

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№ 1 (3 7)

Я Н В А Р Ь

2 0 0 6

Соглашение о социальном партнерстве в рамках программы «Здоровая семья - это здорово!» подписано между краевым медико-социальным журналом «Здоровье алтайской семьи» и администрацией Калманского района при участии учреждений и общественных организаций женщин, ветеранов Калманского района.



Александр Андреевич Пернай, глава администрации Калманского района:

- Государственная политика своим приоритетом должна определить семью. Безусловно, на уровне края, района поддержка семей, в том числе социально неблагополучных, семей, на чью долю выпала нелегкая участь реабилитации детей с ограниченными возможностями, неполных семей... Но мы не должны забывать и здоровые в социальном плане семьи, они тоже должны стать объектом внимания государства. Успешные, социально активные люди с активной позицией в партнерстве способны позитивно изменить ситуацию в селе, районе, крае...



Какую цель ставили организаторы акции? Безусловно, через более широкое участие в профилактических программах, направленных на здоровье, общественных формирований и самого населения района - оказать положительное влияние на медико-демографическую ситуацию улучшения показателей здоровья населения всех сел района, семейную политику.

В интересах семьи, охраны материнства, отцовства и детства, формирования здорового образа жизни, более активной профилактики наиболее распространенных заболеваний планируется организация в районе совместных акций для населения, популяризирующих преимущества здорового образа жизни, традиционные ценности российской семьи. Согласие на участие в проекте подтвердили:

- Алтайское краевое научное общество кардиологов и его председатель - доктор медицинских наук, профессор **Г.А. Чумакова**;

- сотрудники кафедры акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета: заведующая кафедрой, доктор медицинских наук, профессор **Н.И. Фадеева**, координаторы - **О.В. Ремнева**, кандидат медицинских наук, доцент; **С.Д. Яворская**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры;

- Ассоциация средних медицинских работников Алтайского края, президент - **Л.А. Плигина**;

- заслуженный художник России **Ильбек Сунагатович Хайрулинов** и группа молодых художников - студенты Новоалтайского государственного художественного училища;

- творческие коллективы Дворца культуры города Барнаула.

«Здоровая семья - это здорово!», «Школа ответственного материнства», «Школа ответственного отцовства», «Школа артериальной гипертензии. Научи учителя» - начнут действовать и в Калманском районе.

«Место жительства - место воспитания: «Вырасти дерево!», «Вахта памяти» и другие программы, уже не первый год реализуемые журналом с его партнерами, могут пополнить список добрых дел женсоветов и Советов ветеранов района.

Подробно цели и задачи проекта участниками проекта были предварительно обсуждены с главой района **А.А. Пернай** и заместителем по социальным вопросам **Л.Г. Бугаковой**.

Как, когда, при чьем участии пройдут те или иные мероприятия, каковы их цели и задачи... Именно об этом шел разговор 22 декабря 2005 года на конференции медицинских работников района, совместном заседании Совета ветеранов, совета женщин Калманского района и редакции нашего журнала.

«Изменение отношения населения к индивидуальному здоровью и здоровью своей семьи - вот главная задача программы», - подчеркивали многие участники дискуссии.

- Мы больше работаем с семьями социального риска. Проблемы наркомании, алкоголизма, туберкулеза стали для нашего небольшого села злободневными», - сетует председатель женсовета с.Усть-Алейка **Оксана Александровна Клубукова**.



Аналогичные проблемы беспокоят и **Марию Сергеевну Астракову**, председателя Совета ветеранов с.Алтай, а также проблемы занятости детей после школы и возможность сельских ребят заниматься спортом.

Алкоголизм и наркомания среди молодежи – вот проблемы, которые требуют всестороннего вмешательства. Предложения разные: от запрета на торговлю спиртным в торговых точках с частным секторе до более широкой информации для семей по этой проблеме в СМИ. Но проблему нельзя замалчивать – так считают председатели женсоветов с.Шилово **Ольга Алексеевна Функ** и с.Новороманово **Н.П. Сущенко**.

Вопросы беспризорности и безнадзорности детей стали актуальными и для села, проблему «социального» иждивенчества отдельных семей поднимали **Светлана Владимировна Чиркова**, секретарь комиссии по делам несовершеннолетних, **Светлана Михайловна Пешкова**, председатель комитета по социальной защите, **Лидия Тадеушевна Тужикова**, председатель женсовета с.Кубанка, а также необходимость не на словах, а на деле спасать детей от наркотиков.



Шелухина Елена Ивановна – тренер-преподаватель детско-юношеского клуба, убежденный сторонник физической подготовки: «Ребенок, который активно занимается спортом, о наркотиках даже и не подумает. Спорт и наркотики – понятия просто несовместимые. А работу эту нужно начинать уже с детского сада и родителям активно разъяснять, особенно молодым, важность детского спорта».

Елена Владимировна Бистерфельд, председатель районного совета женщин, рассказала о том, что сделано женсоветами в районе по работе с семьей. Участие в акциях – «Соберем детей в школу», «Нет – безнадзорности», проведение Слета матерей в районе, смотров семей – стало для женсоветов традицией. В планах – организовать постоянно действующий женский клуб «Как стать успешной...».

Проблемы, поднимаемые активом сел, понятны, но не везде так прогрессивно и конструктивно настроена общественность. Именно такая активная позиция стала определяющей при выборе территории. Нами продолжаются переговоры о возможности включения в программу других участников, исходя из реальных потребностей района. Таких, как Алтайское отделение Детского фонда по программе

«Нет - детскому туберкулезу», краевой наркологический диспансер для участия в подготовке волонтеров по программе «Равный обучает равного», военно-патриотический клуб «Русские витязи» и его руководителя **Н.Ф. Маркову**, как участника программы «О мире и о войне. Вахта памяти».

Символическое подписание Соглашения между администрацией района и редакцией журнала состоялось в тот же день районном Доме культуры.

Итак, что нам предстоит:

В рамках реализации образовательных проектов журнала «Здоровье алтайской семьи»:

- **«Школа артериальной гипертонии. Научи учителя»** - уже с февраля 2006 года начнут работу обучающие семинары для медицинских работников первичного звена (врачей и медицинских работников со средним образованием). Современные представления о лечении и профилактике артериальной гипертонии и терапевтическое обучение больных как форма лечения и профилактики артериальной гипертонии и других сердечно-сосудистых заболеваний - основная их тематика. Обучение медицинского персонала методологии профилактической работы - не самоцель, мы планируем оказать организационно-методическую помощь в организации **«Школ артериальной гипертонии»** в каждом населенном пункте, в учреждениях социальной сферы, учреждениях образования, на предприятиях.



И.С. Хайрулинов, С.В. Хвостов, Е.В. Бистерфельд, Л.Г. Бугакова



Н.А. Елагина, читательница журнала

Нам хочется обратиться к руководителям предприятий с предложением организовать «пункты измерения артериального давления» в организациях, на предприятиях. Это не сложно - приобрести тонометр, обучить актив правилам измерения АД кого-то из персонала, т.к. в селе практически нет медработников на производствах. Это, несомненно, будет способствовать раннему выявлению артериальной гипертонии, даст возможность контролировать его тем, кто уже знает о своем заболевании. Есть и другие планы...

В рамках программы **«Школа ответственного родительства»** совместную работу начнем с проведения обучающих семинаров для медицинских работников.

Организовать постоянно действующий всеобуч для молодых семей «Школа ответственного родительства», в программу обучения включить вопросы правового, психологического и санитарного просвещения - наша следующая задача.

Именно подготовка молодежи к семейной жизни в браке, где дети будут желанны, где ответственность за их воспитание, а значит, и за будущее в равной мере разделяют и мать, и отец. Иначе нам не справиться с легковесным отношением к браку, со все более распространяющимися уже явлениями «подросткового» материнства, «биологического» отцовства, с ростом числа неполных семей, брошенных и безнадзорных детей.



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

И.о. главного редактора -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
и верстка -
Оксана Ибель
Отдел рекламы -
Татьяна Веснина,
Инна Гогицаева, т. 66-96-20

Подписано в печать
18.01.2006г.
Печать офсетная.
Тираж - 6000 экз.
Цена свободная.

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

Все товары и услуги подлежат обя-
зательной сертификации.

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

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

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618

Содержание

О.М. Тырышкина. Вынашивание и рождение ребенка – очень важное событие в жизни женщины и ее семьи	4-5
Интересный ФАКТ	6
С.В. Хвостов. Заботы главного врача	7
Л.П. Сарычева. Алкоголь и зрение	8
Разговор с пациентом	9
Наша почта	10
Энергетические напитки	11
Мир и медицина	12
Капли «ОВЕСОЛ» – генеральная чистка печени!	13
Витаминная диагностика	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 5). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Аллергия на лекарства. «Аспириновая» астма	15-16
Белье «по науке»	17
Е.А. Жигмановская. Живет такой Человек	18-19
О.К. Баклыкова. О бедном фельдшере замолвите слово	19
О.В. Першин, О.М. Малюга. Неожиданная опасность	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	21-24
Диета для умниц	25-26
Красивым стать легко	27
Круглый стол. «Школа ответственного родительства»	28-30
Вы и простуда	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Статистика похудения	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Худеем, как в Майами	35
Диета против стресса	36
В.И. Зайцев, Н.И. Волоскова, Л.С. Суворова, А.А. Румянцев. Анемии у детей	37-38
Н.Н. Реутова. Должны ли менструации быть болезненными?	39
Мир и медицина	40
ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. О.В. Стефановская, С.В. Пушкарева. Гипогликемия и гипергликемия	41-42
Зимой учиться надо меньше	43
ВАХТА ПАМЯТИ	44



менной по месту наблюдения, лечения или консультации (в краевом перинатальном центре), где врач определяет показания для данного обследования.

В сроке до 12 недель беременности

проводится обследование на патологию свертывающей системы крови:

- антитела к в2-гликопротеину;
- антитела к лактоферрину;
- антитела к фактору Виллебранда ИФА-сыворотка;
- антитела к кардиолипину;
- гомоцистеин;
- исследование гемостаза;
- волчаночный антикоагулянт;
- протеины C:S экспресс-методом;
- антитромбин III.

Исследуется функция щитовидной железы:

- свободный Т3;
- свободный Т4;
- ТТГ.

Проводится исследование на подозрение болезни Дауна у плода

- PAPP-s белок.

На инфекции, передающиеся половым путем:

- антитела к хламидиям;
- ПЦР хламидия тр. (соскоб-мазок);
- ПЦР уреаплазма (соскоб-мазок);
- ПЦР трихомонада (соскоб-мазок);
- ПЦР микоплазма гениталис (соскоб-мазок);
- ПЦР кандиды альбиканс (соскоб-мазок);
- ПЦР микоплазма гоминис (соскоб-мазок);
- ПЦР гарднерелла (соскоб-мазок);
- ПЦР гонококк (соскоб-мазок).

Также проводятся исследования на вирусоносительство:

- антитела к цитомегаловирусу (ЦМВ);
- антитела к вирусу герпеса 1/2 тип;
- антитела к краснухе (JgM, JgG);
- ПЦР вирус папилломы 16 и 18

тип (соскоб-мазок);

- ПЦР цитомегаловирус (соскоб-мазок);
- ПЦР вирус папилломы 31 и 33 тип (соскоб-мазок);
- антитела к вирусу гепатита С;
- поверхностный Аг. гепатита В;
- HBe-Антиген.

В сроке 15-20 недель беременности

проводятся исследования на врожденные пороки развития у плода:

- бета-ХГ сыворотки;
- альфа-фетопротеин (АФП);
- неконъюгированный эстриол.

При хронической фето-плацентарной недостаточности проводятся исследования на:

- бета-ХГ сыворотки;
- плацентарный лактоген;
- трофобластический бета гликопротеин (ТБГ).

**Телефоны регистратуры
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 26-17-44; 26-17-79; 26-15-09.
Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а**



Не спешите вылезать из постели

Утреннее пробуждение - это первое, что происходит с человеком за день, и для многих людей это самый опасный момент. Можно потянуть щиколотку, спускаясь по лестнице, ошпарить руку, делая себе чай, или пасть в неравной схватке с собственной одеждой. Неуклюжесть, свойственная некоторым непосредственно после пробуждения, достойна более серьезного внимания, ибо она влияет на мыслительные способности и память.

Исследование, проведенное американскими учеными, показывает, что эффективность деятельности людей сразу после пробуждения ничуть не лучше, если не хуже, чем у пьяных. Краткосрочная память, арифметические и познавательные способности в период так называемой «сонной инерции» сильно снижены. Было обнаружено также, что производительность труда у людей, только что проснувшихся после восьмичасового сна, немного ниже, чем у людей, которые бодрствовали свыше 24 часов.

Самые тяжелые проявления этого эффекта наблюдались у участников исследования в первые три минуты после пробуждения, в течение следующих 10 минут они постепенно исчезали. Однако авторы исследования утверждают, что некоторые остаточные явления могут наблюдаться в течение двух часов.

Женщины предпочитают точеную талию, а не интеллект

Большинство женщин предпочли бы быть более стройными, более богатыми или встречаться со знаменитостью, чем иметь более высокий уровень интеллекта.

Выбирая из списка желаний, где были такие пункты, как «навсегда избавиться от материальных затруднений», «встречаться со знаменитостью (по собственному выбору)» или «иметь IQ гения», 51% женщин предпочли «иметь стройную фигуру».

В наши времена, когда каждая третья женщина страдает от избыточного веса, а каждая пятая - от ожирения, прекрасная половина человечества по вполне понятным причинам мечтает о тонкой талии, считают эксперты.

Каждая третья женщина призналась, что гораздо больше времени переживает по поводу своего веса, чем по поводу финансов, работы или семьи. И в то время как 29% опрошенных указывают, что самый большой страх им внушает поход к зубному врачу, а 16% - поиск новой работы, целых 40% признались, что больше всего боятся примерять одежду в общих примерочных в магазинах одежды.

Каждая третья женщина когда-либо обманывала своих подруг, на-



зывая свой вес, и каждая четвертая пыталась обмануть своего партнера относительно своего размера одежды.

Другое же исследование показало, что почти половина женщин, севших на диету, чтобы похудеть к Новому году, бросили эту затею всего через неделю. Каждая пятая женщина, сидевшая на диете, призналась, что прятала еду и поедала ее тайком, в то же время притворяясь, что все идет по плану.

Секрет того, как похудеть и поддерживать свой новый вес, заключается, говорят исследователи, прежде всего, в решении всех эмоциональных проблем, которые заставляют передать, и в поддержке людей, находящихся в таком же положении.

Творчество уменьшает боль

Работа над портретом, лепка, набросок древесным углем на полотне и другие виды искусства под руководством врача художественной терапии способны уменьшить восприятие боли у больных раком.

Четырехмесячное исследование чикагских ученых показало, что художественная терапия помогла облегчить восемь из девяти признаков, беспокоивших пациентов с раком различной локализации.

Художественная терапия проводится специалистом, обученным психологии и художественному ремеслу, его задача, используя творческий процесс, вызвать расслабление и позволить человеку выразить все свои глубокие эмоции.

Пятьдесят пациентов с раком различной локализации, лейкозом приняли участие в исследовании. Опухоли большинства больных были неизлечимы. Как часть этой работы, проводилась одночасовая сессия художественной терапии в больнице. Перед началом сессии каждого из 29 мужчин и 21 женщины, в возрасте 19-82 лет, просили оценить их уровни боли, усталости, тошноты, депрессии, беспокойства, сонливости, аппетита, самочувствия и одышки от нуля до десяти. Пациенты выбирали на свой вкус материал и сюжет для работы.

Психолог наставлял больных: «Нет единственного правильного или неправильного способа сделать что-то, важен процесс, а не конечный итог ремесла. Заставьте собственную критику молчать и наслаждайтесь. Вы просто не можете сделать что-то неправильно».

После завершения сессии участников снова попросили оценить их боль и другие признаки. Уровень всех признаков заболевания снизился почти вдвое. Только уровень тошноты у всех остался прежний.

Большинство пациентов никогда не участвовали в художественной терапии до исследования и добавили, что они хотели бы продолжить. На вопрос: «Каким образом работа повлияла на самочувствие?» 90 процентов опрошенных сказали, что сессия отвлекала их и позволила сосредоточиться на чем-то положительном.





Заботы главного врача...



Наш разговор - с Сергеем Васильевичем Хвостовым, главным врачом Калманского района, врачом первой категории по хирургии и организации здравоохранения

Центральная районная больница на 112 коек, четыре врачебные амбулатории, 13 ФАПов – представляют здравоохранение Калманского района. В районных лечебно-профилактических учреждениях работают 26 врачей и 90 средних медицинских работников, 70% врачей имеют квалификационную категорию. Медицинские работники обслуживают 14580 человек, из них 11592 - взрослые.

- Сергей Васильевич, Калманский район достаточно компактный, расположен на автодорожной трассе, здесь же проходит железнодорожная ветка. Дает ли вам это какие-то преимущества?

- И да, и нет. То, что район близко расположен к городу, безусловно, облегчает задачу более быстрой доставки сложных больных, вызов консультантов «на себя», доступность консультаций в крае (не секрет, что стоимость проезда останавливает многих). Но **основную категорию наших пациентов составляют пожилые люди**, которые прожили трудную жизнь и заслужили достойную старость. В основном они страдают хроническими заболеваниями и часто нуждаются в терапев-

тической помощи, но терапевтическое отделение ЦРБ уже много лет находится в аварийном состоянии: потолки в палатах и в коридоре держатся на подпорках и перегородках.

К тому же люди трудоспособного возраста вынуждены искать заработок в городе Барнауле. Нужно отметить, что в нашем районе очень слабая экономическая база. Из девяти совхозов в настоящее время находятся «на плаву» только три. Есть фермерские хозяйства, но, к сожалению, большинство их руководителей не имеют возможности полноценно заботиться о здоровье своих рабочих. Имеют место факты, когда они даже не оплачивают страховые полисы, не проводят медосмотры. Как итог - при оказании таким работникам медицинской помощи возникают трудности, т.к. медицинские учреждения без полисов (т.е. бесплатно для человека) их принять не могут.

- Какой же выход?

- То, что центральная районная больница должна не просто сохранить свой статус, но и развиваться, - это очевидно. Пути могут быть разные. Правительство старается решить социальные вопросы, что неизбежно улучшит и демографические показатели. Но качество помощи зависит еще и от возможности использовать технологии. **Согласно «Президентской программы», в сельские больницы будет поставляться аппаратура, но мы можем лишиться рентгенаппарата из-за отсутствия помещения под него.**

Я, как главный врач района, уже неоднократно поднимал вопрос по строительству нового здания. В 2001 году даже заручился поддержкой краевого комитета по здравоохранению, но строительство требует прежде всего финансирования. **Сейчас обсуждается предложение перевести поликлинику в недостроенную еще школу в райцентре**, которую надо перестроить, чтобы она соот-

ветствовала лечебному учреждению. Все это потребует много финансовых средств. Поэтому, думаю - это не выход. Помимо этого, через район проходит федеральная трасса, и пострадавшие в авариях поступают к нам, часто нуждаясь в реанимации. Нужно строить типовой хирургический корпус с реанимацией. В этом случае терапевтическое отделение можно будет перевести в нынешнее хирургическое. **К тому же, школа району тоже нужна.**

На мой взгляд, это был бы более рациональный путь, и такую позицию я буду отстаивать.

- Как вы решаете кадровые вопросы?

- Мы с удовольствием примем в свой дружный коллектив врачей следующих специальностей: двух терапевтов, психиатра, педиатра, гинеколога. Районная больница оснащена необходимым оборудованием, есть современный аппарат УЗИ-диагностики, комплекс функциональной диагностики «Валента», ЭГДС, цифровой передвижной рентгенаппарат. Также современным оборудованием оснащена реанимация.

Мы заботимся о своих сотрудниках: бесплатно проводим профилактические мероприятия (профпрививки или обеспечение медикаментами, предупреждающими заболевание), постепенно всех обеспечиваем жильем.

От редакции.

На заседании коллегии по здравоохранению администрации края 19 января т.г. были подведены итоги работы лечебных учреждений района. На ее заседании присутствовал глава администрации **А.А. Пернай**. Готовность районной администрации решать вопросы, связанные с охраной здоровья населения, он подтвердил как и то, что вопросы обеспечения жильем врачей, получивших направление в Калманский район, будут решаться.

Алкоголь и зрение

Казалось бы, что может быть общего между заболеваниями глаз и принятием алкоголя? Почему офтальмолог затрагивает проблемы алкоголизма? Ничего, однако, неожиданного нет. К сожалению, слишком часто выявляется связь между пагубным пристрастием к спиртному и утратой зрения. Связь самая прямая и непосредственная...

Л.П. Сарычева,
окулист первой категории,
МУЗ «Калманская ЦРБ»,
с.Калманка

Сколько горя испытывают родители, когда обнаруживают, что ребенок слеп или страдает врожденным уродством глаз или патологией зрения! Частичное или полное отсутствие век, сращение их с роговой оболочкой, недоразвитие либо помутнение роговиц, дефекты в радужной оболочке, неправильное положение или помутнение хрусталика, недоразвитие желтого пятна, зрительного нерва...

Подобные дефекты в развитии органа зрения обычно возникают у детей, родители которых были в нетрезвом состоянии в период зачатия или мать употребляла спиртное, будучи уже беременной.

Наибольший вред причиняют алкогольные напитки - это **водка, спирт, самогонка, крепкие вина, коньяк** и т.д. Особенно, если поступают в организм плода в первые три месяца беременности. **Глаз начинает формироваться очень рано.** При достижении плодом лишь трех месяцев уже образуются первичные глазные пузыри, соединенные с полостью мозга. На 6-й неделе формируется хрусталик, образуются и другие высокодифференцированные ткани глазного яблока.

Во время развития зародыша в организме матери увеличивается его мозг, в котором расположен зрительный нерв. **Алкогольный яд, попав в организм беременной, с кровью протекает в мозг зародыша, принося с собой непосредственный вред.** Рождаются дети, у которых полностью отсутствуют глазные

яблоки, а вместо них только небольшие комочки ткани.

Совершенно неверно думать, что это только для детей алкоголь вреден, а для взрослых он не представляет особой опасности. Алкоголь не щадит глаза и взрослых людей: заболевания зрительных нервов, понижение зрения... У алкоголиков наблюдается так называемая скотома - дефект поля зрения, что обнаруживается следующим образом: если больной смотрит одним глазом на ярко освещенный лист бумаги, затем поставит перед глазом ладонь и уберет ее, то на светлом фоне освещенного листа он увидит желтое, черное или серое пятно овальной формы. Оно сохраняется несколько

секунд, затем исчезает. На глазном дне этого больного врач обнаруживает побледнение диска зрительного нерва, что связано с гибелью нервных волокон.

Если говорить относительно заболеваний, то их в большей степени можно излечить, **если больной прекращает употреблять спиртные напитки.**

Бывает немало случаев, когда в больницу поступают больные с тяжелыми травмами глаз, полученными во время очередного застолья. В таких случаях возможно оперативное вмешательство с удалением одного или обоих глаз.

Сделайте правильные выводы, пока не поздно! Помните и берегите свое здоровье!



Разговор с пациентом

Что испытывает человек, узнав о своей болезни? Конечно же, в первую очередь, переживает шок. Помочь справиться с ним, научить жить так, чтобы болезнь не мешала быть человеку востребованным и счастливым, медики сегодня считают задачей, не менее важной, чем задача правильного лечения. У нас, к сожалению, предостаточно больных артериальной гипертонией, сахарным диабетом и других, успех лечения которых на 90 процентов зависит от них самих. Как уверяют врачи, для начала нужно принять мысль о своей болезни и необходимости с ней считаться. А строгий и постоянный самоконтроль - единственный шанс не допустить дальнейшего разрушения организма.

Как это делать? Об этом мы сегодня поговорим не с врачом-эндокринологом, а с его пациентом. Наша собеседница - Елена Оттовна Шмидт, жительница поселка Алтай Калманского района, много лет страдающая сахарным диабетом. По мнению лечащих врачей Калманской ЦРБ, Елена Оттовна поддерживает себя строжайшим самоконтролем и заботой о своем самочувствии.

- Елена Оттовна, как долго вы страдаете сахарным диабетом? Насколько сильно изменилась ваша жизнь после поставленного диагноза?

- Уже 32 года. В 19 лет мне поставили страшный диагноз - сахарный диабет, причем, в тяжелой форме. Думаю, что причиной послужил сильный нервный стресс. Я быстро начала терять в весе. За месяц похудела на 13 килограммов. Постоянно испытывала жажду, слабость, болезненность. Одним словом, под руки заводили в больницу, настолько я была слаба. С первого дня - на инсулине. Инъекции делаю два раза в день. Один раз в течение года обязательно прохожу поддерживающий курс лечения в терапевтическом отделении районной больницы. Медики нашего ФАПа оказывают мне необходимую медицинскую помощь.

С 1980 года нахожусь на второй группе инвалидности. До болезни я работала поваром в столовой. Работу при-



шлось оставить. Без поддержки мужа было бы очень сложно. У меня пенсия 1340 рублей плюс соцпакет. Но без него - никуда. Один флакон инсулина - 220-240 рублей. А мне в месяц требуется 3-4 флакона, а также спирт и шприцы. К тому же еще я гипертоник.

- По словам врачей, вы жизнерадостны, несмотря на тяжелую степень заболевания. В чем секрет жизни с болезнью?

- Про свое заболевание я практически знаю все. Обязательным и постоянным

является анализ на уровень сахара крови. Главным считаю соблюдение строжайшей диеты. Это еще одно условие того, чтобы хорошо чувствовать и держать себя в норме. Мой завтрак обычно состоит из овсяной или гречневой каши, несладкого чая с кусочком хлеба. На обед готовлю борщ овощной или с постной говядиной, можно котлету на пару, молоко. На ужин - обезжиренный творог и перед сном - стакан кефира.

Исключены сдоба, сладкое, жареное, жирное, соленое. В городских магазинах есть специальные полочки для диабетиков, где и конфеты, и вафли, и специальный для нас сахар - ксилит, так что не совсем у нас пресное питание. Я себе и варенья разные готовлю на ксилите. Заготовки из овощей для семьи делаю, пробую их сама. Немного - можно.

- Елена Оттовна, у людей с сахарным диабетом страдают ноги: любая потертость превращается в незаживающую язву, гнойники или трещину на стопе...

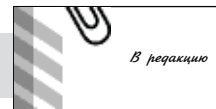
- Да, действительно, стопа - одно из коварнейших осложнений сахарного диабета. Профилактикой может служить правильный подбор подходящей обуви и тщательная гигиена. Уход за ногами должен быть ежедневным. Необходимо следить за их чистотой, мыть следует ежедневно. Как правило, кожа сухая подвержена трещинам, поэтому я пользуюсь кремом для ног и витамином А.

- Болезнь не мешает вам быть нужной близким людям?

- У меня сын, я уже дважды бабушка. Всегда довольна и счастлива, когда они навещают в гости, проявляют заботу и участие. Все годы мы с мужем держали хозяйство, это сейчас уже с ним расстались, не по силам стало. Огород, дом требуют заботы. По мере сил управляюсь со всеми домашними делами, люблю читать. Считаю, что и с заболеванием можно чувствовать себя счастливым человеком. Все зависит от тебя самого.

**Беседу вела Г. Калинина.
На снимке: Е. О. Шмидт.
Фото О. Никулина**

Редакция журнала благодарит редакцию газеты «Заря Приобья» за помощь в подготовке материала



Нелегко живется сейчас сельской семье: безработица, нет средств к существованию, одолели социальные проблемы. Погибает село. Вот в нашем селе уже нет детского садика, нет медика, на грани закрытия - клуб, да и школа недобирает детей до 100 процентов. А всего-то навсего, казалось бы, - обеспечить людей работой, пусть небольшой, но стабильной зарплатой, и проблемы семьи в селе, хотя бы частично, уже были бы решены.

Вот в таких условиях и работает наш женсовет. В него входят женщины разных возрастов и профессий. Люди, неравнодушные и открытые, болеющие душой за каждого обездоленного ребенка. Коллектив женсовета - сплоченный, активный - живо откликается на происходящие в селе события. Ежемесячно члены женсовета проводят рейды по неблагополучным семьям, но не только с целью контроля, а с оказанием посильной помощи. Дети из этих семей находятся на особом контроле. Также мы оказываем помощь по оздоровлению их в Центре реабилитации и помощи семьям с. Бураново Калманского района в течение года. Эти дети - первые в списках на оздоровление в летний период в оздоровительном лагере при школе. Активно участвуют женщины и в акции «Соберем детей в школу!», организуют выставки цветов, творческих работ женщин и детей, проводят праздники улиц.

Проблем в селе хватает, но женсовет не стоит от них в стороне.

**Член женсовета
с. Усть-Алейка
Калманского района
С.И. Сергеева**

С новогодними праздниками нас поздравила наша читательница из с. Ново-Романово Калманского района Пасковья Стафеевна Колоколова, как она пишет - «пенсионерка, полных 87 лет»... Неугомонная, доброжелательная, участливая баба Паша (так зовут ее близкие). Таким теплом повеяло от ее незамысловатого письма...



«...Хочу поделиться своим долголетием и рассказать о добрых и близких мне людях. Родилась я в Залесовском районе, с. Большой Калтай. Росла и играла со своими двоюродными сестрами **Анной Никифоровной Тарабаевой** и **Фаиной Спиридоновной Брысиной**. Все мы с одного года - 1918-го. Но детство было недолго. Судьба мной распорядилась по-своему. Сначала не стало мамы, потом, через два года, отца. У ровесников моих было детство и юношество. А я в эти прекрасные годы уже работала...

После войны я вернулась в родную деревню уже с семьей: муж, дочка. В 50-х годах встретила еще одного прекрасного, доброго и ставшего мне родным человека - **Веру Васильевну Мельникову**. Она приехала к нам в село с дочерью **Лией Анфиногентовной** и зятем **Валентином Семеновичем Бочаровым**. Вера Васильевна - добрая, душевная... Семья наша была бедная, после военных годов никак не могли оправиться. Вера Васильевна не чувствовала нашей бедноты, до чего была простая! Жили рядом, встречались каждый день. Не разлучали нас года, разъезды... Из вашего журнала узнала, что не стало Веры Васильевны...

А сестрички мои дорогие и сейчас не забывают меня. Навещают меня часто. Сейчас я живу с дочерью. Детей у меня трое, пять внуков, три правнука. В интернат не собираюсь. Спаси Господь, чтобы не опозорить детей и себя. и потом - нет причины. Все дети работают и этого не допустят.

Своим этим письмом отдаю должное моим прекрасным сестрам, долгожительницам - Ане уже 88-й год, Фае - 86-й, и семье Бочаровых, а Вере Васильевне Мельниковой было 95 лет!..

Нам есть на кого равняться».



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 5

Аллергия на лекарства. «Аспириновая» астма

Наверняка вам когда-нибудь врач задавал вопрос, есть ли у вас аллергия на лекарства, например, перед удалением зуба. Если вы никогда не принимали лекарств или их прием не вызывал проблем, - хорошо. А вот если такие проблемы возникали, вы наверняка с опаской отнесетесь к приему медикаментов. Вопрос об аллергии на лекарства не так прост, потому что на одного человека с лекарственной аллергией приходится еще двое, которым ее приписывают ошибочно. Поэтому давайте сегодня поговорим о лекарственной аллергии подробнее.

Аллергия на лекарства - лишь надводная часть айсберга. Множество возможных нежелательных реакций на прием лекарств сокрыты на глубине. Побочные реакции на лекарства встречаются очень часто, по разным данным, в 2-30% случаев, но из 10 случаев побочных реакций на долю аллергии приходится лишь один случай.

Напомним, **аллергия - это повреждение тканей организма, вызванное реакцией иммунной системы на какое-либо вещество** (аллерген). В аллергических реакциях обязательно участвуют клетки иммунной системы, однако большинство нежелательных реакций на лекарства возникает без участия иммунной системы. **Это псевдоаллергические реакции**, т.е. похожие своими проявлениями на аллергию, но возникающие без участия иммунных механиз-

мов. Такие реакции могут возникнуть уже при первом контакте с лекарством.

А если все-таки аллергия?..

Лекарственную аллергию выявляют у 5% взрослых. Как проявляется аллергия на лекарства? Чаще сыпь на коже, отеком лица. Но она может проявиться также очень тяжелыми состояниями - шоком, бронхоспазмом, воспалением печени, почек.

Для того чтобы развилась истинная аллергия к лекарству, нужно перед этим иметь контакт с данным лекарством. **При назначении препарата впервые, аллергическая реакция не может развиться раньше второй недели лечения!** При повторном контакте с веществом (даже через несколько лет) признаки аллергии могут развиваться

очень быстро. Если лекарство хорошо переносилось при постоянном приеме в течение нескольких месяцев, то вероятность аллергии к нему мала.

Какие лекарства вызывают аллергию? Теоретически на это способен почти любой препарат, но около 80% всех аллергических и псевдоаллергических реакций обусловлены **антибиотиками** (пенициллинами и цефалоспорины), **ацетилсалициловой кислотой** (аспирин) и **другими нестероидными противовоспалительными препаратами**. Это хорошо известные жаропонижающие и болеутоляющие средства - «Диклофенак», «Индометацин», «Ибупрофен», «Анальгин», «Баралгин», «Пенталгин», «Теофедрин», «Цитрамон» и множество комбинированных «алгинов».

Тяжелые реакции чаще других вызывают пенициллины и цефалоспорины, сыворотки, вакцины (выращиваемые на куриных эмбрионах), рентгеноконтрастные вещества, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для наркоза.

Наибольшей аллергизирующей способностью обладают препараты, наносимые на кожу, наименьшей - внутривенные инъекции.

Если аллергия все же возникла, то препарат, вызвавший аллергическую реакцию, следует немедленно отменить и больше не принимать. А с ним и другие его «сородичи» по химической структуре (с ампицил-

лином - все другие пенициллины и цефалоспорины и т.д.).

Надо ли доказывать наличие аллергии к тому или иному лекарству? К сожалению, достаточно достоверных и одновременно безопасных тестов для доказательства аллергии к лекарственным препаратам (за исключением пенициллинов) не существует. В большинстве случаев это и не требуется. **Диагностика проводится только в случаях, когда препарат жизненно важен и его нельзя заменить средством другой химической структуры** (например, инсулин при сахарном диабете). Тогда для диагностики используют дозированный провокационный тест. В остальных ситуациях проводить обследование для подтверждения лекарственной аллергии не следует из-за неоправданного риска.

Среди серьезных проблем, связанных с приемом лекарств, особняком стоит «аспириновая» астма.

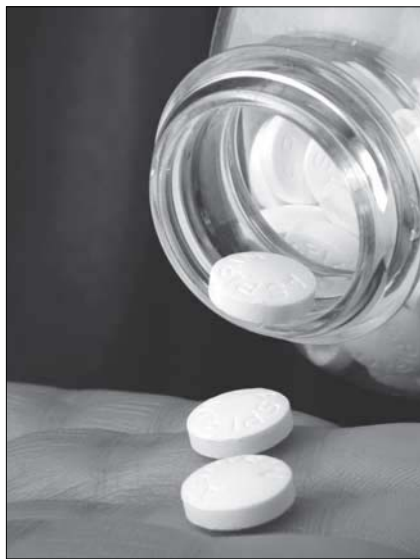
Большинство людей с бронхиальной астмой знают о том, что часто это аллергическое заболевание, и с осторожностью относятся к любым потенциальным аллергенам. Поэтому врачам приходится прикладывать немало усилий, чтобы доказать необходимость приема того или иного лекарства, особенно антибиотика. С другой стороны, таблетки от головной боли («Аспирин», «Анальгин» и пр.) настолько привычны для современного человека, что их часто и лекарствами-то не считают. А зря.

Аспирин - одно из торговых названий ацетилсалициловой кислоты, выпускаемой и под другими марками. Он представитель обширной группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

НПВП оказывают обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие. Все эффекты НПВП связаны с общим механизмом действия: они тормозят фермент, который отвечает за синтез веществ, участвующих в воспалении.

Сейчас уже невозможно представить жизнь без лекарств этой группы. Благодаря противовоспалительному эффекту НПВП незаменимы при различных заболеваниях.

«Аспириновая» астма - типичный пример псевдоаллергии. Торможение одного фермента под действием НПВП у некоторых людей «переключает» на синтез других воспалительных веществ. С воздействием этих веществ и связаны возникающие признаки непереносимости аспирина и других НПВП.



Как же проявляется «аспириновая» астма, и что такое «аспириновая» триада?

Она проявляется удушьем при приеме препаратов класса аспирина. Причем, может быть отдельной формой заболевания, когда бронхоспазм возникает только при приеме НПВП, или присоединяться к существующей бронхиальной астме (обычно аллергической).

Очень часто «аспириновой» астме предшествует или сопутствует полипоз носа, причем дебют «аспириновой» астмы нередко бывает связан с оперативным удалением полипов. **Сочетание непереносимости НПВП с «аспириновой» астмой и полипозом носа называется «аспириновой» триадой.** «Аспириновая» астма склонна к тяжелому течению.

Прием любых НПВП представляет большую опасность. Это может произойти по незнанию, поэтому при выявленной непереносимости НПВП надо быть очень внимательным: НПВП широко распространены, в том числе и в составе комбинированных (например, от простуды и гриппа). Возможны реакции и на природные салицилаты, содержащиеся во многих ягодах и фруктах, на желтые и красные пищевые красители. Нельзя принимать лекарства, покрытые оболочкой желтого цвета!

Пищевые продукты, содержащие красители и консерванты, сходные по своей химической структуре с аспирином:

- консервированные и маринованные продукты (за исключением «домашних» заготовок);

- колбасы, ветчина, буженина и пр.;
- торты и пирожные с кремами желтого цвета;

- карамель, мармелад, драже и пр.

Для подтверждения диагноза «аспириновая» астма иногда используют провокационный тест с аспирином. Это сложная процедура, которую проводят только в специализированных центрах.

Лечение «аспириновой» астмы в целом проводится по тем же принципам, что и других форм бронхиальной астмы, а также применяются препараты, блокирующие действие веществ, с которыми связаны симптомы «аспириновой» астмы.

Главное условие успеха в лечении аспириновой астмы - **исключение приема аспирина и других НПВП** (в том числе и в составе комбинированных средств). При очень выраженной чувствительности к НПВП из диеты приходится исключить также продукты с высоким содержанием натуральных салицилатов (абрикосы, апельсины, виноград, вишня, грейпфрут, дыня, клубника, малина, огурцы, перец, персики, помидоры, слива, черная смородина, чернослив, яблоки).

Что делать, если без НПВП нельзя обойтись?

Для снятия головной (или другой) боли, при высокой лихорадке относительно безопасен «Парацетамол», который редко вызывает симптомы непереносимости НПВП в обычных дозах, хотя осторожность при первом его приеме не помешает.

Если же НПВП совершенно необходимы для лечения, например, ревматических болезней, для профилактики инфаркта миокарда, то используют десенсиализацию «Аспирином». **Десенсиализация - это снижение чувствительности к аспирину.** Ее проводят в условиях стационара под руководством специалиста. При этом назначают «Аспирин» в постепенно возрастающих дозах до достижения дозы 600 мг, которую пациент продолжает принимать ежедневно в течение длительного времени.

При «аспириновой» триаде нельзя забывать о правильном лечении полипов носа. Об этом подробнее мы поговорим в следующих беседах.

Помните, если вы отметили непереносимость лекарства, поставьте в известность своего врача! Обязательно запишите, когда и вследствие чего развилась реакция!

Живет такой Человек...

Согласитесь, что каждый из нас хотя бы раз в жизни стоял перед проблемой выбора. Как сложно это бывает порой! Счастлив тот, кому удастся совместить два призвания, два любимых дела, когда они дополняют друг друга, насыщают жизнь человека радостью творческого поиска.

Е.А. Жигмановская,
председатель санитарно-
гигиенической предметной
комиссии ББМК



Такое произошло в судьбе **Ивана Федоровича Мордовина** – поэта и педагога... Диплом Литературного института им. М.Горького стал для него пропуском в мир поэзии, а диплом санитарного врача – в мир медицины, где он несколько лет работал врачом-эпидемиологом, а затем состоялся как преподаватель гигиены и экологии в ББМК.

*Врачи мы и преподаватели,
Учителя и педагоги,
Порой - наивные мечтатели,
Порою - мудрые, как Боги.
В ответе мы перед студентами,
Они для нас – любовь и вера,
Вселяем в них частицы света мы,
Забыв порой, что есть Карьера.*

Летом 1973 года, будучи молодым специалистом, во время эпидемии холеры Иван Федорович проводил обследование первого зарегистрированного в Барнауле эпидемического очага этого особо опасного инфекционного заболевания. Вот как вспоминает он о тех днях:

- Больная проживала в Центральном районе, в частном секторе. Заведующая эпидотделом спрашивает нас, эпи-

демиологов: «Кто пойдет в очаг? Я никому не приказываю. По желанию». В общем, не хочу как-то преувеличивать своей роли, но пошел я. Отказался от специального противочумного костюма, который мне предлагали (при холере он был ни к чему), пошел, захватив свой обычный врачебный халат. Все обошлось хорошо и для меня, и для больной. Врачи-инфекционисты смогли вывести больную из тяжелой формы холеры. Она осталась жива.

Более четверти века работает Иван Федорович в медицинском колледже, что в полной мере позволяет ему реализовать свой творческий потенциал как врача, поэта, педагога. Это - и аудиторные занятия с элементами исследовательской работы, и различные по тематике научно-практические конференции, конкурсы, экскурсии, и подготовка учебно-методического материала, зачеты, экзамены.

Вдумчиво, грамотно решает Иван Федорович самые сложные вопросы, с огромным уважением и доверием относятся студенты к своему учителю.



При оценке работы преподавателя, наряду с прочими показателями, обязательно учитываются результаты анкетирования студентов, их мнение о педагоге. Иван Федорович неизменно получает высокие баллы, и, объединив все отмеченные качества, можно сказать о нем коротко: «Классный преподаватель!».

Иван Федорович - обязательный участник всех открытых мероприятий колледжа, член жюри различных конкурсов, руководитель литературного объединения и секции студенческого научного общества «Родник».

Хочется отметить еще и такое свойство его характера, как способность увлечь аудиторию. Это ярко проявляется во время лекций, когда он очень эмоционально, интересно объясняет студентам актуальные проблемы гигиены. А уж когда Иван Федорович читает свои стихи, зал замирает. Что-то неуловимо трогательное появляется во всем облике поэта, добротой и пониманием светятся его глаза, чуть смущенно улыбаясь, уводит он своих слушателей в волшебный мир поэзии. Его стихи трогают душу, и долго-долго звучат аплодисменты.

*Я доброте учился у природы,
И чувствую волнение ветвей.
Мне горло перехватывают воды
Из родников на родине моей.
Меня пьянят калина и крушина,
И в доме, что стоит среди села,
На вырост мне рубахи бабка шила,
Чтобы душа просторнее росла.*

На мой вопрос: **«Не мешает ли педагогическая работа заниматься поэзией, а поэзия - работой?»** Иван Федорович не без юмора ответил:

- Лучше работать не могу, но стараюсь. Хуже, как бы ни старался, не умею. А если серьезно, то, конечно, занятия поэзией обязывают постоянно следить за собой, за своими словами, жестами, даже одеждой. Ведь студенты прекрасно понимают, что перед ними не просто преподаватель, но и поэт. Я постоянно ощущаю их «глаза», как говорится, постоянно «под прицелом». Они со мной откровенно делятся своими мыслями: и о личном, и о том, что происходит в стране, в селе, где живут их близкие. Порой трудно ответить на их вопросы, ведь мы живем в очень непростое время. Юность склонна к максимализму. Молодые люди обостренно воспринимают любую, даже незначительную, ложь, несправедливость. Они истинные поэты, многие пишут стихи. Так что сами решайте, помогает ли мне поэзия заниматься педагогической деятельностью или нет.

В 2005 году члену Союза писателей России Ивану Мордовину за книгу стихов «Волнение ветвей» была присуждена краевая литературная премия имени Н.Черкасова.

О бедном фельдшере замолвите слово...

О.К. Баклыкова, преподаватель терапии Барнаульского базового медицинского колледжа, Заслуженный учитель РФ

Когда во время государственной практики я посещаю подстанции скорой помощи, поликлиники нашего города, то встречаю там много знакомых лиц: это все наши выпускники-фельдшеры, и их так много. И независимо от того, как давно они покинули нашу Alma mater, - 5, 10 или 15 лет назад - они с неизменной теплотой и интересом вспоминают родной колледж: «А как там Галина Ивановна? А Любовь Михайловна?». И тут диспетчер по громкой связи объявляет: «Бригада №... - на выезд!», и кто-то из моих собеседников уезжает. А я думаю: «Что там его ждет? Справится ли? Проходили ли мы это?».

Более 25 лет я принимаю участие в подготовке фельдшеров в Барнаульском базовом медицинском колледже по одному из важнейших для них предметов - терапии. Работая с ними, я хорошо представляю себе, какие сложные профессиональные задачи им предстоит решать на любом возможном для них участке работы - будь то ФАП, или станция скорой помощи, или здравпункт. Оттого у меня создается впечатление, что роль фельдшера в нашем здравоохранении остается недооцененной, а зачастую наличие этих специалистов попросту игнорируется.

Недавно в городе прошел семинар под эгидой кардиологического общества, который был посвящен организации школ для больных артериальной гипертонией. Выступают уважаемые люди - организаторы нашего краевого здравоохранения, говорят о том, кто и как должен организовывать подобные школы, сколько за это дополнительно будут платить. Но о фельдшерах - ни слова! Так кто же тогда организует подобную школу в каком-нибудь далеко не маленьком селе, где, слава Богу, сохранился пока еще ФАП, поддерживаемый энтузиазмом местной администрации и авторитетом работающего там фельдшера, которого ува-

жительно именуют здесь «врачом» или «доктором»?

Фельдшер, в силу специфики своих задач, оказался «прослойкой» между врачом и медицинской сестрой. Он - не то и не другое. Он - и то и другое. Чужой среди своих...

Сколько отрицательной энергии выливается на головы моих бывших учеников в приемных покоях больниц, поликлиник нашего города (думаю, и в других городах не меньше), когда они привозят на машинах скорой помощи больных, грязных и вшивых бомжей, прочно заснувшего и не проснувшегося от нашатырной маски и кордиамина алкоголика! **Их ли это вина, что тех и других становится все больше?!**

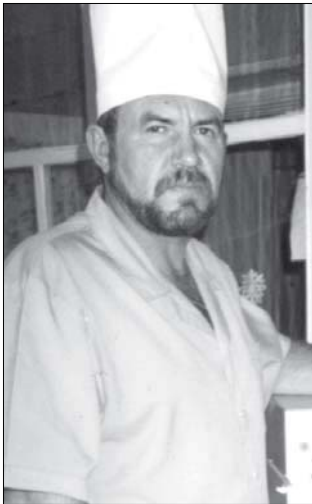
Фельдшера, доставившего больного в глухое время суток и тем побеспокоившего покой дежурного врача, можно оскорбить хотя бы тем, что напомнить ему о его месте в иерархической образовательной лестнице только одной фразой: *«И где вас только учат?!»*, и после этого с очаровательной непосредственностью госпитализировать этого больного, тем самым доказав, что учат их, где надо и чему положено, и больной был доставлен, куда надо.

Много лет назад, придя на работу в качестве цехового терапевта в одну из поликлиник города, я сменила на этом посту фельдшера, занимавшего эту должность несколько лет.

Как я была благодарна за эту науку, за этот опыт, который она, фельдшер, бескорыстно и щедро передала мне, начинающему врачу!

Поверьте мне, много лет общающейся с этой категорией медицинских работников, как много у нас грамотных, высококвалифицированных фельдшеров, которые тянут тяжелый воз нашего российского здравоохранения с удивительной и достойной хотя бы уважением преданностью.

Поздравляю всех фельдшеров - выпускников нашего колледжа - с юбилеем нашей Alma mater!



НЕОЖИДАННАЯ ОПАСНОСТЬ

Олег Владимирович Першин,
заведующий отделением детской реанимации и
интенсивной терапии МУЗ «Городская детская
инфекционная больница №2», г. Барнаул

Ольга Михайловна Малюга,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры педиатрии АГМУ



В последние два года по стране прошла волна публикаций о токсическом действии сосудосуживающих капель в нос, особенно «Нафтизина». Динамика роста числа отравлений действительно удручающая. По данным ведущих токсикологических российских центров, отравления «Нафтизином» и другими каплями в нос вышли на первое место среди общего числа медикаментозных отравлений у детей.

«Нафазолин», другие его названия – «Нафтизин» и «Санорин» относятся к назальным деконгестантам короткого срока действия. Выпускаются 0,05%-ные и 0,1%-ные растворы во флаконах, длительность их действия не превышает 4-6 часов. Рекомендуются кратность применения - 2-3 раза в сутки, что явно недостаточно для достижения терапевтического эффекта. В ряде стран «Нафазолин» запрещен в педиатрической практике, в нашей стране разрешен к использованию у детей с двухлетнего возраста, так как препарат оказывает токсическое действие на реснитчатые клетки эпителия носоглотки.

Если говорить про непосредственно динамику роста числа отравлений, то здесь можно отметить следующие цифры, касаемые нашего отделения детской реанимации и интенсивной терапии детской инфекционной больницы №2: в 2000 году поступило

семь детей с отравлениями «Нафтизином». Далее - по нарастающей: 14 и 24 человека в следующие годы, в 2004 году поступает уже 48 больных, за 11 месяцев 2005 года – 72 (!) ребенка. Из них до 1 года - 15 больных, до 3-х лет - 61 ребенок. Из этого количества больных с отравлениями «Санорином» поступило 11 больных. Также отмечались случаи отравления «Називин» при приеме внутрь.

Необходимо сказать, что признаки отравления парадоксальные. Препарат относится к группе симпатомиметиков, наиболее известным из них является адреналин, гормон стресса. Признаки отравления, напротив, идентичны отравлению клофелином, так как реализация токсического эффекта происходит через центральную нервную систему.

Признаки отравления при неоднократном использовании обычно проявляются после закапывания в нос через несколько минут или даже до нескольких часов. Ребенок становится вялым, сонливым. Появляется резкая бледность кожных покровов, снижается температура тела. Отмечается урежение пульса, расширение зрачков.

Рост числа отравлений зависит от ряда факторов, которые в совокупности привели к тому, что мы имеем на сегодняшний день.

Крайне легкомысленное отношение как родителей, так

иногда и врачей, к такому внешне безопасному лекарству, как банальные капли в нос. В то же время активная реклама всевозможных капель немногим уступает по количеству рекламе зубных паст.

Слизистая оболочка носа у ребенка обладает гораздо большей всасывающей способностью по сравнению со взрослыми, и это усугубляется при воспалении, когда резко увеличивается кровоснабжение.

Несколько лет назад «Нафтизин» выпускался в стеклянных флакончиках, и закапывание проводили пипетками, в которых количество набранной жидкости легко отследить. Ныне препарат выпускается в полиэтиленовых матовых флаконах-капельницах. Отверстия в кончике делаются родителями произвольно, «чем удобно было», количество капель невозможно отследить, к тому же маленькие дети обычно активно сопротивляются. В результате ребенок легко получает дозу, во много раз превышающую терапевтическую. На этикетке невозможно прочитать процентный состав лекарства, отсутствуют указания о возрастных ограничениях.

Существенным фактором являются и ценовые различия. «Нафтизин» в аптеках продается по 5-7 рублей за флакончик, «Галазолин» в среднем стоит 25 рублей, а более качественный «Називин» - уже 55 рублей.

При этом, «Галазолин» и «Називин» действуют от 8 до 12 часов. Они очень плохо всасываются, и поэтому случаи отравлений при их использовании практически не встречаются.

Что же делать родителям при обнаружении у ребенка признаков отравления? Срочно вызвать «скорую помощь», врачи которой хорошо знают клинику отравлений и оказывают первую помощь путем введения сильнодействующих препаратов. Пострадавшие дети обычно доставляются в отделение детской реанимации, где проводятся необходимые мероприятия, вплоть до массивной детоксикации.

В заключение хочется призвать родителей, медицинских и фармацевтических работников:

- исключить из употребления у детей до 10 лет такие лекарственные препараты, как «Нафтизин» и «Санорин»;
- использовать при необходимости более дорогие, но и более качественные и безопасные препараты, такие, как «Називин» и «Галазолин»;
- более широко использовать методы народной медицины, опыт наших мам и бабушек, которые активно использовали прогревание ног и местное лечение в виде прогрева носовых раковин вареным яйцом, закапывали в нос сок алоэ и лука и многое другое.

Берегите здоровье своих детей!

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

(Окончание. Начало в №12, 2005г.)



**Валентина Антоновна
Саркисова,
президент Российской
ассоциации медицинских сестер**

Одним из итогов данной работы стало введение в номенклатуру специальностей таких должностей, как директор хосписа, заведующий отделением сестринского ухода, директор молочной кухни, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, главная акушерка, главный фельдшер «Скорой помощи». **Сейчас во многих больницах появились должности** медсестра-преподаватель, медсестра-координатор, медсестра-консультант, однако требуется утверждение данных должностей на уровне Министерства здравоохранения и социального развития. Постепенно распространяется опыт организации Школ пациентов, ведение которых становится прерогативой медицинских сестер.

Таким образом, Ассоциация стремится показать многообразие профессии и роли медицинских сестер в современном здравоохранении, а взаимодействуя с Министерством, добиться утверждения этих ролей на национальном уровне.

Развивается и сотрудничество РАМС с ЦК Профсоюза медицинских работников, подписано Соглашение о совместной деятельности. Председателем комиссии по защите прав средних медицинских работников ЦК теперь является медицинская сестра – член Ассоциации медсестер России. Совместные усилия РАМС и Профсоюза на-

правлены на отстаивание социально-экономических прав сестринского персонала, а также материально-техническое обеспечение сестринской деятельности и обеспечение безопасных и благоприятных условий труда.

Одним из важнейших достижений прошедшего периода работы явилось принятие Ассоциации медицинских сестер России в Международный совет медсестер. Решение о принятии РАМС в Международный совет было принято в мае 2005 года на конгрессе организации в Тайване. Ассоциация сможет принимать активное участие в формировании глобальной политики в области сестринского дела и получит поддержку мирового сообщества в реализации реформы отрасли на национальном уровне.

В течение последних лет более интенсивным стало сотрудничество РАМС с Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, членом которого РАМС является с 2000 года. В рамках Форума принимаются стратегические планы политики здравоохранения в нашем регионе. Международное сотрудничество благоприятно сказывается и на решении многих проблем отечественного здравоохранения. Следующее заседание Европейского форума пройдет в г. Санкт-Петербурге при участии представителей 54 стран Европы. Основное внимание будет уделено проблеме распространения ВИЧ-инфекции, роли медицинских сестер в предотвращении распространения этого заболевания, а также итогам реализации Мюнхенской декларации, провозглашающей самостоятельность профессии, отдающей приоритет в принятии решений по организации сестринского дела специалистам отрасли.

Прошедший период работы Ассоциации оказался достаточно продуктивным, но организация нуждается в более интенсивном развитии. Сегодня мне хочется обратить внимание на те проблемы, которые пока остаются нерешенными.

Дальнейшего укрепления требует институциональная структура Ассоциации. Приходится констатировать слабую работу специализированных комитетов Ассоциации, в то время как именно на них лежит основная задача по оказанию содействия в обмене опытом между региональными отделениями. До настоящего времени этой зада-

че соответствовали только национальные конференции РАМС.

Информационный комитет должен собирать информацию о проходящих в регионах мероприятиях, о тех успехах, которых добиваются различные отделения, о тех препятствиях, с которыми они сталкиваются. Комитет по сестринской практике должен распространять опыт регионов по внедрению современных технологий ухода, успешной реорганизации сестринских служб.

Ассоциации необходимо установление более тесных и партнерских взаимоотношений между региональными отделениями. Поэтому, если в вашем регионе разработаны актуальные, качественные материалы – обратитесь в соответствующий комитет Ассоциации с предложением о распространении данных материалов на национальном уровне, об организации межрегионального семинара на вашей территории!

В целях более эффективного распространения информации о деятельности РАМС был создан веб-сайт в Интернете. Уважаемые коллеги, для всех нас он – это уникальная возможность заинтересовать и привлечь к деятельности Ассоциации новых членов, прежде всего, молодежь. **Поэтому я призываю регулярно предоставлять информацию о вашем региональном отделении в электронном виде.** А направляя данные еще и на английском языке, вы можете привлечь к сотрудничеству различные зарубежные организации и объединения медсестер.

Следующим немаловажным аспектом в укреплении работы РАМС является стабильная связь региональных отделений и национального офиса Ассоциации. К сожалению, иногда очень сложным оказывается поиск президентов некоторых региональных отделений. Часто ответы на разосланные анкеты, письма в региональные Ассоциации возвращаются к нам слишком поздно! **Поэтому обращаю ваше внимание на необходимость поддержки постоянного контакта с центральным офисом.**

Обращаясь к руководителям региональных ассоциаций, мне хотелось бы сказать, уважаемые коллеги, активнее приглашайте друг друга на важнейшие мероприятия в ваших регионах, будьте более открыты и готовы оказать поддержку слабым!

В 2002 году Правлением РАМС было принято решение о внедрении унифицированной системы взимания членских взносов и отчислений в счет национальной организации, однако не все региональные отделения делают отчисления в счет национальной организации, многие откладывают данную работу на конец года, а есть и такие, которые вообще ни разу не перечислили свой взнос.

Мы также столкнулись с невнимательностью при перечислении средств – неправильно указанное название организации приводило во многих случаях к значительным задержкам в поступлении средств. Результатом таких несогласованных действий выступает отсутствие какой-либо надежды на финансовую стабильность и финансовую независимость РАМС. Разработка ежегодного бюджета национальной Ассоциации базируется исключительно на поступлении средств по зарубежным проектам! Поэтому важнейшей стратегической задачей на предстоящие пять лет я считаю достижение устойчивости и финансовой независимости нашей организации. **Стабильное финансирование – это неременное условие эффективной деятельности как национальной Ассоциации, так и региональных отделений.** Но нам приходится сталкиваться с одним из часто задаваемых вопросов: «А что даст мне членство в Ассоциации?». В период становления организации вопрос должен звучать иначе: «Что я могу сделать, чтобы Ассоциация окрепла, профессия развивалась, чтобы повышался ее престиж?».

Во многом вопрос о состоятельности Ассоциации правомерен. Организация обладает огромным потенциалом влияния на политику в области сестринского дела, однако без участия каждой медсестры в этой работе позитивные перемены будут недостижимы!

Многие из вас знакомы с опытом Шведской ассоциации работников здравоохранения, Канадской ассоциации медицинских сестер, других зарубежных сестринских объединений, которые контролируют не только вопросы профессионализма, но также социально-экономического статуса специалистов сестринского дела. Наши коллеги регулярно проводят обучающие семинары, публикуют специализированные журналы для отдельных групп специалистов, ведут переговоры с работодателями, сотрудничают с учебными заведениями, предоставляют консультативную юридическую помощь членам Ассоциации. Основная часть такой работы осуществляется на региональном уровне – члены регионального правления занимаются исключительно вопросами Ассоциации, а также получают помощь со стороны административных сотрудников.

Например, если мы посмотрим на зарубежный опыт, то Шведская ассоциация выступает одним из основных участников при формировании национальной концепции здравоохранения. Целесообразно задать вопросом о том, что же

стоит за этим успехом? Все объясняется достаточно просто – Шведская ассоциация выступает от имени более чем 95% специалистов отрасли, каждый из которых осознает важность своего личного вклада в поддержку Ассоциации!

Уважаемые коллеги, единство медицинских сестер во многом зависит от лидеров, способных аргументированно привлечь специалистов в ряды организации. Таким образом, успех нашей Ассоциации во многом зависит от вас!

Считаю необходимым существенно активизировать работу национального Правления Ассоциации, координационного Совета, ревизионной комиссии, специализированных комитетов Ассоциации. Совершенствования требует также деятельность Ассоциации, направленная на реформирование сестринского дела.

В течение нескольких лет медицинские сестры обсуждают проблему недостаточности правового регулирования сестринской практики. Здесь считаю необходимым провести разделение между действительно важными и актуальными правовыми инициативами, и теми, рассмотрение которых в настоящее время нецелесообразно.

В этом году Ассоциацией были разработаны поправки к действующему в России закону об оказании медицинской помощи гражданам. Если документ получит ваше одобрение, Ассоциация предпримет соответствующие усилия для внесения его в рассмотрение и принятия Государственной Думой РФ.

Деятельность многих региональных отделений страдает от чрезвычайной занятости президентов, которые по вполне понятным причинам не могут оставить основное место работы. Многие регионы высказывают мнение о необходимости правового решения данной проблемы, например, за сохранение рабочего места на период полномочий руководителя общественной организации. Принятие такого закона требует серьезных оснований – весомого членского состава. Вместе с тем, каждая региональная Ассоциация может пойти иным путем – создать штат сотрудников, которые займутся практической реализацией решений регионального отделения.

В настоящее время лечебно-профилактические учреждения получили весомую долю независимости, поэтому лидерам сестринского дела необходимо отказываться от традиционного подхода к работе, регламентированной до малейших деталей. **Многие проблемы решаемы на местах!** Отсутствие каких-либо законодательных документов, приказов и предписаний должно служить дополнительным стимулом к поиску иных решений.

В ряде регионов медицинские сестры начали выдвигать свои кандидатуры в органы законодательной власти. С увеличением числа таких медсестер будут повышаться и шансы на развитие и обеспечение правовой основы сестринской практики!

Одним из приоритетных направлений

работы Ассоциации выступает **совершенствование системы аттестации специалистов сестринского дела.** В настоящее время нельзя с уверенностью говорить о наличии всех условий, необходимых для принятия ответственности за проведение аттестации региональными ассоциациями. Однако двигаться в данном направлении следует более интенсивно.

Внимания со стороны Ассоциации требуют и вопросы, связанные с расширением научного исследования в сестринском деле, что неотделимо от развития системы высшего профессионального образования. В настоящее время ощущается не только нехватка факультетов ВСО; серьезным ограничением является отсутствие университетского образования по клиническим специальностям. Существенным препятствием выступает также несогласованность программ базового, повышенного и высшего образования, результатом чего является неадекватная длительность процесса обучения специалиста сестринского дела, и нам предстоит большая работа в решении этих проблем.

В заключение хотелось бы в нескольких словах рассказать о планах и перспективах развития Ассоциации.

- Создать региональные ассоциации как минимум в 70 регионах России.

- Добиться через Государственную Думу внесения поправок по разделу «Сестринское дело» в закон РФ «Об охране здоровья граждан».

- Улучшить систему последипломного образования медсестер:

- внедрить единую систему проведения аттестационного экзамена с применением банка тестовых заданий, разработанных Ассоциацией и утвержденных МЗ РФ во всех училищах и центрах последипломного образования;
- разработать и утвердить систему кумулятивных зачетов.

- Заботиться о социально-экономических интересах своих членов – медицинских сестер.

- Развивать партнерские отношения со всеми имеющимися ассоциациями по специальностям.

- Совершенствовать журнал «Вестник сестринских ассоциаций».

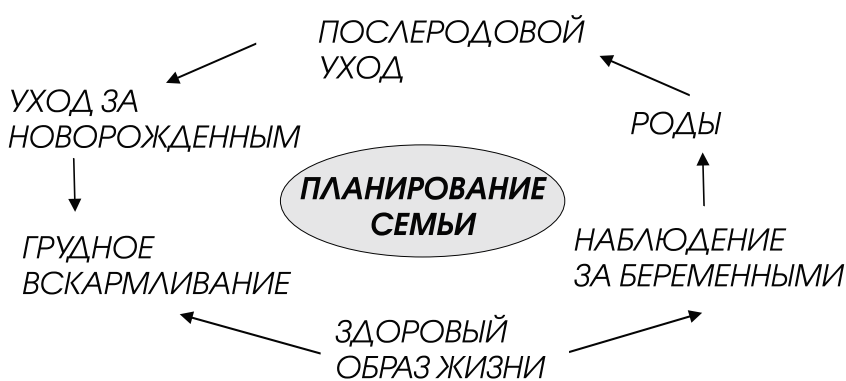
Уважаемые коллеги, СТРАТЕГИЯ Ассоциации состоит в достижении независимости и автономии профессии медицинской сестры, это не только расширение прав и возможностей специалистов отрасли, но также и осознание всей полноты своей ответственности! Эта цель подразумевает поэтапное решение целого комплекса проблем, что требует личного вклада каждого профессионального лидера и руководителя, каждой медицинской сестры. Убеждена, что позитивные перемены в сестринском деле в большей степени зависят от нас, и в будущем профессии мы должны создать вместе, в рамках единой, сильной и независимой Ассоциации сестер России!

Родовспоможение XXI века

Лидия Алексеевна Кочетова,
старшая акушерка первой квалификационной категории родового
отделения МУЗ «Родильный дом №1», г.Барнаул

В барнаульском родильном доме №1 российско-американский проект «Мать и дитя» проводится с февраля 2004 года. Этот образовательный проект в области охраны материнства и детства внедряется в рамках межправительственного сотрудничества в области здравоохранения с 1999 года. Проект ориентирован на улучшение здоровья женщин и младенцев, в том числе введение в родовспомогательную и неонатальную практику современных эффективных методов, на улучшение оказываемых услуг в области планирования семьи, в первую очередь среди родильниц и женщин после аборта, и обеспечение правильного ведения беременных женщин, поддержку и пропаганду здорового образа жизни. В целом можно сказать, что проект направлен на повышение уровня знаний населения в области репродуктивного здоровья и планирования семьи с целью укрепления репродуктивного и сексуального здоровья.

Основные направления проекта:



Что входит в понятие «забота о здоровье матери и ребенка»? В первую очередь, это – обеспечение физического, умственного и социального благополучия женщины до, во время и после родов. Подобное благополучие обеспечивает как рождение здорового ребенка, так и здоровое детство. Осуществляется оно через систему родовспоможения, ориентированную на участие семьи (РОУС). Эта концепция разработана с целью обеспечения необходимого ухода и поддержки женщин с нормальным течением беременности, а также их семей во время беременности и родов, с максимальным удовлетворением их информацион-

ных, социальных, эмоциональных и бытовых потребностей.

В чем же специфика и отличие РОУС? Подход:

- обращает внимание на обучение и подготовку, благодаря которым беременная женщина сознательно и активно участвует в сохранении собственного здоровья, а также здоровья плода и ребенка;

- поощряет участие членов семьи беременной женщины или других людей, по ее выбору, в совместной подготовке к родам и материнству, а также приветствует их присутствие и поддержку во время схваток и родов;

- избегает излишнего использова-



ния инвазивных, неприятных или ограничительных процедур (отказ от клизмы, бритья);

- отдает предпочтение немедикаментозным методам обезболивания;

- поощряет активный образ поведения женщины во время схваток - садиться, ходить, часто менять позиции, принимать положение полусидя или на корточках во время второй стадии схваток;

- рассматривает роды как процесс, требующий чистоты, а не стерильности;

- обеспечивает непосредственный физический контакт между матерью и ребенком сразу после родов;

- пропагандирует грудное вскармливание и совместное постоянное пребывание в одной палате новорожденного и матери.

Естественно, что женщина и ее семья с нетерпением ожидают дня родов, и хотя по времени это событие длится не очень долго, оно является самым важным событием, поэтому необходимо проявить к родильнице должное уважение, заботу и уход. Положительный опыт во время родов является залогом хорошего грудного вскармливания, тесных отношений между матерью и ребенком, уверенности в себе, обеспечиваяет хороший родительский уход.

В задачи проекта входит обучение врачей и среднего медицинского персонала современным методам качественной клинической и консультативной помощи.

Принципы обучения опираются на международные рекомендации (ВОЗ), международный опыт с поправкой на специфику местных условий.



В конце октября 2004 года представители акушерских отделений родильных домов №№1 и 2 г.Барнаула прошли обучение по одному из направлений проекта по РОУС на базе пермского родильного дома городской больницы №21. Были проведены теоретические и практические занятия: введение в систему РОУС, альтернативные положения при родах, помощь в ходе родов, нефармакологическое обезболивание родов, активное вмешательство на третьей стадии родоразрешения. Специальные занятия были посвящены темам: «Партограмма»; «Уход за новорожденным»; «Послеродовой уход за матерью»; «Дородовое обучение»; «Семейные консультации». Особое внимание было уделено вопросам инфекционного контроля при РОУС с практическими примерами.

Прошел всего лишь год после нашего возвращения из г.Перми, но за это время произошли значительные изменения.

Во-первых, мы постарались донести до коллег информацию о РОУС и с помощью всего коллектива внедрить подход РОУС в свою работу.

Во-вторых, в своем роддоме мы организовали шесть индивидуальных родильных залов, в которых уютно, комфортно и женщине, и тому, кто поддерживает ее в родах.

В-третьих, мы всячески приветствуем желание членов семьи помочь женщине. Персонал роддома объясняет преимущества постоянной поддер-

жки спутника при родах, мобильности и свободы изменения тела при потугах, показывает, как активно помочь женщине найти удобную для нее альтернативную позу при потугах. **Проводится обучение по применению нефармакологического обезболивания при родовых схватках** - движение, противодействие, точечный массаж, привлечение и отвлечение внимания.

При рождении ребенка женщине объясняем приемы ухода за ним: профилактика гипотермии (носочки, шапочка, термометр), физический контакт - выкладывание ребенка на живот матери, так называемый контакт «кожа к коже», прикладывание к груди в родильном зале, преимущество раннего грудного вскармливания.

Организовано совместное пребывание в палате матери и ребенка, кормление по желанию младенца, свободное пеленание. Проводим послеродовое консультирование по вопросам ухода за ребенком, грудного вскармливания, здорового питания и образа жизни, планирования последующей беременности и предохранения от нежелательной. **Большое внимание уделяем внешней обстановке в роддоме**, чтобы приблизить ее к домашней, чтобы наши пациентки чувствовали заботу о себе и их детях.

Проект «Мать и дитя» включает в себя не только подход РОУС в роддоме, поощрение грудного вскармливания, он начинается в условиях женской консультации: планирование семьи, наблюдение беременных и подготовка к родам, вопросы репродуктивного здоровья решаются с приема детского гинеколога. В этом проекте принимают участие и детские поликлиники. В городе определены пилотные медицинские учреждения, которые уже работают в этом проекте.

Приглашаем всех женщин, которые хотят заботиться о своем здоровье и здоровье своих будущих детей, получить качественную медицинскую помощь, а также доброе и внимательное отношение, в наше объединение МУЗ «Родильный дом №1». Мы ждем вас!

Книга рекордов Гиннеса



Самый недоношенный ребенок

На 128 дней раньше срока у **Бренды Гилл Оттаве**, провинция Онтарио, Канада, 20 мая 1987 года родился сын **Джеймс Гилл**. Вес новорожденного был 624 грамма.

Самые продолжительные интервалы между родовыми актами при многоплодной беременности

Пегги Линн из Хантингтона, штат Пенсильвания, США, родила девочку **Ханну** 11 ноября 1995 года, а второго из близнецов, **Эрика**, - только через 84 дня (2 февраля 1996 года).

Самая долгая разлука двух близнецов

Айрис Джонс и **Аро Кемпбелл**, родившиеся в 1914 году, встретились после 75-летней разлуки.

Сиамские близнецы

Соединенных близнецов стали называть «сиамскими» после того, как в районе Меклонга в Сиаме (Таиланд) 11 мая 1811 года родились сращенными в области грудины **Чанг** и **Энг Бункеры**. Они сочетались браками с **Сарой** и **Аделаидой Йетс** из штата Северная Каролина, США, и имели соответственно 10 и 12 детей. Умерли они в 1874 году, причём с разницей в три часа.

Самая крайняя форма этого явления - человеческое существо с двумя головами, четырьмя руками и двумя ногами (diccephales tetrabrachius dipus). Единственный зарегистрированный случай такого рода - **Маша** и **Даша Кривошляповы**, родившиеся в январе 1950 года в СССР.

Первую успешную операцию по разделению сиамских близнецов произвел 14 декабря 1952 года в больнице Маунт-Синай, Кливленд, шт. Огайо, США, доктор **Жак С.Геллер**.

Наибольшее число многоплодных родов в одной семье

У **Маддалены Гранаты** из Италии (р. 1839) 15 раз рождались тройни.

Есть сведения также о рождении 29 мая 1971 года в Филадельфии, штат Пенсильвания, США, и в мае 1977 года в Бангхате, Бангладеш, 11 близнецов. В обоих случаях ни один ребенок не выжил.



Объявление

Главным медсестрам ЛПУ городов и районов края, являющимся членами Ассоциации, необходимо получить «Сборники материалов по организации сестринского дела» в офисе Ассоциации.

Президент АСМР Л.А. Плигина

Контактный телефон: (8-3852) 35-70-47

«Школа ответственного родительства»

В конце ноября прошлого года редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» совместно с Общественной женской палатой при главе администрации края провели круглый стол по теме «Демографическая ситуация и семейная политика, проблемы ответственного родительства». В обсуждении вопроса приняли участие медики, лидеры женских общественных организаций, руководители медицинских учреждений, представители администраций городов и районов края, медицинские сестры – члены краевой сестринской Ассоциации.

От редакции.

Здоровье россиян продолжает ухудшаться, уровень смертности растет, а государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер - к такому выводу, по информации газеты «Известия», пришла Счетная палата РФ. По ее прогнозам, в ближайшее десятилетие смертность в среднем ежегодно увеличится еще на 0,4 млн. человек! По заключению ООН, Россия по уровню развития человеческого потенциала занимает 57-е место в мире, главным образом, из-за низкой продолжительности жизни: она составляет 65 лет. Ежегодно наше население сокращается примерно на 650 тысяч человек. Как считает руководитель Центра демографии и экологии человека ИИП РАН А.Вишневский, демографические потери от высокой смертности сопоставимы с военными. Наряду с высокой смертностью от внешних причин: ДТП, убийства, самоубийства, а также ВИЧ и туберкулез - стремительно растет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Российские мужчины в среднем на 11 лет раньше умирают от ССЗ, на 21 год (!) - от заболеваний легких.

Положение усугубляется и низким уровнем рождаемости. Сокращение численности населения со 149 млн. человек (показатель 1992 года) до 143 млн. (2003 год) – это беспрецедентный спад среди промышленно развитых стран.

Часть населения связывает низкую рождаемость и смертность с уровнем медицинского обслуживания, бесплатно предоставляемого гражданам. По данным социологических исследований, проведенных Фондом «Общественное мнение», 56% россиян не устраивает тот уровень лечения, который им предоставляют бесплатно. Недовольство пациентов чаще всего спровоцировано отрицательными человеческими качествами медицинских работников, их низким моральным уровнем: они подвержены коррупции, хамят больным. Много претензий и к организации работы медицинских учреждений: жалобы на очереди, неразбериху, невозможность своевременно получить нужную помощь (источник ФОМ, РОМИР мониторинг).

Одни медицинские работники совершенно справедливо ставят вопрос о неудовлетворительной укомплектованности кадрами и оснащенности медицинской аппаратурой, о выполнении подчас несвойственных функций, о невозможности реализовать свое законное право на повышение квалификации. Другие в качестве главного фактора снижения численности населения и рождаемости называют урбанизацию, изменение крестьянского менталитета, который, по сути, тоже отчасти урбанизирован. Так как раньше уровень рождаемости на селе был выше, чем в городе, а сейчас это различие незначительно.

Александр Федорович Лазарев, доктор медицинских наук, главный врач ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»:



- В России и в Алтайском крае в большинстве случаев смертность вызвана кардиологическими и онкологическими заболеваниями. Но можно реально снизить эти показатели: по статистике в 25-40% случаях онкопатологию вызывает курение, в 10-70% - качество питания, в 4% - употребление алкоголя.

Проводя собственные исследования, мы пришли к неутешительным выводам: смертность мужчин от курения за последние 10 лет выросла в два раза, женщин – в 5,5 раз. Усугубляет ситуацию и то, что в 35% курят молодые люди. Но процент смертности онкобольных от пассивного курения не меньше - он равен 17.

Наша задача сделать так, чтобы нашими единомышленниками стало все население края, необходимо выходить с инициативами. Например, мне понадобилось 10 лет, чтобы в два раза снизить число курящих врачей в онкологическом диспансере. Поэтому я уверен, что начинать надо с себя, а впоследствии привлекать других к ведению здорового образа жизни.

Приведу несколько примеров из мировой практики. Бюджет Национального института онкологии США равен размеру всего российского бюджета, но смертность от онкопатологии не снизилась. Тогда был сделан упор именно на профилактику, и результат не заставил себя ждать. А в России только 0,5% бюджета направлено на профилактические мероприятия, мы еще не дошли до понимания того, что лечить болезни – это бесперспективно. Во Франции, где продолжительность жизни составляет 78 лет против российского рубежа в 72 года (женщины), онкозаболеваниями страдают 140 человек на 100 тыс.чел. (в России – 375 человек на 100 тыс.чел.). Закон в скандинавских странах запрещает курение, при этом уровень смертности от рака легких нулевой. Интересно и то, что стоимость страхования в два раза выше, если страхуемый курит.

Нам необходимо повышать здравоохраненческую культуру нашего населения, учиться учить его так, чтобы было действительно эффективно.

Нина Васильевна Евтушенко, главный акушер-гинеколог комитета по здравоохранению администрации края:

- Статистика неутешительна: показатель рождаемости в полтора раза ниже, чем уровень смертности. Поэтому для нас важно и жизненно необходимо рождение здорового ребенка. Но население при своем низком уровне жизни и доходов, а также слабом здоровье - рождает больных детей. У каждой четвертой беременной женщины выявляется почечная или сердечно-сосудистая патологии. На 27 тысяч родов - около тысячи женщин нигде не наблюдаются во время беременности, 30% - встают на учет в поздние сроки, когда уже патология плода запущена.

Нужно учить население азам «Школы ответственного материнства», необходимо изменение менталитета людей, обучение грамотному планированию своей семьи.

Лариса Алексеевна Плигина, президент АРОО «АСМР»:



- Да, общественность беспокоят демографические вопросы, но, считаю, все же не настолько остро, как того требует ситуация. Среди путей решения отрицательной демографической ситуации я вижу комплексные государственные решения социаль-



но-экономических и культурно-нравственных проблем семьи, населения, направленные, в частности, на обеспечение жильем, адекватные выплаты за рождение ребенка, льготные кредиты за обучение детей, детское пособие, равное прожиточному минимуму... Только силами государства можно изменить кризисную ситуацию в плане социальной поддержки семьи.

Необходимо возвращать утраченный «культ» отца, без которого невозможно формировать традиции внутри семьи, а в результате вся ответственность сегодня ложится на плечи женщины-матери.

Г.Л. Беспалова, главная медицинская сестра МУЗ «Городская детская поликлиника №9»:

- На мой взгляд, система социальной поддержки должна формироваться через государственные программы. Говоря о «здоровой семье», я считаю, нужно сделать акцент и на ответственное отцовство. В семье отец должен быть примером для своих детей.

Н.В. Фокина, главная медицинская сестра МУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»:

- Должна быть единая государственная система социальной поддержки семьи. Причем, считаю, что рождаться ребенок должен в полной семье, где оба родителя должны в равной степени участвовать в его вос-

питании. Социальные и медицинские работники профилактики заболеваний среди населения должны проводить путем информирования в семье (возродить патронажное наблюдение), в детских учреждениях, выпускать тематические брошюры, бюллетени, проводить беседы.

Н.М. Медведева, главный врач Бийского городского центра медицинской профилактики:

- По моему мнению, вопрос сокращения численности населения волнует всех сознательных людей, которые понимают всю пагубность этой тенденции. Необходимо провести анализ и ответить на вопрос: «А кто в настоящее время рождает и кого?». Ведь не случайно растет такое явление, как социальное

уровне Федерации, это должна быть **государственная политика**.

Ответственное отцовство - это способность мужчины, главы семьи, обеспечить достойный уровень жизни своей семьи независимо от ее численности. В настоящее время многие женщины выполняют эту роль в семье.

Значительное влияние на формирование семейной политики могут оказать женские общественные объединения.

Уровень организации в нашей стране медицинской помощи женщинам и детям выше, по сравнению с другими слоями населения. Им, на мой взгляд, уделяется больше внимания со стороны медицинских работников. На мой взгляд, все виды профилактических услуг поликлиник при работе со здоро-



сиротство, снижается уровень здоровья новорожденных. Поэтому в стране должны быть определены приоритеты: государство должно поддерживать те семьи, которые ведут здоровый образ жизни и которые будут рожать здоровых детей. Нужна поддержка семей молодых специалистов, их трудоустройство, материальная поддержка во время беременности и родов, предоставление жилья молодым семьям и улучшение жилищных условий в связи с рождением ребенка и многое другое. Для этого, несомненно, должна быть единая система поддержки семьи, и эти вопросы должны решаться на

вым контингентом или во время диспансеризации больных с хроническими заболеваниями должны оплачиваться выше, чем работа с больными. Только в этом случае у руководителей ЛПУ будет стимул развивать профилактическую направленность работы своих поликлиник.

Профилактические программы должны влиять на многие слои населения, в них должны принимать участие как можно больше структур общества, то есть на любой территории просто необходимо создавать коалицию единомышленников, во главе которой должен стоять один из за-

местителей главы администрации города или района (зам по социальным вопросам).

Роль первичного звена здравоохранения в профилактике достаточно весома, но не является ведущей. Общеизвестно, что от здравоохранения уровень формирования здоровья населения зависит лишь на 10%. В основном это относится к обеспечению доступности медицинской помощи, проведению гигиенического воспитания населения и осуществлению мероприятий вторичной профилактики (диспансеризация, проведение «школ» для больных по различным заболеваниям), раннему выявлению основных неинфекционных заболеваний и работе с группами риска. Эта работа должна хорошо оплачиваться, только в этом случае можно надеяться на ее эффективность.



Г.Н. Григорук, главный врач МУЗ «Мамонтовская ЦРБ»:

- Вопросы сокращения численности населения беспокоят всю общественность, так как они являются вопросами национальной безопасности. И решить демографическую проблему можно только при повышении рождаемо-

сти. Профилактика заболеваний состоит в обучении населения здоровому образу жизни. Очень правильная форма обучения населения – «Школы», в которых проводится конкретное грамотное обучение с учетом индивидуальных особенностей обучаемых. При правильной постановке обучения эта форма очень нравится населению и медицинским работникам.

Население надо учить, как быть здоровыми или сохранить трудоспособность, уже имея заболевание, обеспечить себе приемлемый уровень и образ жизни.

В.П. Хвостова, заместитель главного врача МУЗ «Калманская ЦРБ»:

- В России должна быть единая государственная система социальной поддержки семьи, вопросы демографической политики должны быть

отнесены к компетенции Федерации. При наличии работы, жилья развитие экономики района даст уверенность людям в завтрашнем дне.

Профилактика неинфекционных заболеваний должна быть постоянной. В нашей стране необходимо научить людей сохранять свое здоровье, а если заболел, то учить, как себя вести, как правильно лечиться. Большинство считают, что кто-то должен заботиться обо всех, а они сами будут вести разгульный образ жизни. На мой взгляд, в понятие «профилактика» входит и предупреждение обострений хронических заболеваний. В этом и состоит задача первичного звена здравоохранения в профилактике. Конечно, чистый воздух, удовлетворенность жизнью тоже играют значительную роль в здоровье людей, а это должно обеспечить государство.



Н.В. Гришкова, главная медицинская сестра МУЗ «Крайтубдиспансер»:

- Чтобы реально повлиять на повышение рождаемости, демографическую ситуацию в целом, необходимы меры, которые будут направлены на улучшение социального и экономического благополучия.

Понятие «ответственное отцовство» нужно воспитывать в ребенке с раннего детства. На мой взгляд, вести профилактическую работу среди населения должен любой человек, осознающий важность здорового образа жизни, показывая своим примером, что ЗОЖ – это реальность.

сти, снижении смертности, особенно в трудоспособном возрасте. Вопросы семьи и демографической политики должны быть в компетенции Федерации, а главными формами государственной поддержки семьи считаю повышение доходов семьи, уровня жизни, бесплатное дошкольное воспитание и возможность дальнейшего образования.

«Ответственное отцовство» затруднено, так как отцы не получают достаточно средств, чтобы даже содержать свою семью.

Отмечу, что в условиях сел эффективно с семьями работают женсоветы.



От редакции.

Предложения участников дискуссии, безусловно, заслуживают внимания и будут использованы в деятельности Общественной женской палаты при главе администрации края. Мы со своей стороны в рамках журнала продолжим программу «Школа ответственного родительства», и не только материнства, но и откроем всеобщую для «ответственных отцов».



Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала

Анемии у детей

Железодефицитная анемия (ЖДА) -

необычайно широко распространенное заболевание, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным разных исследователей, от 83 до 90% всех анемий составляют железодефицитные. У детей первых 2-х лет жизни частота сидеропении достигает 73%, и вероятность ее перехода в анемию очень высока. Второй возрастной пик частоты возникновения ЖДА приходится на подростковый период.

Анемия может быть диагностирована у детей до 5 лет, если $Hb < 110$ г/л, **у детей старше 5 лет** - при $Hb < 120$ г/л, **у подростков-девочек** - при $Hb < 120$ г/л, **у подростков-мальчиков** - при $Hb < 130$ г/л. В общей практике основным критерием анемии и степени ее тяжести является показатель Hb : легкая степень анемии - Hb 110-90 г/л, средняя степень тяжести анемии - Hb 90-70 г/л, тяжелая анемия - Hb ниже 70 г/л.

Причины развития ЖДА

◆ алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания;

◆ повышение потребности в железе и снижение его депонирования (многоплодные или частые беременности, недоношенность, лактация, ускорение темпов роста, занятия спортом);

◆ хронические кровопотери (носовые кровотечения, диафрагмальная грыжа, кровотечения из желудочно-кишечного тракта и дивертикулос и т.д.);

◆ снижение абсорбции (синдром мальабсорбции, хронические воспалительные заболевания кишечника, ахлоргидрия, гастроэктомия).

Клиническая картина ЖДА состоит из двух ведущих синдромов: анемического и сидеропенического.

Анемический синдром включает: бледность кожных покровов и слизистых оболочек; снижение аппетита; физическую и умственную утомляе-

мость, снижение работоспособности; сердечно-сосудистые нарушения (тахикардия, головокружения, приглушенность тонов и систолический шум при аускультации сердца).

Для **сидеропенического синдрома** характерны: дистрофические изменения кожи и ее придатков (выпадение волос, ломкость ногтей; атрофия слизистых оболочек носа, пищевода и желудка; гингивит, глоссит, стоматит; у детей старшего возраста и взрослых может быть расстройство глотания ввиду сужения гортанной части глотки за счет перерождения эпителиальной ткани хряща); извращение вкуса и обоняния; мышечные боли (ввиду дефицита миоглобина); мышечная гипотония (в том числе мочевого пузыря, сопровождающаяся ночным недержанием мочи, дневными императивными позывами на мочеиспускание, неспособностью удерживать мочу при смехе и кашле); изменения в нервной системе (замедление темпов выработки условных рефлексов, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, задержка интеллектуального развития, изменения эмоций).

Лечение должно начинаться с устранения причины, вызвавшей анемию, организации правильного режима и питания. Улучшению обмена веществ способствуют свежий воздух, массаж и гимнастика в раннем детском возрасте, гимнастика и умеренные занятия спортом в старшем возрасте.

Вторым моментом терапии является правильное, разнообразное питание с включением в рацион продуктов, богатых витаминами и железом.

Продукты питания в рационе человека разделяются на **гемовые** (10%) и **негемовые** (90%). Усвоение железа из риса, кукурузы, сои, бобов, фасоли, шпината, муки составляет 1-7% от его содержания в продукте, из мясных продуктов - от 18-20 до 30%. ▶

Анемия (греч. «бескровие», «малокровие») - клинко-гематологический симптомокомплекс, который клинически характеризуется бледностью кожных покровов и слизистых оболочек наряду с изменениями внутренних органов, а гематологически - снижением количества гемоглобина (Hb), количества эритроцитов в единице объема крови и средней концентрации гемоглобина в 1 эритроците.

**Виктор Иванович
Зайцев,**
кандидат медицинских наук,
главный краевой детский
внештатный гематолог;

Нина Ивановна Волоскова,
врач высшей категории,
заведующая
онкогематологическим
отделением;

**Лариса Станиславовна
Суворова,**
врач-ординатор
онкогематологического
отделения;

**Александр Александрович
Румянцев,**
кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры педиатрии
АГМУ



Профилактика железодефицита осуществляется еще в антенатальном периоде. Беременные женщины, страдающие анемией, должны быть обследованы для исключения ЖДА. **Критериями анемии у беременных женщин является снижение Hb менее 110 г/л в I и III триместрах беременности и менее 105 г/л во II триместре.**

Причин развития анемии беременных женщин обычно две: **отрицательный баланс железа в организме и недостаточное его поступление.** Дефицит железа в организме беременной женщины опасен многочисленными рисками для нее самой и для плода: плацентарная недостаточность, внутриутробная гибель плода, выкидыши, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении, преэклампсия, пиелонефрит, послеродовые инфекции, кровоточивость.

Представление о том, что снижение Hb у беременной женщины не оказывает влияния на развитие плода, ошибочно. Дефицит железа у плода приводит к необратимым процессам: нарушению роста массы мозга, нарушению процесса миелинизации и проведения нервных импульсов через синапсы. Эти изменения являются необратимыми, их не удастся скорректировать препаратами железа, назначаемыми в первые месяцы жизни ребенка. В последующем у ребенка отмечаются задержка психического и моторного развития, нарушение когнитивных функций.

В грудном молоке содержится железо с самой высокой биологической доступностью - 50%, что не имеет аналогов. И поэтому повышение распространенности грудного вскармливания по-прежнему является важным моментом профилактики ЖДА.

Постоянный контроль Hb должен осуществляться до 18 мес. у детей: с низкой массой тела при рождении; у недоношенных детей; у детей, не получающих молочные смеси, содержащие железо; получающих коровье молоко; если ребенок на грудном вскармливании после 6 мес. получает недостаточное количество железа с прикормом; если ребенок болен.

Подростки также нуждаются в скрининге Hb. Особенно это относится к девушкам 12-18 лет. Целесообразно ежегодное определение Hb у девушек и женщин, имеющих обильные кровопотери при менструации или иной природы, низкое потребление железа с пищей, ЖДА в анамнезе. Юноши нуждаются в контроле Hb, если интенсивно занимаются тяжелыми видами спорта (анемия атлетов).



Врачебный обход в отделении гематологии

В лечении ЖДА применяются препараты железа, Fe (III) гидроксид полимальтозный комплекс или Fe (II) соли железа, расчет которых производится по атомарному железу без учета содержания других химических компонентов (например, аскорбиновой кислоты). Терапия ЖДА проводится пероральными препаратами железа, так как по сравнению с парентеральным введением скорость восстановления уровня гемоглобина почти не отличается, количество побочных эффектов резко снижено. **Прием препаратов рекомендован за 1 час до еды, предпочтительно в вечернее время, поскольку процесс абсорбции железа увеличен во второй половине суток.** Больного и родителей следует предупредить о возможности темного окрашивания стула и появления транзиторных диспепсических расстройств (тошнота, запоры или разжиженный стул). В случае длительного сохранения субъективного дискомфорта следует сменить препарат или, в крайнем случае, снизить дозу.

В течение первых трех дней вырванный препарат применяется в половинной дозе (возможная идиосинкразия к препаратам железа). Об излечении от железодефицитной анемии свидетельствует не столько нормализация гемоглобина, сколько коррекция сидеропении, в том числе восполнение

запасов железа. Поэтому единственным критерием отмены препаратов железа является нормализация ферритина сыворотки.

Парентеральное введение препаратов железа проводят в исключительных случаях:

- при тяжелой ЖДА,
- для оказания экстренной помощи,
- при непереносимости пероральных препаратов железа (даже после многократной замены и снижения дозы),
- при воспалительных и язвенных поражениях ЖКТ, усугубляющихся после назначения ферротерапии,
- при синдроме нарушенного кишечного всасывания,
- после обширной резекции тонкой кишки,
- при непрерывной кровопотере, не возмещаемой пероральным приемом.

Трансфузии эритроцитарной массы не рекомендуется применять даже при тяжелых анемиях, поскольку возникают они не одномоментно и большой обычно адаптированы к анемизации. Исключение составляет необходимость быстрой коррекции анемии при экстренных оперативных вмешательствах.

Вакцинация детей, страдающих ЖДА, производится после повышения уровня Hb до 100 г/л. После нормализации клинико-лабораторных показателей снятие с диспансерного учета осуществляется через 1 год.



Должны ли менструации быть болезненными?

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

Дисменорея (*dis* - порочный, нарушенный; *menos* - месячное; *rhoe* - кровотечение) - это циклический болезненный процесс, при котором в дни менструаций появляются боли внизу живота различного характера и степени выраженности, а также ряд других симптомов, как-то: общая слабость, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, обморочные состояния и др.

Данное заболевание относится к разряду достаточно распространенных: по мнению различных исследователей от 8 до 80% женщин детородного возраста испытывают во время менструаций болезненные ощущения различной интенсивности.

Наибольшее распространение это болезненное состояние имеет в период становления менструальной функции. В структуре подростковой гинекологической заболеваемости дисменорея занимает одно из ведущих мест. Обращает на себя внимание то, что именно в подростковом возрасте болевой приступ у 84% девушек сопровождается **тошнотой и рвотой**, у 75,9% - **диареей**, у 22,5% - **головокружением**, у 16,7% - **головной болью**, а у 15,9% - **обмороками**. Страдания порой настолько сильны, что девушка (женщина) абсолютно нетрудоспособна. Ежемесячное ожидание боли отражается на общем самочувствии, эмоциональной и психологической деятельности девушек. Дисменорея является причиной огромного количества пропусков занятий в школах, высших и средних учебных заведениях.

Каковы причины данного заболевания? Теории, дающей полное объяснение патологическому состоянию, именуемому дисменореей, на сегодняшний день нет. Многие исследователи пытались объяснить ее возникновение изменением гормонального баланса, в частности, соотношения гормонов (эстрогены/прогестерон). Другие считают ведущей причиной нарушение сократительной способности матки, значительный «перегиб матки», третьи - особую значимость придают повышенной болевой

чувствительности и дисфункции спинальных интернейронов, передающих болевые импульсы в кору головного мозга.

В ряде стран существуют отдельные клиники хронических тазовых болей, в которых вопросам диагностики и лечения дисменореи отводится существенная роль, в то время как у нас существует древний, неискоренимый миф о том, что менструации должны быть болезненными, что дисменорея - это не болезнь, проходить обследование, а тем более какое-либо лечение не требуется. Наиболее частыми утверждениями являются следующие: «Выйдешь замуж - все пройдет», «После родов все нормализуется» и т.п. Эти утверждения столь же вредны, сколь вредной является попытка лечиться самостоятельно.

Следует отметить, что **дисменорея может явиться первым, самым ранним симптомом врожденных пороков развития половых органов, врожденного эндометриоза, различных воспалительных заболеваний**. Поэтому, если боли во время менструации стали настолько сильными, что приходится принимать обезболивающие таблетки, то, в первую очередь необходимо проконсультироваться с гинекологом.

Что нельзя делать при болях во время менструации:

- класть грелку на низ живота или поясницу;
- принимать горячую ванну;
- принимать спазмолитические препараты (но-шпа, баралгин, спазган, максиган и пр.), т.к. они могут усилить кровотечение;
- использовать несертифицированные биологически активные добавки (БАДы);
- заниматься тяжелым физическим трудом, в т.ч. посещать уроки физкультуры;
- ждать, что все пройдет само собой.

Что можно предпринять, если квалифицированная помощь в данный момент недоступна?

- Фитопрепараты (столовая ложка смеси из коры крушины (25г), коры кали-



ны (25г), корневища пырея (25г) заваривается одним стаканом кипятка, настаивается в течение дня медленными глотками; или: одну столовую ложку смеси из коры крушины, листьев ежевики, листьев березы, листьев мяты перечной, травы тысячелистника, корня валерианы - по 20г каждой травы - заваривать 1 стаканом кипятка, принимать в течение дня);

● гомеопатические средства являются достаточно эффективными при условии их длительного применения (3-6 месяцев): «Ременс», «Дисменорм», «Гормель С», «Гинекохель», «Спаскупрель» и пр.;

● сертифицированные биологически активные пищевые добавки «Леди-формула. «Предменструальный синдром» (Фармамед, Канада);

● при интенсивных болевых ощущениях возможно применение так называемых нестероидных противовоспалительных препаратов - «Найз» (1 таблетку принимать 2-3 раза в день); «Раптен-рапид» (1 таблетку 2-3 раза в сутки), «Диклофенак» (1 таблетку 2-3 раза в сутки);

● современные низкодозированные контрацептивы («Регулон», «Линдинет», «Логест», «Ярина» и др.), принимаемые с целью контрацепции, значительно снижают болевые ощущения, уменьшают кровопотерю.

Но при первой же возможности необходимо проконсультироваться с врачом-гинекологом.

ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом 1 типа

Оксана Васильевна Стефановская, Светлана Викторовна Пушкарева,
врачи эндокринологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница» *Занятие 5*

ГИПОГЛИКЕМИЯ и ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

Гипогликемия («гипо» - низкий, «глик» - сахар, «емия» - крови) - это состояние, когда уровень глюкозы в крови внезапно становится ниже 3,3 ммоль/л. Это очень серьезное, опасное состояние, которое требует быстрой и правильной помощи. Чем продолжительней гипогликемия, тем сильнее страдают жизненно важные органы, особенно кровеносные сосуды и мозг.

Причины гипогликемии

○ было съедено недостаточное количество углеводов;

○ пропущен дополнительный прием пищи;

○ задержка или смещение приемов пищи;

○ большая доза инсулина;

○ употребление алкоголя в любых дозах;

○ физическая активность больше обычного.

Информация о падении уровня глюкозы в крови сразу же поступает в головной мозг, который, в свою очередь, посылает сигналы о необходимости принятия экстренных мер.

Во-первых, в кровь выделяются контринсулярные гормоны (глюкагон, адреналин, норадреналин, соматотропный гормон, кортизол). Они обладают противоположным по отношению к инсулину действием, они способствуют повышению уровня глюкозы в крови.

Во-вторых, из печени и мышц в кровь поступает глюкоза, которая запаслась там в виде гликогена. Этот механизм также способствует восстановлению уровня сахара в крови.

Симптомы гипогликемии

Ранние: дрожь в руках и теле, озноб, потливость, чувство голода, слабость, учащенное сердцебиение, покалывание, онемение губ и кончика языка, чувство страха, головокружение, изменение настроения, бледность кожных покровов.

Промежуточные: нарушение координации движений, двоение в глазах, головная боль, затруднение речи, агрессивность, заторможенное сознание.

Поздние: потеря сознания, судороги, кома.

Гипогликемическая симптоматика очень вариабельна, как по набору симптомов, так и по выраженности. Имеет значение индивидуальный характер реагирования на гипогликемию.

Что делать?

При гипосостоянии нужно быстро съесть легкоусвояемые углеводы: 3-4 кусочка сахара, 1/2 стакана фруктового сока, две чайные ложки меда, 2-3 карамельные конфеты. Если через 10-15 минут улучшение не наступило, повторить эту процедуру еще раз.

Для лечения гипогликемии можно использовать глюкагон:

1. набрать в шприц растворитель;

2. ввести растворитель во флакон с гормоном;

3. подождать несколько секунд, пока жидкость во флаконе не станет однородной;

4. набрать в шприц все содержимое флакона;

5. ввести подкожно, как инсулин (можно в бедро, предплечье, ягодицу).

Глюкагон в течение 10-15 минут поднимет уровень глюкозы в крови, после его введения нужно что-нибудь съесть, т.к. глюкагон завершает свое действие быстро.

Гипергликемия. Кетоацидоз

Гипергликемия («гипер» - высокий, «глик» - сахар, «емия» - крови) - это состояние, при котором уровень глюкозы в крови превышает 10 ммоль/л.

Причины гипергликемии:

■ недостаточное количество сахароснижающих таблеток или инсулина;

■ перекармливание;

■ инфекция;

■ обострение хронических заболеваний;

■ хирургические вмешательства;

■ травмы;

■ стресс;

■ малоподвижный образ жизни;

■ некоторые медикаментозные препараты;

■ состояние после гипогликемии.

Что происходит при гипергликемии?

Когда в крови постоянно повышенный уровень сахара, следовательно, он не поступает в клетки органов и выводится с мочой. Клетки все время недополучают необходимого «топлива» и значит, «голодают», не могут полностью работать. Однако они начинают добывать энергию альтернативным путем и извлекают ее из жиров - долговременных «энергетических депо». Поэтому при длительной декомпенсации вы можете худеть.

Жир перерабатывается в энергию с образованием остаточных токсических продуктов - кетоновых тел. Они накапливаются в крови, а в дальнейшем выделяются с мочой, давая положительную реакцию на ацетон. Если изо рта есть запах ацетона или «моченых яблок» - это один из признаков кетоацидоза.

Кетоацидоз - характерное осложнение декомпенсированного сахарного диабета 1-го типа.

Симптомы гипергликемии

Ранние: жажда, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, сухость во рту, зуд кожи, промежности.

Специфические симптомы кетоацидоза: специфический запах ацетона изо рта; боли в животе; отсутствие аппетита, тошнота, рвота; наличие ацетона в моче.

Поздние: заторможенное сознание; специфическое дыхание; потеря сознания (кома).

Мочу на кетоновые тела необходимо исследовать при повышении сахара в крови до 13-14 ммоль/л, во время воспалительных заболеваний и при повышении температуры.

Что делать?

1. Устранить причины повышения уровня глюкозы в крови.
2. Увеличить объем потребляемой жидкости.
3. Увеличить потребление быстродействующих углеводов, которые легко попадут в клетки и дадут организму необходимое количество энергии.
4. Изменить дозу инсулина.
5. При кетоацидозе больной подлежит обязательной госпитализации в стационар.

Существует ряд правил в изменении дозирования инсулина в зависимости от ситуации. Следует напомнить, что изменять дозы инсулина, не имея средств самоконтроля, нельзя. Вы постоянно должны контролировать уровень сахара в крови не реже 3-4 раз в сутки. Только при такой частоте измерения уровня сахара в крови можно избежать осложнений. Делать измерения надо непосредственно перед приемом пищи, а также в случаях плохого самочувствия.

Повышение уровня сахара можно предотвратить, если помнить об этих причинах и изменять дозировки инсулина до того, как уровень сахара в крови выйдет за пределы нормы. Например, если вы по каким-то причинам пропускаете ежедневную тренировку в бассейне, то вам необходимо учесть это и увеличить дозировку инсулина заранее, а не тогда, когда сахар в крови повысится.

Для ситуаций, когда сахар в крови все-таки повысился, существуют определенные правила.

Ацетон появляется в крови и моче тогда, когда уровень сахара в крови повышается до 13-14 ммоль/л или в моче обнаруживается 3% сахара. При получении таких показателей вы обязательно должны проверить мочу на содержание в ней ацетона. Нужно помнить, что в моче может определяться и «голодный» ацетон - после гипогликемии. В этом случае инсулин вводить нельзя.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ:

- Нарушение режима питания, потребление недостаточного количества углеводов или с большим опозданием.



- Чрезмерная физическая нагрузка (занятие спортом или интенсивная работа).



- Передозировка инсулина или таблетированных сахароснижающих препаратов.



- Прием алкоголя или лекарственных препаратов, способствующих снижению уровня гликемии.

Помните!

Можно предупредить развитие гипогликемии!

Температура тела повышается при многих заболеваниях. Если вы заметили у себя повышение температуры тела, немедленно определите уровень сахара в крови. При высокой температуре уровень сахара в крови быстро повышается, может даже появиться ацетон. Если вы обнаружили у себя повышение температуры, то необходимо сразу проконтролировать сахар крови и мочу на ацетон, при высокой гипергликемии обязательно обратиться к врачу.

Вы должны регулировать поступление инсулина в кровь и при помощи

смены мест инъекций: если сахар высокий, то укол надо сделать в живот, откуда инсулин быстрее всасывается в кровь. Если уровень сахара перед едой низок, то инсулин лучше сделать в бедро, откуда он всасывается медленнее.

Главный критерий изменения дозирования инсулина - регулярный ежедневный неоднократный самоконтроль уровня сахара в крови. Если вы не измеряете уровень сахара в крови, изменять дозировки инсулина нельзя!

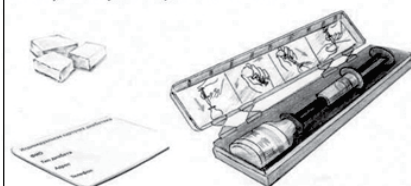
ЛЕЧЕНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ:

Принять легкоусвояемые углеводы:



В случае потери сознания помощь могут оказать люди, находящиеся рядом.

Всегда имейте при себе несколько кусочков сахара, глюкагон и индивидуальную карточку диабетика.



Никогда не давайте пациенту с нарушением сознания пить.



В случае тяжелой гипогликемии необходимо вызвать врача, он сделает инъекцию глюкозы.



ВАХТА ПАМЯТИ

Мы всегда должны помнить и будем помнить наших воинов, участников войн... Тех, кто защищал нашу Родину, тех, кто не боялся смотреть каждый день смерти в лицо... К сожалению, ветеранами сегодня мы называем не только тех людей, кто воевал на фронтах в годы Великой Отечественной войны, но и молодых ребят, прошедших Афганистан, Чечню и другие «горячие точки» в мирное время.

И наше нынешнее поколение благодарно участникам войн еще и за то, что они стремятся воспитать наших мальчишек именно патриотами, привить им любовь и уважение к России, как к великой державе. В современных условиях это не легко. Многие моральные ценности потеряны, утрачены. Зачастую глобальные (по своей значимости) проекты по военно-патриотическому воспитанию молодежи натыкаются на препоны от вышестоящих организаций, от простого нежелания заниматься этим. А наши ветераны ведут работу среди мальчишек. Просто встречаются с ними, рассказывают о своей нелегкой жизни. И это дает свои результаты! Есть, конечно, такие среди нашей молодежи, которые не знают (и не хотят знать) годы Великой Отечественной войны. Но есть и другие мальчишки и девчонки, которые тянутся к этим знаниям, которые отдают должное нашим старикам.

И мы начали акцию «Вахта памяти», чтобы возродить традицию чествования ветеранов, чтобы слова «Никто не забыт, ничто не забыто» - не были просто словами. Ведь старикам нужны наши тепло, внимание и любовь! А ветераны передадут нам, нынешнему подрастающему поколению, свой оптимизм, свой настрой, свой патриотизм и любовь к Родине.

Это было... Когда это было? Всегда грустно вспоминать былое и встречать старость, но годы легче превозмочь, если душа молода.

*Она бремя лет превозмогла,
Пускаясь в долгий путь,
Когда из прошлого пришла,
Не постарев душой ничуть...*



Александр Вениаминович Тарасов

родился в 1926 году. Он - участник боев на Втором Белорусском фронте во Второй танковой армии. Александр Вениаминович принимал участие в переправе через реки Бух, Висла, а также в освобождении г. Варшава. За свои подвиги ветеран награжден Орденом Отечественной войны II степени, Орденом Славы III степени.

Вера Ивановна Прохорова

родилась в 1926 году. Детство закончилось рано: трудиться пришлось уже в 14 лет. В годы войны Вера Ивановна была командирована в город Молотов (ныне Пермь) на военный завод, где освоила профессию токаря. С 1947 года до выхода на пенсию работала в совхозе «Центральный» Калманского района. Вера Ивановна за свой труд награждена медалью «За Освоение целинных и залежных земель».



В августе далекого 1949 года приехала с Рязанщины молодая, полная энергии **Нина Павловна Карасева**. Начала она работать в Калманке зубным врачом после окончания зубоучебной школы. Нина Васильевна объединила вокруг себя молодежь больницы, старалась быть всегда впереди. Нашла она здесь и свою любовь — Александра Глотова. Заочно окончила два института. Работала стоматологом, заместителем главного врача по оргметодработе.

ВАХТА ПАМЯТИ



Совместно с Советом ветеранов и молодежными организациями (Молодежная дума, военно-патриотические клубы и т.д.) с участием районной газеты в рамках акции «Вахта памяти» провести встречи с ветеранами ВОВ, молодыми призывниками, ребятами, вернувшимися из армии. В России всегда в почете были воины-защитники. Мы очень патриотическая нация и уважаем тех, кто выполняет свой долг перед Родиной. Первая встреча с ветеранами Великой Отечественной войны, работа над их портретами молодых художников-студентов Новоалтайского художественного училища под руководством заслуженного художника России **И.С. Хайрулинова** уже состоялась. Мы планируем в феврале т.г. провести выставку работ Ильбека Сунагатовича в Доме культуры с.Калманка, где будут представлены и работы ребят.

Самое главное, что мы вынесли из первых встреч, - люди активны, люди не хотят мириться с неблагополучием в семьях, в своих селах. Они очень много уже делают для этого и готовы делать еще больше, отзывчивы на любую инициативу, а это вселяет оптимизм. *В добрый путь!*

Иван Никитович Брагин

родился в 1925 году. Он - участник Великой Отечественной войны. Он воевал на Белорусском фронте в инженерных войсках, принимал участие в операции «Багратион». Иван Никитович награжден Орденом Отечественной войны II степени и медалью за Победу над Германией.



Серафим Ильич Липков -

с 1925 года рождения. Он участник Великой Отечественной войны, инвалид второй группы. Серафим Ильич воевал на Первом Украинском фронте в Четвертой танковой армии. Он принимал участие в боях за г.Курск, в освобождении Польши, Чехословакии, Германии. Серафим Ильич награжден Орденами Отечественной войны II степени, Красной Звезды, медалями за Победу над Германией, Жукова, за освобождение Праги. Уже в мирное время ветеран награжден Орденом Октябрьской революции и медалью за добросовестный труд.



Участник Великой Отечественной войны

Дмитрий Иванович Белан

родился в 1922 году. Он принимал участие в Сталинградской битве. Дмитрий Иванович за свои заслуги награжден Орденом Отечественной войны I степени, медалями за оборону Сталинграда, за Победу над Германией.



Наши встречи в декабре

