающих факторов репродуктивной системы, так как приводит не только к значительной гормональной перестройке женского организма - «гормональному стрессу», но и к серьезным эмоциональным осложнениям. Многие женщины и их партнеры-мужчины испытывают в той или иной степени депрессию, раскаяние, чувство вины...

Кроме того, **аборт сопровождается многочисленными осложнениями** - безопасного аборта не бывает. Искусственное прерывание беременности угрожает жизни, материнская смертность после аборта составляет 63% от всех случаев материнской смертности, провоцирует воспалительные заболевания, приводит к бесплодию, причиняет моральную травму, вызывает нейро-эндокринные нарушения, создает проблемы в сексе и ни в коем случае не освобождает от необходимости предохранения.

Был проведен анализ ранних и отдаленных результатов искусственно-



го аборта у 400 женщин в сроки от 2 месяцев до 2 лет. В первые два месяца после операции у **18%** женщин диагностированы воспалительные заболевания, у **11%** - эрозия шейки матки, у **7%** - эндометриоз, у **4%** - нарушение менструального цикла. Через два года у половины из этого числа женщин выявлены следующие гинекологические заболевания: хронические воспаления придатков - у **12,5%**, эрозия шейки матки - у **10,5%**, сочетание эрозии шейки матки с хроническим воспалением придатков - у **2,7%**, кольпиты - у **1,7%**. И все это не считая множества осложнений самой операции медицинского аборта: таких, как повреждение матки, шейки матки, кровотечения, неполное извлечение плодного яйца, инфицирование, тромбозомболии.

Мы находимся в условиях эпидемии аборта и, как следствие, имеем все вытекающие последствия. При этом **существует много способов предохранения от нежеланной беременности:** биологический метод, применение оральных контрацептивов, мини-пилюли, гормональные имплантаты, инъекции препаратов Дено-Провера, гели, свечи, перевязка маточных труб. Наряду с этим на рынке появляются **новые контрацептивные средства:** например, гибкое контрацептивное вагинальное кольцо «НоваРинг», обеспечивающее женщине спокойствие на целый месяц и осуществляющее минимальное влияние на организм. Существует и экстренная, или срочная контрацепция, так сказать, аварийная - «Эскапел» - возможность предупредить нежеланную беременность в течение нескольких дней после близости, при которой меры контрацепции не применялись или оказались неудачными.

Альбина Павловна Сердюкова,
заместитель главного врача по
поликлинической работе бийской
городской больницы №1,
Заслуженный врач РФ

Рождение здорового ребенка – это возможно!

Рождение ребенка – это большое и даже главное событие в жизни каждой семьи. Вместе с огромным счастьем, это событие приносит много забот и тревог, даже если малыш родится здоровым. И ни с чем не сравнимым горем является рождение больного ребенка. Этого чаще всего можно избежать, если появление ребенка на свет родителями планируется заранее, если они **серьезно подходят к этому событию.**

Помните, что если вы курите, употребляете алкоголь, наркотики или медикаменты, не предписанные врачом, ваш не родившийся пока еще ребенок делает это вместе с вами...

Инфекция – одна из основных причин невынашивания или прерывания беременности, формирования пороков развития у плода.

На этапе планирования беременности, кроме отказа от вредных привычек, каждой семейной паре советуем пройти предварительное обследование на выявление хронических инфекций: хламидиоза, микоплазмоза, уреоплазмоза; выявление и лечение вирусных инфекций: цитомегаловирусной, простого герпеса, краснухи, а также токсоплазмоза; выявление и лечение соматических и эндокринных заболеваний; получить консультацию медицинского генетика при наличии показаний (имеющиеся наследственные заболевания у родственников, рождение предыдущих детей с пороками развития).

Не забывайте, что при планировании беременности очень важна профилактика этих и других вредных для здоровья ребенка факторов! Ведь нет ничего прекраснее, чем рождение здорового ребенка в желанное время.

Возможности коррекции артериального давления у больных сахарным диабетом

Лидия Александровна Журикова,
врач высшей категории, заведующая эндокринологическим
отделением МУЗ «Центральная городская больница»,
главный внештатный эндокринолог города Бийска

В последние несколько десятилетий сахарный диабет принял масштабы, сравнимые со всемирной эпидемией. За последние 20 лет численность больных сахарным диабетом в мире увеличилась вдвое - с 80 млн. человек до 160 миллионов. Прогнозируемое число заболевших сахарным диабетом к 2025 году составит около 300 млн. чел.

Большую часть, приблизительно 85-90% всех больных сахарным диабетом, составляют больные диабетом 2-го типа (ранее называемым инсулиннезависимым сахарным диабетом), 70-80% из них имеют артериальную гипертонию. Сочетание этих двух взаимосвязанных патологий несет в себе угрозу преждевременной инвалидизации и смерти больных от сердечно-сосудистых осложнений. **Вероятность развития гипертонической болезни у больных сахарным диабетом очень высока и имеет четкую связь с уровнем глюкозы крови.** Установлено, что вероятность развития гипертонической болезни одинакова у мужчин и женщин, но **у пациентов с уровнем глюкозы крови 10-13 ммоль/л риск развития гипертонической болезни в 1,5-2 раза выше по сравнению с пациентами с уровнем глюкозы 5-6 ммоль/л.** Очень важно помнить, что более половины больных с сахарным диабетом умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта миокарда и мозгового инсульта). Так что контроль артериального давления у пациентов с сахарным диабетом является не менее важным мероприятием, чем контроль уровня сахара крови, но и позволяет значительно увеличить продолжительность и качество жизни больных.

Требования к контролю артериального давления у больных сахарным диабетом более жесткие - **существует необходимость поддержания «целевого АД» на уровне 120-130/80-85 мм рт.ст.** Достижение такого уровня АД необходимо на 3-5 месяц лечения артериальной гипертонии.

Существуют некоторые особенности течения гипертонической болезни у больных сахарным

диабетом, о которых стоит помнить и пациенту, и врачу:

○ отсутствие ночного физиологического снижения АД.

Разница между дневными и ночными цифрами АД часто отсутствует, хотя у пациентов, не страдающих сахарным диабетом, эта разница составляет около 10%.

○ высокий уровень АД в положении лежа и его резкое снижение при переходе в положение сидя или стоя.

Это связано с нарушением регуляции сосудистого тонуса.

Выбор препаратов для лечения гипертонической болезни у больных сахарным диабетом непрост, поскольку это заболевание накладывает целый ряд ограничений к применению того или иного лекарственного средства, учитывая его возможное воздействие на обмен глюкозы и эффективность в снижении АД.

К наиболее эффективным, и к тому же оказывающим благоприятное воздействие на почки и сердце, относятся препараты группы ингибиторов АПФ. Типичные представители этой группы - «Капотен», «Энап», «Престариум», «Моноприл», «Ренитек». Препараты группы иАПФ при умеренной артериальной гипертонии с цифрами АД 140-160/90-100 мм рт.ст. при постоянном приеме могут привести к стойкому и контролируемому снижению АД до нормальных цифр.

При неэффективности лечения одним препаратом (нет стойкого снижения АД или не удается контролировать уровень АД в течение суток) существует необходимость в комбинированной терапии, хорошей комбинацией является сочетание препарата иАПФ с мочегонными. Предпочтение стоит отдавать таким препаратам, как «Гипотиазид» или «Индапамид». Стоит помнить, что необходимо принимать мочегонные препараты ежедневно, по утрам, в постоянной предписанной дозировке.

Если у больного сахарным диабетом и гипертонической болезнью существует стенокардия, был инфаркт ми-



окарда, предпочтение стоит отдать препаратам из группы селективных б-блокаторов - «Атенолол», «Метопролол», «Бисопролол».

Если ранее существовали опасения и противопоказания к применению препаратов этой группы у больных сахарным диабетом, то в течение последних 8-10 лет проведены исследования, которые убедительно доказали не только безопасность, но и высокую эффективность в предотвращении смерти при постоянном приеме селективных б-блокаторов. Дозы подбираются индивидуально, очень зависят от чувствительности организма к препарату.

Существует еще одна группа препаратов, которые с успехом применяются при лечении гипертонической болезни у больных сахарным диабетом - **группа антагонистов кальция.** Препараты этой группы широко известны - «Нифедипин», «Дилтиазем» и «Верапамил». Но при лечении гипертонической болезни на настоящий момент применяются ретардные (длительно действующие) формы этих препаратов - «Кордипин XL», «Верапамил Н» и новый препарат этой группы - «Амлодипин».

Как видим, на современном уровне развития фармакологии существует полная возможность надежно контролировать артериальное давление у пациентов с сахарным диабетом, что уже сейчас приводит к существенному увеличению продолжительности жизни и к уменьшению сердечно-сосудистых осложнений гипертонической болезни.