

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



7 марта 2006г. состоялось заседание Общественной женской палаты при главе администрации края





ЖУРНАЛ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (39) март 2006г.

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

ВНИМАНИЕ!

Новый адрес редакции:
**656037 г.Барнаул,
 ул.Чеглецова, 3а, оф.306**
 Тел. редакции - (3852) 39-87-79
 E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
 Компьютерный дизайн
 и верстка -
Оксана Ибель
 Отдел рекламы -
**Татьяна Веснина,
 Инна Гогичаева,
 Надежда Полтанова**

Подписано в печать
 27.03.2006г.
 Печать офсетная.
 Тираж - 6500 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 здоровье алтайской семьи (Выступление главы администрации края А.Б. Карлина на заседании Общественной женской палаты при главе администрации края 07.03.06г.)	2-4
В.А. Маслов. Ранняя диагностика и лечение рака простаты	5-6
Сознательное родительство	7-8
И.Д. Гладкова. Сколиозная болезнь	9-10
Что банк в грядущем нам готовит	11
МИРИ МЕДИЦИНА	12
Я поведу тебя в музей	13
30 фактов о поцелуях	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 7). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Контроль над астмой. Что такое пикфлоуметрия?	15-17
МИРИ МЕДИЦИНА	17
Наш генотип в воде не тонет и в огне не горит	18
Н.В. Сибирякова. Советы молодому папе	19
МИРИ МЕДИЦИНА	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А. Плигина. Создадим вместе будущее нашей профессии!	21-22
Л.И. Пенькова. Домашний уход за детьми после ожога пищевода	23
С.К. Харлан. Уход за лежачими больными	24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. «Сладкая парочка», которая делает жизнь горькой	25-26
Эффективно, нетравматично и радикально	27
Эпоха потребления	28-29
Плюсы и минусы экстерната	30
35 легких шагов к идеалу	31
Великое путешествие	32-33
Алмаз - для глаз, а сердолик - для сердца	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Похудение: найди свой вариант	35-36
МИРИ МЕДИЦИНА	37
Е.В. Скударнов. Актуальные проблемы ревматических болезней у детей	38-39
В.И. Зайцев. Гемофилия у детей	39-40
А.А. Баканов. Еще раз о здоровье детей	41
ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. О.В. Стефановская, С.В. Пушкарева. Поздние осложнения при сахарном диабете. Роль нормогликемии в развитии осложнений	42-44

О здоровье алтайской семьи

(Выступление главы администрации края А.Б. Карлина на заседании Общественной женской палаты при главе администрации края 07.03.06г.)

Чрезвычайно медленно идет смена стереотипов общественного сознания в вопросах равноправия женщин. Исследования, проведенные в последнее время, показывают, что достижение равных прав и равных возможностей женщин не воспринимается в российском обществе как актуальная проблема. Даже наоборот, в средствах массовой информации (центральных СМИ) зачастую агрессивно идет насаждение потребительского отношения к женщине. И это еще не все проблемы, а вы их знаете гораздо лучше, которые непосредственным образом отражаются на социальном статусе женщин, формируют дисбаланс в отношении полов, так называемые «гендерные перекосы и деформации», создают напряженность в семье и обществе.

Но в то же время, пусть медленно, «со скрипом», **в России началось формирование и реализация политики равных прав и равных возможностей.** В этой сложной работе недостаточно усилий только властных структур, государственных учреждений. Очень важно здесь опереться на «новую силу» многих общественных формирований, особенно женских НКО, а главное – на их понимание гендерных проблем, образно говоря, на их «природное чутье».

Приятно сознавать, а за полгода моей работы в этом смог убедиться, что **женские общественные организации Алтая составляют достаточно зрелое звено всего женского движения России**, со своими лидерами, своими неформальными делами и традициями. В рамках давно сложившихся отношений социального партнерства власти и женских НКО (а договор о нем был подписан в 1998 году) идет совместная работа по формированию и реализации семейной политики, охране прав детей, по повышению роли и ответственности родителей в семье и обществе, формированию общественного мнения в интересах семьи, материнства, отцовства, детства. В этом же направлении три года работает и Общественная женская палата, объединившая в своих рядах как лидеров женских НКО, так и женщин-политиков, ученых, профессионалов в социальной сфере, а самое главное – женщин умных, талантливых, творчески мыслящих, по-государственному.

Работа нам всем, и органам власти, и НКО, предстоит большая и серьезная. Край в принципе вступил в новые отношения между всеми уровнями власти и управления. Мы понимаем, что дотаци-

онность бюджета, проблемы в экономике не дадут нам обеспечить в равной мере все направления социально-экономического развития края, поэтому **четко определяемся с приоритетами и в социальной политике, и в социальной сфере на 2006 год.**

Это, прежде всего, такие, как преодоление бедности населения, особенно семей с детьми. Это стабилизация ситуации на рынке труда, создание новых рабочих мест, сокращение безработицы. Это увеличение, в разы, жилищного строительства и самих возможностей приобретения жилья, особенно для молодых семей. Это сохранение основных направлений социальной помощи и поддержки слабозащищенных категорий населения, особенно групп и семей «социального риска». Это борьба с социально обусловленными заболеваниями, такими, как пьянство, алкоголизм, наркомания, ВИЧ/СПИД и другие.

В крае сохранены на 2006 год все социально значимые краевые программы (а их более 20). Разрабатываем и принимаем новые, в частности, по развитию образования, физической культуры и спорта. Увеличен на 2006 год объем их финансирования из краевого бюджета. **А сам бюджет 2006 года вполне можно назвать социально ориентированным: более половины его, с учетом инвестиций, идет на содержание и развитие отраслей социальной сферы.**

Мы не только не будем отказываться от привлечения средств федерального бюджета во все сферы экономики, социальной жизни Алтайского края, мы будем предпринимать все от нас зависящее, чтобы таких средств вовлекалось больше.

Квалификация региона как дотационного ни для кого из жителей края не является уничижительной. У нас, к сожалению, сформировался стереотип поведения, что мы какие-то убогие, неполноценные, потому что вынуждены получать средства из федерального бюджета.

Здесь присутствующие могут подтвердить мои слова, что экономика наших ближайших соседей - сибирский нефтяной север, угольная промышленность - поднималась во многом благодаря ресурсам, которые отвлекались от регионов, традиционно аграрных, и поднимались регионы и благодаря самоотверженному труду, таланту, здоровью жителей Алтайского края. В богатстве этих регионов есть доля жителей края. И я не думаю, что этого присутствия было меньше, чем полученные из федерального бюджета дотации.

Мы должны привлекаемые из федерального бюджета средства обосновать, и мы постараемся быть убедительными в обосновании наших потребностей.

А с другой стороны, мы обязуемся быть рачительными и ответственными в использовании тех средств федераль-



ного бюджета, которые мы вовлекаем в решение социально-экономических задач края. **Мы должны ясно себе поставить задачу и донести до федерального центра, что мы меняем идеологию подхода в использовании федеральных средств.** Мы будем больше делать упор на то, чтобы на эти средства производить структурные изменения в экономике, чтобы качественно улучшить жизнь людей в крае, с тем, чтобы люди, в свою очередь, более успешно решали экономические задачи. Если мы будем так активны, доказательны в этом смысле, что никакого уничтожения со стороны федерального центра нет по отношению к своему собственному региону. **Алтай должен развиваться за счет всех тех ресурсов, которые есть у страны в целом.**

Не давая оценок по всем направлениям в развитии социальной сферы, тем более в такой осведомленной аудитории, намерен сегодня обратиться к вам с конкретными предложениями по совершенствованию нашей совместной работы - власти и женских НКО.

На чем следует сконцентрировать свои усилия в этом году? Как показывает жизнь, в выборе совместных приоритетов пока власть и женские организации в Алтайском крае не ошибались: **борьба с бедностью, работа с семьей, поднятие ответственности и авторитета отца** - главные направления для вашей организации в последние годы стали приоритетами и в государственной политике.

Объявляя национальными приоритетами внутренней политики государства - здравоохранение, образование, доступное жилье, эффективное сельское хозяйство, Президент РФ В.Путин подчеркнул, что именно эти факторы определяют качество жизни людей и социальное самочувствие общества в конечном счете. Решение именно этих вопросов прямо влияет на демографическую ситуацию в стране и создает необходимые стартовые условия для развития так называемого человеческого капитала.

Я уверен, что это близко и понятно каждой женщине, это затрагивает интересы каждой семьи, каждого гражданина. **И поэтому участие ОЖП, всех женских некоммерческих организаций края в реализации национальных проектов, предложенных Президентом России, является для нас наиболее актуальными.**

Участвуя непосредственно в реали-



зации национальных проектов, женские организации, особенно советы женщин, станут ещё более сопричастными интересам общества и подчеркнут собственную гражданскую значимость. В этой работе важно все, но женщины-активистки, полагаю, могут успешно поработать на пропаганду инициатив Президента, на разъяснение сути этих инициатив, на обеспечение общественного контроля за реализацией проектов. Вы работаете непосредственно с населением, и вы не можете не замечать, что люди зачастую остаются беззащитными перед лицом бед и болезней.

Особое внимание надо обратить на работу с молодежью, на воспитание молодого поколения в духе уважения, толерантности, солидарности со старшим поколением, необходимости жить не по лжи, подчиняться общим законам.

На протяжении многих лет идет на Алтае Всероссийская эстафета материнского подвига, преумножая год от года имена женщин, которые по-настоящему могут служить примером воспитания детей. Последние годы в крае, благодаря именно вам, идет пропаганда повышения роли отца, формирование отцовства как социального института. Исходя из поставленной задачи в послании Президента, что «необходимо повысить престиж материнства и отцовства», уже в этом году на уровне регионов и городов края хорошо бы провести эстафету родительского подвига. **Вкладом в национальный проект «Здоровье» станут и наши совместные акции, проводимые в крае, такие как «Здоровая семья - это здорово!», «Вдовы России» и др.** Думаю, что, объединив свои силы с социальными, медицинскими работни-

ками, опираясь на богатый накопленный опыт, советы женщин, другие женские НКО помогут по-настоящему нуждающимся одиноким пожилым женщинам.

Нельзя обойти вниманием и вопросы, связанные с наркоманией и алкоголизмом. **Надо, чтобы молодежь осознала необходимость в здоровом образе жизни, в занятиях физической культуры и спортом.** Нас всех волнует, что все больше спиваются мужчины, особенно молодые, а та, в свою очередь, к распространению ВИЧ-инфекции. Женская распущенность опасна вдвойне. Это еще и разрушенные семьи, брошенные дети, социальное сиротство.

Считаю, что женские организации, особенно Советы женщин, с привлечением всего актива должны неформально действовать по снижению масштабов алкоголизма, наркомании, укреплению основ здорового образа жизни, участвовать в развитии физической культуры, в создании условий, благоприятствующих росту рождаемости, улучшению воспитания детей, повышению престижа материнства и отцовства. Это станет вкладом женских организаций, Общественной женской палаты в реализации приоритетного проекта «Здоровье».

Не менее важно ваше участие в реализации другого проекта - «Образование». Среди прочих высот, которые отечественному образованию предстоит взять, обозначен и постепенный переход образовательных учреждений к экономической самостоятельности. Этот переход неизбежно обернется ростом коммерциализации образования, что существенно ограничит доступ для населения к получению современных знаний. **Роль общественных организаций - и здесь обеспечить контроль за соблюдением прав детей на образование, в том числе и дошкольное.** У вас уже накоплен неплохой опыт работы, совместно со школой, по оказанию помощи семьям и детям. Это известные акции «Соберем детей в школу», «Место жительства - место воспитания» и другие. Их надо сохранять и совершенствовать. Но сегодня не менее ключевой является уже объявленная по России акция «Детские сады - детям». Женщины вступили в борьбу за сохранение детских садов и яслей по их прямому назначению и возвра-

Щению ранее занятых под другие цели зданий. Ни государство, ни семья сегодня не обойдутся без женских трудовых резервов, что объективно требует решения проблемы доступности детских садов для детей. И здесь нужен диалог власти и бизнеса, власти и НКО для решения этой проблемы.

Для нашего аграрного края очень важной остается роль советов женщин на селе. Не сохраним село, не сможем сохранить свое главное богатство - хлеб. Село, его жители нуждаются и в сохранении социальной инфраструктуры, и во внимании, и моральной поддержке. Справедливости ради надо сказать, что российская деревня, если и выжила, так во многом благодаря женщинам. У вас накоплен неплохой опыт работы с сельскими женщинами, проходят слеты тружениц села, идет Всероссийская акция «Я могу», по-боевому действуют женсоветы на селе. Сохраняя этот опыт, необходимо взять под свою опеку культурную жизнь села, особенно работу сельских клубов, библиотек.

Да, мы должны себе сказать, что законы экономические, законы рынка должны реализовываться во всех сферах жизни, хотя бы в большинстве, в том числе и ЖКХ, - во всем мире это построено именно так. Вопрос в том, насколько быстро переходить к новому алгоритму взаимоотношений и в каком режиме. Но у нас произошло так, как произошло, несмотря на то, что уровень жизни жителей Алтайского края значительно ниже, чем в других регионах, но мы высокими темпами эту проблему «решили». Это очень болезненный процесс, который коснулся бюджета каждой семьи. Я считаю, что сейчас пути назад нет: это пойдет вне контекста развития, которое идет в стране, и это ничего, кроме осложнений ситуации, не принесло бы.

Что нужно делать? **В бюджете края мы предусмотрели некоторые механизмы смягчения печальных последствий от жилищно-коммунальной реформы** (на оказание субсидий на оплату ЖКУ для малообеспеченных жителей края заложено более 2,5 млрд. рублей. Это очень большая сумма). Около 900 млн. рублей бюджеты - и федеральный, и краевой - тратят на обеспечение льготами, которые сохранились в жилищно-коммунальной системе.

Мы в эту тему - ЖКХ - вовлекли бюджетные ресурсы в общей совокупности около 3 млрд. рублей, т.е. население края получает компенсацию стоимости коммунальных услуг в размере 3 млрд. рублей в той или иной форме.

Я считаю, что эта сумма немалая. **Нам нужно работать по выравниванию этого механизма, чтобы эти деньги поступили именно тем людям, которые в них нуждаются.** А у нас «наработано» много приемов демонстрации якобы нуждаемости, а это значит, что мало получает или вообще не получает тот, кто в этом нуждается действительно.

Близко связанная тема - безработица. Теми же субсидиями мы невольно провоцируем легальную безработицу. Более 800 млн. рублей в этом году федеральный бюджет выделяет в качестве прямых финансовых средств для выплаты пособий по безработице.

Больше в бюджет заложить было невозможно, он и так сверстан с дефицитом. Но поработать над тем, чтобы это было более адресно и в большей степени, чем это происходит сейчас, снимало социальную напряженность, - мы обязаны.

Это с одной стороны. С другой же - когда вслушиваешься в слова людей, которые предъявляют свои претензии, можно больше услышать возмущение не высокими тарифами, а тем, что качество

оказания услуг не изменилось или изменилось, но в худшую сторону. И это уже вина властей. Основания у людей апеллировать к власти таким образом - были. И это надо признать. Мы обязаны сделать выводы из этого.

Вот все эти и многие другие дела диктуют нам с вами необходимость дальнейшего формирования эффективного партнерства власти и общественных неправительственных организаций. У администрации края есть четкие намерения продолжать выстраивать эти отношения на всех уровнях - краевом, муниципальных. **Важно одно: не словами, а кропотливой работой на благо женщины, семьи, детей доказывать, что вы - организация реальных дел, а наше партнерство долгосрочно и конструктивно.**

По формату взаимоотношений главы администрации с представителями общественных, ветеранских, творческих организаций, религиозных обществ, политических партий, профессиональных союзов, молодежных структур - мне трудно назвать те организации, с представителями которых я бы не встречался в режиме прямого общения. Вот и сегодняшняя встреча с вами - это внятный сигнал обществу: в каком диалоговом режиме нам предстоит работать. Я скрупулезно слежу за тем, чтобы мои заместители и руководители основных краевых ведомств поддерживали мою линию в этом отношении с точки зрения доступности, готовности всегда контактировать с обществом, гражданами - это правило всей нашей работы. Люди ждут от нас конкретных дел, того, чтобы те проблемы, о которых мы с вами говорим, находили свое разрешение, какие-то симптомы положительных сдвигов были бы.

Врачи говорят, что все проблемы идут от головы, а социологи - что от человеческого сознания. Мы должны много в этом смысле сделать, я так считаю. Что меня больше тревожит, повергает в уныние, - разруха не физическая (в производстве, в сельском хозяйстве), а в настроении людей. Важно это настроение народа переменить.

У нас социальное уныние, безысходность в сознании людей превалирует. И это, к сожалению, передается подрастающему поколению. В обстановке осознания себя якобы в социальном тупике, без осознания того, что **любая человеческая жизнь имеет серьезные перспективы**, важно понять, что каждый пришедший на эту землю получает право на самореализацию. И что он это право в состоянии реализовать в этом мире. И мы должны это обеспечить, в первую очередь, для нашего подрастающего поколения, мы должны служить в известной степени камертоном в их жизненном настроении.

(Окончание на обл.3)



Ранняя диагностика и лечение рака простаты

Владимир Андреевич Маслов,
заслуженный врач России, врач высшей категории,
заведующий урологическим отделением,
МУЗ «Городская больница №8», г.Барнаул

В 80-х годах в Европе и США отмечался резкий рост заболеваемости раком простаты, связанный с внедрением в повседневную практику диагностики опухолевого маркера PSA (простат специфический антиген). Пик заболеваемости пришелся на 90-е годы, в результате рак простаты вышел на первое место по заболеваемости у мужчин, обогнав рак легких и желудка.

В США и Европе смертность от рака простаты среди онкозаболеваний занимает второе место после рака легкого!

В России уровень заболеваемости раком простаты также растет. Так, с 1989 по 2003 годы число впервые диагностированных заболеваний увеличилось с 5,5 тысяч до 13,9 тысяч.

У нас в крае заболеваемость составила в 2004 году - 22,4 на 100 тысяч мужского населения.

О росте заболеваемости можно судить по показателям выявления рака простаты только у пациентов нашего отделения: в 2003 году было выявлено **38 человек**, у которых гистологически верифицирован рак простаты, в 2004 году - **53 человека**, в 2005 году - уже **72 человека**.

Несколько слов о факторах риска

◆ У мужчин старше 80 лет рак простаты составляет 80%.

◆ Риск заболевания повышается при употреблении в больших количествах жиров животного происхождения.

◆ Чем выше солнечная активность, тем меньше риск заболевания раком простаты, за счет индукции образования витамина D3.

◆ Большую роль играют генетические (наследственные) факторы - рак простаты встречается в 8 раз чаще у мужчин, чьи кровные родственники больны раком простаты.

◆ В овощах и фруктах, имеющих яркое цветное окрашивание, содержатся антиоксиданты вещества, нейтрализующие свободные радикалы, виновные в возникновении рака.

◆ Курение также является фактором риска.

◆ Известно, что рост рака простаты стимулирует повышение уровня тестостерона.

Суммируя вышеизложенную информацию, можно сформулировать следующие рекомендации по предотвращению рака простаты:

- ◆ живите в солнечной стране;
- ◆ не курите;
- ◆ минимум мяса (после 50 лет - 1 раз в неделю);
- ◆ максимум овощей и фруктов;
- ◆ ежедневно выпивайте 50 граммов сухого красного вина.

Несколько слов о раке вообще

Каждая клетка организма несет в себе генетический код, являющийся одной из величайших загадок природы. В генах закодирована информация, позволяющая в процессе деления производить клетки точно такого же строения. **Под воздействием факторов риска генетическая информация может нарушаться, в результате появляется клетка-«монстр», поведение которой непредсказуемо.** Иммунная система организма уничтожает такую



клетку как чужую. В организме здорового человека каждую секунду образуется раковая клетка, которая уничтожается в результате иммунной реакции. **Если клетка-«монстр» успевает размножиться и образовать колонию в тканях, речь идет о развитии ракового процесса.** Чем больше раковая клетка схожа по строению с нормальной клеткой того организма, где она образуется, тем менее опасна и агрессивна опухоль, и наоборот, если клетка-«монстр» совершенно не похожа на своего создателя, она очень агрессивна и опасна.

Иммунная система не в состоянии ограничивать развитие раковой колонии, **она прорастает в кровеносные и лимфатические сосуды, опухолевые клетки переправляются кровью и лимфой в различные части тела и образуют новые колонии.**

Рядом исследований доказана связь возникновения рака простаты с **нарушением эндокринной регуляции баланса половых гормонов.** Играет определенную роль и состояние печени, которая инактивирует измененный тестостерон.

О степени агрессивности рака простаты могут свидетельствовать особенности строения опухолевой

клетки. Чем больше клетка похожа на нормальную, тем она менее агрессивна. Такая оценка проводится врачами-гистологами по системе Глиссона, что позволяет врачу выбрать тактику лечения для каждого больного.

Метастазы могут поражать и регионарные лимфоузлы, и отделенные метастазы - в кости таза, позвоночник, легкие, печень.

К сожалению, клинические проявления рака предстательной железы возникают слишком поздно. Симптоматика чаще связана с увеличением объема простаты и с появлением регионарных и отделенных метастазов.

Увеличение объема простаты ведет к появлению инфравезикальной обструкции (затруднение мочеиспускания, ослабление струи мочи, появление остаточной мочи), **ирритативных симптомов** (учащенное мочеиспускание, ложные позывы), **к нарушению уродинамики верхних мочевых путей** (застоем мочи в мочеточнике, лоханке почки), **с развитием гидронефроза и хронической почечной недостаточности**.

При прорастании в соседние органы и появлении отдаленных метастазов появляются боли в костях, увеличение лимфатических узлов, лимфостаз и отеки нижних конечностей.

Основой диагностики рака предстательной железы является пальцевое ректальное исследование и определение в крови уровня Простат Специфического Антигена (ПСА).

ПСА - это гликопротеид, выделенный из ткани предстательной железы. В норме его содержание в крови колеблется от 0 до 4 мМЕ/мл, при аденоме простаты уровень может увеличиваться до 8 мМЕ/мл. Если уровень ПСА превышает указанные цифры, следует искать рак простаты. Следует учитывать, что пальцевое исследование, инвазивные методы исследования, такие, как трансректальное ультразвуковое исследование простаты, цистоскопия, могут временно повышать уровень ПСА, который приходит в норму через 15-17 дней.

Методом выявления рака простаты является трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) простаты, которое выявляет в предстательной железе узлы пониженной эхогенности.

Для выявления метастазов используются **сцинтиграфия скелета, рентгенография костей, легких, ультразвуковое исследование печени, заб-**

рюшинных лимфоузлов. Применяются МРТ и компьютерная томография, но это очень дорогостоящие методы.

Лечение рака предстательной железы зависит от стадии процесса

При опухоли, которая занимает не более 5% объема предстательной железы, возможно динамическое наблюдение без назначения специфического лечения, но с обязательным контролем уровня ПСА в динамике. При случае, когда опухоль ограничена предстательной железой, показана радикальная простатэктомия, различные варианты лучевой терапии, брахиотерапия (внедрение радионуклидных имплантаторов в ткань предстательной железы).

При возникновении метастазов необходимо срочно снизить выработку тестостерона за счет двухсторонней орхэктомии (удаление яичек - хирургическая кастрация) или медикаментозной кастрации - введение аналогов лютеинизирующего гонадотропина-релизинг гормона (ЛГРГ). Ежемесячно вводится «Золодекс», 3,6мг, под кожу живота, или «Диферелин», 3,75мг, внутримышечно. Вышеуказанные препараты сочетаются с нестероидными («Касодекс», «Флутамид», «Флуцином») или стероидными («Андрокур») антиандрогенами.

При гормонорезистентных опухолях используется химиотерапия с использованием таксанов + @-адреноректоров.

Таким образом, на сегодняшний день рак простаты хорошо диагностируется на ранних стадиях и успешно лечится при своевременной диагностике. Подчеркну еще раз обязательность ежегодного прохождения пальцевого исследования простаты и важность выполнения всех алгоритмов обследования мужчин.

Исследование сыворотки крови для определения уровня ПСА проводится в иммунологической лаборатории Краевой клинической больницы, городской больницы №11 г.Барнаула и в краевом Диагностическом центре. Пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем с последующей цитологической и гистологической верификацией проводится в урологическом отделении барнаульской городской больницы №8.

Интересный ФАКТ



Синдром хронической усталости одолеют врачи

Есть болезненные состояния, начало которых напоминает проявления респираторной инфекции. Однако после болезни отмечают почти постоянную усталость, головные боли, а еще через некоторое время заболевшие постепенно утрачивают способность решать простейшие логические задачи, у них ухудшается память, появляется болезненность в области шеи, подмышечных впадинах, боли в мышцах и суставах, все это сопровождается плохим аппетитом и бессонницей. Вот набор болезненных проявлений, характерный для «модного» в последние годы заболевания - синдрома хронической усталости.

В терапии больных синдромом хронической усталости часто не учитывается важность так называемого многофакторного подхода: в частности, таким пациентам необходима психоаналитическая ориентированная терапия; лечение дисбактериоза и кандидомикоза кишечника. Здесь важны диета, исключающая легкоусвояемые углеводы, кофе, алкоголь, животные жиры, и максимальное введение в рацион трудноусвояемых углеводов (зерновых, цельных каш на воде и пр.), сырых овощей, фруктов и свежеприготовленных овощных соков.

В терапии синдрома хронической усталости также очень важны чередование нагрузок и отдыха, ежедневные изометрические упражнения (сочетание мышечного напряжения и расслабления) - активные, но не изнуряющие организм. Необходимо вводить в пищевой рацион незаметные жирные кислоты, которыми особенно богаты нерафинированные оливковое и арахисовое масла. Настоящие чудеса творит маточное молочко с медом.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Сознательное родительство

В предыдущих наших публикациях мы не раз затрагивали тему сознательного родительства. Также говорили и о том, что Диагностический центр Алтайского края действительно надежный партнер семьи, которая готовится к ответственному родительству. Вернемся к разговору с **Ольгой Михайловной Тырышкиной**, заместителем главного врача КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» по консультативно-диагностической деятельности охраны материнства и детства.

- Сознательное родительство основывается на такой аксиоме, что наше здоровье и здоровье наших детей зависят от нас самих. Здоровые дети - важная составляющая семейного благополучия и родительского счастья. И это счастье зависит, прежде всего, от того, насколько осознанно мы подходим к вопросам родительства.

Желанные дети, которых с радостью ждали и приняли, естественно, имеют больше шансов быть здоровыми и счастливыми. Осознанное вынашивание беременности опирается на понимание женщиной последствий для ребенка ее каждодневного образа жизни, понимания необходимости правильной подготовки себя к предстоящим родам и воспитанию малыша.

В КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» имеются диагностические возможности по реализации концепции «Безопас-

ное материнство», и Центр готов стать партнером каждой семьи, готовящей себя к ответственному родительству.

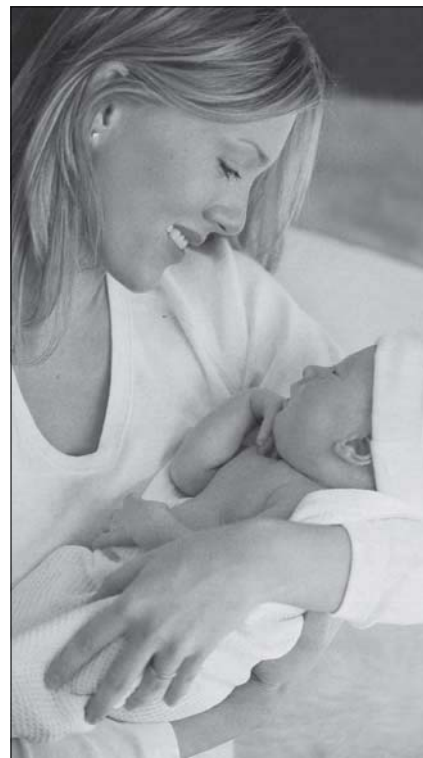
Так, в Центре проводится **обследование беременных женщин с высоким инфекционным риском**, которое включает стандартные и специфические методы исследования.

К стандартным методам исследования относятся:

○ определение группы крови; резус-фактора титра антител к нему, серологические пробы на RW, ВИЧ, HBs- и HCV-антигены, клинические анализы крови и мочи, биохимические и реологические исследования крови беременной, микроскопия мазка влагалища.

К специфическим обследованиям относятся:

○ вирусологический метод;
○ цитологический метод;
○ сероиммунологический метод;
○ метод определения вирусного генома;



○ исследования плацентарных белков.

Таким образом, риск перинатальной патологии у беременных с наличием вирусной и/или бактериальной инфекции специалисты Диагностического Центра оценивают на основании проводимых лабораторных исследований, что позволяет своевременно выявлять инфекционные заболевания, прогнозировать осложнения

у матери и плода, проводить профилактические или лечебные меры, способствующие реальному снижению уровней материнской, перинатальной и детской заболеваемости и смертности в крае.

Проведение прицельной **ультразвуковой диагностики сердечно-сосудистой системы** плода в Центре позволяет заподозрить или диагностировать большинство **врожденных пороков сердца и нарушений сердечного ритма** у плода в максимально ранние сроки (оптимальный срок проведения исследования – это 23-25 недель беременности).

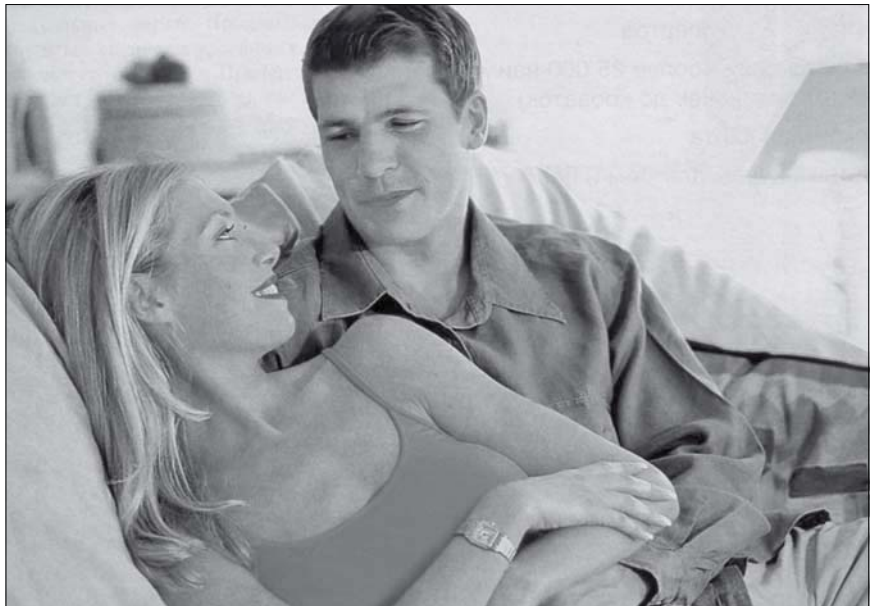
Проводимая диагностика позволяет оценить возможность сохранения беременности, выбрать срок и способ родоразрешения, провести специфическую терапию внутривутробно, выбрать вариант специализированной помощи в период новорожденности, а самое главное - подготовить родителей к возможным проблемам.

Но когда мы упоминаем термин «родительство», мы, конечно же, подразумеваем не только охрану и поддержание женского здоровья, но и мужского, равноценную и равнозначную роль как матери, так и отца в рождении здорового малыша.

К сожалению, врачи-андрологи в последние годы фиксируют все большее количество нарушений репродуктивной функции мужчин, состоящих в бесплодном браке.

Мужское бесплодие - это болезнь, обусловленная нарушением репродуктивной системы мужчин, а том числе генеративной и копулятивной функций. Его причины кроются в разнообразных патологических процессах в организме, оказывающие отрицательное воздействие на эндокринные органы и непосредственно на половые железы, приводя к дистрофическим изменениям в семенных канальцах, интерстициальной ткани яичка и способствуя патозооспермии.

Поэтому вопросы раннего выяв-



ления, качественной диагностики, комплексного лечения и профилактики заболеваний мужских половых органов - актуальная медицинская тема.

Высокая частота и разнообразие причин мужского бесплодия требуют проведения диагностических мероприятий, которые существуют в нашем Центре.

Лабораторно-инструментальные исследования, которые проводятся в Диагностическом центре Алтайского края:

- спермограмма;
- определение антиспермальных антител (Ас Ат);
- цитологическое исследование секрета предстательной железы и семенных пузырьков;
- исследование на наличие инфекционных заболеваний: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, простого герпеса;

- бактериологический анализ спермы;
- УЗИ органов малого таза, УЗИ яичка, УЗИ полового члена;
- УЗИ щитовидной железы;
- определение гормонального профиля: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона, тестостерона, пролактина, эстрадиола, тиреотропного гормона, гормонов щитовидной железы (трийодтиронин, тироксин), а также антител к пероксидазе тиреоцитов и тиреоглобулину;
- рентгенологические исследования (исследование черепа, почечная флебография);
- компьютерная томография.

В Диагностическом центре Алтайского края сегодня выполняются все современные технологии и имеется необходимое оборудование с целью позитивного решения репродуктивных нарушений у мужчин.

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

Сколиозная болезнь

**Ирина Дмитриевна Гладкова,
врач детский ортопед-травматолог, г.Рубцовск**

В последнее время катастрофически растет заболеваемость детей в нашей стране. Среди прочих заболеваний следует отметить искривление позвоночника - сколиоз.

Уже в детских садах имеется большой процент детей с нарушением осанки, а в начальных классах - это нарушение, уже переходящее в сколиоз. И с каждым годом количество подобной патологии растет в геометрической прогрессии. В возрасте 10-15 лет у ребенка появляются боли в спине, скованность в движениях туловищем, скрип, хруст в позвоночнике, как у 70-летних стариков. **А все оттого, что наши дети перестали активно двигаться, заниматься спортом.** Прогулке на свежем воздухе они предпочитают просиживание в неестественных позах возле телевизора или компьютера. Причем, и родители не обращают должного внимания на осанку во время сидения ребенка за столом, при ходьбе. **Родители приводят детей к врачу только в крайнем случае, когда уже видны горбы из-под одежды или когда невозможно самостоятельно справиться с болью в спине.**

Многие подростки приходят на прием со словами: «Я пришел за справкой от физкультуры». То есть, он пришел не за советом и лечением, а именно только за справкой. А через некоторое время, когда болезнь начинает прогрессировать, они же и говорят: «А мне никто ничего не говорил», а что такое ЛФК – и понятия не имеют.

Сколиотическая болезнь - это заболевание всего организма, характеризующееся целым комплексом морфологических изменений позвоночника, грудной клетки, таза, внутренних органов.

Основной симптом – это искривление позвоночника во фронтальной плоскости и торсия (закрепленная ротация) позвонков. Нарушение осанки во фронтальной плоскости (сколиотическая осанка) характеризуется смещением позвоночника вправо или влево от срединного положения. По локализации смещения могут быть тотальными, грудными, поясничными, S-образными. Клиническими симптомами являются: наклонение головы вперед и в сторону вогнутости позвоночника, асимметрия шейно-плечевых линий, лопаток, неравномерность контуров и треугольников талии.

Искривление, нарушение нормальной работы позвоночника, который является осью всего организма человека, влечет за собой заболевания других органов. Современная медицина считает, что в 70 процентах случаев первопричина заболеваний кроется в нарушениях позвоночника, через который проходит спинной мозг, центральная и периферическая нервные системы, лимфо- и кровеносные сосуды, нервные волокна. Через позвоночник отдельные органы и конечности связаны не только между собой, но и со спинным и головным мозгом.

Очень быстро развиваются осложнения при сколиозе: повреждение межпозвонковых дисков, поворот позвонков вокруг своей оси, остеохондрозы, хронические боли и т.д. А также искривление позвоночника нарушает физиологическое соотношение внутренних органов,



вследствие чего нарушается их функция и появляются новые сопутствующие заболевания (болезни органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы и т.д.)

Позвоночник человека – одно из лучших творений природы. С одной стороны - это орган опоры и движения, так как является связывающим звеном между плечевым и тазовым поясами, он обеспечивает при этом огромный объем движений туловища во всех плоскостях. С другой – это чрезвычайно рационально организованное вместилище спинного мозга, его оболочек, спинно-мозговых корешков и связанной с ними сложнейшей сосудистой системы. Опорность и подвижность позвоночника определяется его сегментарным строением с чередованием костных позвонков и оригинальных межпозвонковых прокладок – дисков.

Межпозвонковые диски представляют собой биологические амортизаторы, выполняющие тройную функцию: во-первых, они связывают тела позвонков между собой, во-вторых, играют роль полусустава, допуская небольшой объем движений на уровне каждого сегмента, и, наконец, они гасят нагрузки, которые постоянно воспринимаются позвоночником, преобразуя их из вертикальных в горизонтальные.

Позвонки в норме расположены один над другим, при этом выстроенные в линию костные кольца формируют своеобразный канал, в котором и расположен спинной мозг.

Сложное анатомическое устройство позвоночника обеспечивает выполнение важных функций. Однако хорошо известно, что чем сложнее система, тем она уязвимее, тем легче ее повредить. Это, к сожалению, в полной мере относится и к позвоночнику. Он поражается множеством болезней, грубо нарушающих его анатомическое строение и функцию, что часто приводит к очень тяжелым последствиям для больного и его родных.

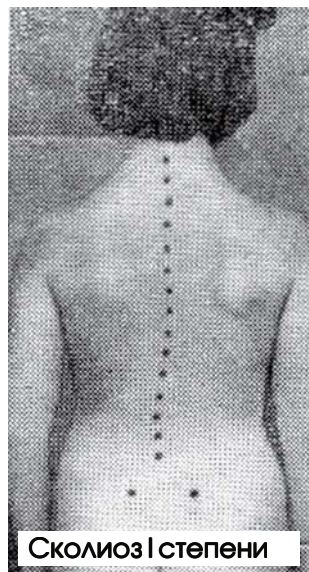
Когда болезнь началась, пациента нужно лечить. Как просто все было бы, если бы можно было лечить сколиоз таблетками, инъекциями, мануальной терапией или физиопроцедурами. К сожалению, это невозможно. Когда диагноз «сколиоз» уже поставлен, все, что в наших силах, - это чисто механически исправить деформацию позвоночника, причем только частично. На ранних стадиях развития болезни, пока искривление невелико, вполне можно ограничиться наблюдением и поддерживающим лечением (массаж, плавание, лечебная физкультура). Позднее приходится подключить специальные корректирующие корсеты, с помощью которых сравнительно небольшие деформации в течение нескольких лет удается удержать и избежать прогрессирования, следовательно, обойтись без операции. Примерно в 10-15% случаев болезнь прогрессирует неудержимо, и развивается такая деформация, которую можно исправить только хирургическим путем. В настоящий момент всеми признано, что исправить сколиотическую дугу и удержать ее от дальнейшего прогрессирования можно только с помощью металлических конструкций, которые устанавливаются на позвоночник больного и остаются в его организме на многие годы, а то и навсегда.

Поэтому так важна профилактика сколиоза. Вот некоторые ее важные правила:

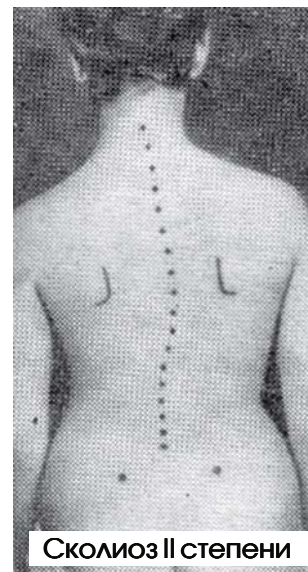
- постель ребенка должна быть жесткой, подушка невысокой;
- одежда не должна сковывать движения;
- значительное место в режиме дня ребенка должны занимать длительное пребывание на воздухе, подвижные игры, закаливающие процедуры. Спортивные игры, танцы, плавание можно использовать уже с 5-6 лет;
- необходим постоянный контроль за позой ребенка во время занятий как в школе, так и дома, что воспитывает правильную осанку.

Прежде всего, необходимо помнить: **сколиоз - это заболевание, которое можно предупредить!** Почему-то внимательно к себе и своим детям относятся лишь те, у кого уже есть серьезные проблемы с позвоночником.

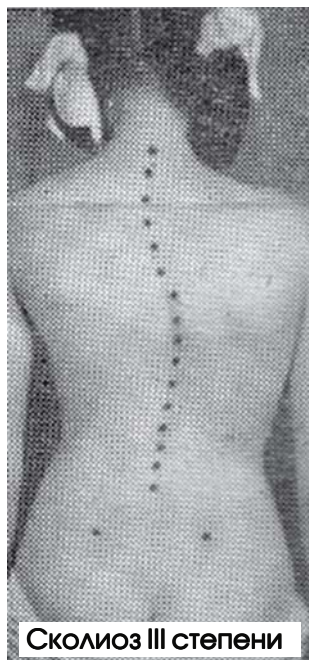
Если не получать лечения, болезнь быстро прогрессирует. Даже за один год нарушение осанки может перейти в сколиоз 1-2 степени, а затем в 3 и 4 степени. Очень часто 3 и 4 степени сколиоза корректируются только хирургическим путем.



Сколиоз I степени



Сколиоз II степени



Сколиоз III степени



Сколиоз IV степени

Профилактика сколиоза - это всестороннее физическое развитие ребенка с целью создания общефизиологических условий, способствующих правильному держанию тела, освоению двигательных навыков, развитию силы, работоспособности мышц, координации движений, обучению правильным навыкам стояния, ходьбы, сидения, правильному дыханию.

Я, как ортопед-травматолог, призываю родителей, бабушек, дедушек обратить внимание на осанку своих детей и внуков. Необходимо отмечать симметричность лопаток, надплечий, степень оттопыривания лопаток от тела, положение головы. При любом подозрении на какую-то аномальность - срочно идите к врачу. Легче болезнь предупредить, чем вылечить.



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 7

Контроль над астмой. Что такое пикфлоуметрия?

Как каждый больной гипертонией должен иметь прибор для измерения артериального давления, так и больному астмой нужно иметь пикфлоуметр для того, чтобы контролировать состояние своих бронхов.

Что же это за прибор - пикфлоуметр и что такое пикфлоуметрия?

Пикфлоуметрия (по англ. Peak - пиковый, flow - поток) - это измерение максимальной скорости выдоха, которое проводится с помощью прибора - пикфлоуметра.

Давайте разберемся, зачем пикфлоуметр нужен и как им пользоваться.

Когда врач определяет функцию легких, среди разных показателей ему необходимо определить пиковую, или максимальную, скорость на выдохе (ПСВ), то есть максимальную скорость, с которой вы способны выдохнуть воздух из легких. ПСВ зависит от многого, но самое главное - она показывает, насколько сужены бронхи. Очень важно, что изменение этого показателя идет впереди ваших ощущений, поэтому, увидев уменьшение или увеличение скорости, вы можете предпринимать определенные действия.

Для чего нужна пикфлоуметрия?

С ее помощью можно постоянно следить за состоянием своих бронхов и вовремя замечать их прогрессирующее сужение, то есть наступление обострения заболевания.

Занимаясь пикфлоуметрией, вы сами установите, какие показатели для вас нормальные, при каких значениях надо изменять лечение, а когда необходимо срочно обращаться за медицинской помощью.

С помощью пикфлоуметрии можно объективно определить, насколько эффективно идет лечение по изменению (возрастанию показателей) ПСВ.

Иногда пикфлоуметрия помогает выявить фактор, влияющий на астму. Например, если ПСВ снижается дома и увеличивается на работе, то, скорее всего, ваш аллерген - в квартире. А если наоборот - то на работе.

Обычно к каждому пикфлоуметру прилагается подробная инструкция, однако общие правила пользования пикфлоуметром мы напомним.

Как правильно проводить пикфлоуметрию?

◆ Проводить пикфлоуметрию нужно в положении стоя, чтобы во время выдоха активно работала диафрагма - главная дыхательная мышца. **Она проводится до использования бронхорасширяющего ингалятора!**

- ◆ Если имеется мокрота, откашлять.
- ◆ Спокойно выдохнуть.



◆ Сделать глубокий вдох, плотно обхватить мундштук губами. Выдыхаемый воздух оказывает давление на клапан прибора, который перемещает вдоль шкалы стрелку-указатель, которая и покажет пиковую скорость выдоха, обычно в литрах в минуту.

◆ Максимально полно и резко выдохнуть в пикфлоуметр.

◆ Отметить показание прибора в графике пикфлоуметрии и повторить измерение еще два раза.

◆ Записать в график или запомнить лучший результат.

Рекомендуемая частота измерения ПСВ - в зависимости от тяжести течения заболевания, не реже одного раза в месяц, а в обострении - ежедневно, утром и вечером.

О чем может говорить график пикфлоуметрии?

Если показатели ПСВ низкие и колебания утреннего и вечернего значения ПСВ большие, - значит, контроль над болезнью не достигнут.

Если график имеет горизонтальное направление, ПСВ близко к вашему максимальному значению, разница между утренним и вечерним показателями небольшая, - Ваше состояние бронхов стабильно.

Задача лечения - увеличить ПСВ до нужных значений ▶

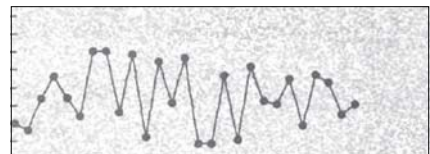
День	Воск.		Пон.		Вт.		Ср.		Четв.		Пятн.		Суб.		Воск.		Пон.		Вт.		Ср.		Четв.		Пятн.		Суб.	
	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер	Утро	Вечер
Время																												
700																												
650																												
600																												
550																												
500																												
450																												
400																												
350																												
300																												
250																												
200																												
150																												
100																												
ЛЕТРЫ в МИН																												
ЛЕКАРСТВА И ДОЗЫ ДРУГИЕ ЗАМЕЧАНИЯ																												

и свести к минимуму ее колебания. Узнать свою максимальную скорость выдоха можно, регулярно измеряя ПСВ.

Лучше всего определять ПСВ в период максимального благополучия, продолжительностью в течение 2-3 недель, и запомнить «персональный лучший показатель». **Отмечать показатели пикфлоуметра лучше в графике пикфлоуметрии.**

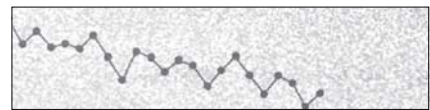
Помните, использование пикфлоуметра предотвращает тяжелые обострения заболевания!

Вне обострения астмы график пикфлоуметрии представляет собой близкую к горизонтальной линии, утренние и вечерние показатели равны.



Так выглядит график пикфлоуметрии при обострении заболевания. Утренние показатели значительно ниже вечерних.

Неуклонное снижение показателей ПСВ при обострении астмы:



План действий для больных бронхиальной астмой

Составлен специально для Возраст

	СИМПТОМЫ	ЛЕЧЕНИЕ
Зеленая зона	Самочувствие хорошее, ПСВ равна или выше 100% - 80% от лучшего значения	Плановое лечение
Желтая зона	Нет легкости дыхания, одышка при физической нагрузке, симптомы болезни появляются ночью, чаще нужно бронхорасширяющее лекарство, ПСВ между 80% и 60%	Необходимо удвоить дозу или перейти на в дозе Не откладывая обратитесь к врачу
Красная зона	Дыхание затруднено, небольшая физическая нагрузка приводит к одышке, частые ночные симптомы астмы, бронхорасширяющее лекарство плохо помогает, ПСВ менее 60%	Необходимо принять в дозе Нужна срочная медицинская помощь
	Удушье, трудно говорить, ПСВ ниже 40%	Необходимо принять в дозе Немедленно вызовите "Скорую помощь"

План рассчитан до Врач Тел

Как ухаживать за пикфлоуметром?

После снятия мундштука горячей водой с мылом промыть отдельно все части прибора. Тщательно высушить. Очистку проводить раз в неделю.

Что такое «система зон» и для чего она нужна?

«Система зон» помогает легче понять переменчивую природу астмы, быстрее выявить самые ранние признаки ухудшения. Каждая зона содержит рекомендации, которые можно использовать самостоятельно. Чтобы легче было запомнить зоны, были выбраны цвета, которые приняты в светофорах (зеленый, желтый и красный цвет).

Зеленая зона

Зеленый цвет означает, что «все в порядке», астма находится под контролем. Пиковая объемная скорость выдоха по данным пикфлоуметра составляет 80-100% от лучшего вашего значения или от среднестатистической нормы, определяемой по полу, росту и возрасту, утренние показатели ПСВ равны вечерним. Признаков заболевания нет.

Желтая зона

Желтый цвет указывает на то, что требуется повышенное внимание к состоянию бронхов. Показатели ПСВ соответствуют 60-80% от вашего лучшего показателя. Может отмечаться усиление кашля, чувство заложенности в груди, увеличение свистящих хрипов или нарушений дыхания (особенно в ночное время).

Может появиться необходимость в более частом применении бронхорасширяющих средств. Лекарства уже не оказывают того положительного действия, которое оказывали обычно. Несмотря на увеличение потребности в бронхорасширяющих препаратах, значение ПСВ становится ниже ваших лучших показателей.

Частые переходы в «желтую зону», как правило, указывают на недостаточность контроля и необходимость усиления лечения в «зеленой зоне».

Красная зона

Красный цвет означает - сигнал тревоги. Для этой зоны характерно, что симптомы астмы нарастают, проявляются в покое и усиливаются при незначительной физической нагрузке, бронхорасширяющее лекарство плохо помогает. Пиковая объемная скорость на выдохе - менее 60%. В этой зоне требуется немедленное вмешательство врача.

При падении ПСВ ниже 40% возникает ощущение удушья, трудно говорить. В этом случае немедленно вызывайте «Скорую помощь».

Сегодня мы поговорили о самоконтроле при бронхиальной астме, следующая беседа будет посвящена средствам доставки лекарственных веществ в бронхи.

Мир и МЕДИЦИНА

Эмоциональная карта счастливого брака

Исследование немецких ученых подтверждает представление о счастливом времени молодоженов. Однако также известны этапы, когда практически каждый брак теряет свое волшебное очарование и уровень счастья возвращается к тому, который был у партнеров до встречи друг с другом.

В среднем каждый счастливый брак выигрывает от сильного эффекта «медового месяца» - в таком случае этот период длится около года. Только те, кто обречен на развод, ощущают снижение уровня счастья уже в первый год брака. По истечении этого года пары должны ожидать резкого спада длительностью два года, и небольшое улучшение ждет их только между третьим и пятым годом брака, прежде чем опять начнется спад.

Седьмой год брака, традиционно известный как самый критический период, когда у большинства супругов особенно сильно проявляется разочарование браком, этот этап является только началом стабильного падения уровня удовлетворенности. После десяти лет брачных отношений уровень счастья немного ниже, нежели до брака.

Но брак все же делает людей счастливее. Супруги могут рассчитывать, что их уровень счастья на протяжении 40 лет будет выше, чем у одинокого человека. Только к 60 годам степени ощущения счастья у одиноких и у состоящих в браке уравниваются.

После первого года в счастливом браке начинается спад ощущений, потому что люди принимают все радости брачного союза как должное. Другие же эксперты говорят, что это может быть связано с давлением и финансовыми сложностями в связи с рождением детей или с тем, что отдельные привычки начинают «бесить» обоих партнеров. Кроме того, сексуальное желание у женщин в течение двух лет брака снижается, что приводит к неловкости со стороны жены и фрустрациям у мужа. Люди начинают видеть отрицательные стороны того, что раньше казалось плюсом. Человек с сильным характером превращается в высокомерного наглеца, а созерцательная мягкость оказывается на поверку обычной ленью.



Создана вакцина против отита

Чешские ученые разработали вакцину против средних отитов, предназначенную для защиты малышей.

Средний отит широко распространен у детей первых лет жизни и чаще всего возникает как осложнение простудных заболеваний. Отиты сопровождаются сильными болями в ухе, повышением температуры тела и в редких случаях могут приводить к снижению слуха. В основе заболевания лежит воспалительный процесс слизистой оболочки среднего уха, который может быть вызван вирусной, бактериальной и грибковой инфекцией.

Разработанная учеными вакцина направлена против двух распространенных возбудителей среднего отита и легочных инфекций - Streptococcus pneumoniae и Haemophilus influenzae.

Несмотря на эффективность новой вакцины, ЛОР-специалисты сомневаются в целесообразности всеобщей вакцинации детей против отита. Воспаление среднего уха не является смертельно опасным заболеванием и, как правило, протекает достаточно легко. Кроме того, новая вакцина эффективна только против двух бактерий и не защищает от всех возбудителей заболевания, констатируют специалисты.

Советы молодому папе

Наталья Владимировна Сибирякова,
специалист по социальной работе,
Краевой кризисный центр для мужчин, г.Барнаул

Функции мужчины в семье, к счастью для современной женщины, не ограничены созданием пары и зачатием ребенка. **Мужчины способны стать прекрасными родителями.** Но на этом пути их предостерегают психологические ловушки.

«Орущий комочек, красное сморщенное личико, перевязанный пупок, очень хрупкое существо» - вот первые ассоциации, обычно приходящие на ум молодым папам. Боязнь уронить и незнание, с какой стороны к ребеночку подойти, - прямые следствия господствовавшей долгое время в обществе парадигмы обращения с младенцем. Возьмем книги, посвященные родам и уходу за ребенком. 10 из 100 обращены исключительно к матерям, и в них нет ни одного упоминания об отце как активном участнике воспитания детей в раннем возрасте.

Появление малыша радикально меняет отношения в паре. Безмерная эйфория проходит, и появляются некоторые трудности новой жизни. В тупик молодых отцов ставят несколько моментов: ребенок не реагирует на отца, не понимает его; необходимость в средствах сильно возрастает с рождением малыша; жена не может уделять ему внимания в прежнем объеме; собственной независимости и мобильности приходит конец.

Проблемы могут быть вызваны и изменениями в интимной жизни супругов. Первые дни после возвращения из родильного дома требуют большого напряжения сил от женщины, к тому же еще не вполне оправившейся от родов. Поэтому эротические сигналы мужа не вызывают ответной реакции, да и грудь ее теперь принадлежит ребенку. Женщине нужно дать отдохнуть. Неудивительно,

что некоторые мужчины (неосознанно) считают виновным в «холодности» жены ребенка, и им трудно заставить себя испытывать к этому существу нежные чувства.

Лишь немногие из мужчин после рождения ребенка хотя бы некоторое время остаются дома. Большинство же из них, ощущая себя кормильцами, с еще большим рвением погружаются в работу. Но ведь для того **чтобы отец привязался к ребенку, им надо с самых первых дней как можно больше времени проводить вместе!**

Хорошо, если мать и отец понимают это и признают, что отец является вторым (не по степени важности!) главным лицом для ребенка. Тогда они вместе с самого начала смогут помочь сближению отца и ребенка. Более того, **от общения с малышом мужчина только выигрывает.** Возможно, он обнаружит в себе такие качества и чувства, которые прежде подавлял, считая их недостойными мужчины, и поймет, как это чудесно - ощущать в себе и дарить другому тепло и заботу.

Существует много возможностей найти контакт с ребенком: во время пеленания отец так же, как и мать, может разговаривать с ребенком, играть с ним, нежно его гладить и массировать или просто касаться его. Если он смотрит при этом на малыша, то уже вскоре замечает, что тот тоже старается поймать его взгляд.

Мужчина не должен бояться выглядеть глупо, если он разговаривает с малышом, поет, танцует перед ним или гремит погремушкой, если ребенок засыпает у него на руках. Наоборот, все это идет ему только на пользу. Маленькое существо с удовольствием

слушает такое знакомое ему дыхание отца и чувствует на своей спинке его надежную руку.

Просыпающиеся отцовские чувства, нежные заботы делают молодого отца более чувствительным, более чутким по отношению к жене. Так что именно в этот, нередко критический для супружеских отношений, период муж и жена могут найти друг к другу совершенно новый подход, в частности, с помощью ребенка.

Но все эти «сложности» легко разрешимы. **Поверьте, две недели пролетят незаметно, и кроха начнет эмоционально отвечать вам. А еще через две недели одарит своей улыбкой. Чем чаще вы будете держать его на руках, тем раньше он признает вас.** Вместо того, чтобы сожалеть о своей горькой доле брошенного мужа, проявите инициативу сами - поухаживайте за женой. Ограничение же свободы полностью окупится радостными возгласами малыша при вашем появлении.

Послеродовые хлопоты – это, прежде всего, заботы о физическом здоровье мамы и малыша:

- ▶ обеспечьте им отдых и насыщенное питание;
- ▶ следите за мамочкой: она, ухаживая за ребенком, может совершенно забыть о себе;
- ▶ гимнастика с крохой (все это под силу только папам);
- ▶ плавание, ныряние, купание;
- ▶ массаж при болях в животике;
- ▶ закаливание (если вы сторонник этого);
- ▶ прогулки с ребенком в выходные;
- ▶ полезные покупки;
- ▶ оборудование детской;
- ▶ общение с врачами продолжается - и этим должны заниматься именно вы (чтобы не нервировать кормящую маму);
- ▶ закупка памперсов и попытки, часто успешные, их менять.

И до, и после родов сознательные папы не забывали об известной поговорке: «в здоровом теле - здоровый дух». Закаливание, бассейн, баня - все эти процедуры принимались вместе. Физически окрепшему, выпавшему в период беременности жены отцу первый год жизни младенца кажется если не сплошным праздником, то приятной и несложной работой. Нам же - мамам - такое папино настроение только в радость. Ведь отцовство - большое счастье!





Выпуск №29

март 2006 года

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Создадим вместе будущее нашей профессии!



**Лариса Алексеевна Плигина,
президент АРОО «АСМР», член правления
Российской Ассоциации медицинских сестер**

Первого марта состоялось расширенное совещание главных медицинских сестер, их резерва и преподавателей Барнаульского базового медицинского колледжа. В работе совещания приняли участие 120 специалистов городских и краевых ЛПУ.

В программе совещания была проведена презентация ООО «Дезиндустрия» (г.Москва) «Чистые руки – гарантия вашей безопасности и безопасности пациента».

В отчете председателя городского Совета сестер г.Барнаула Л.М. Миллер были отмечены все положительные и негативные моменты в работе Совета за 2005 год. В ходе перекрестных проверок работы сестринских коллективов ЛПУ г.Барнаула было выявлено достаточно много замечаний по ведению документации, по работе советов сестер ЛПУ, по инфекционной безопасности и т.д. При повторном контроле нарушений не выявлялось. Это сви-

детельствует о том, что работа городского Совета сестер активизирует сестринские коллективы, проходит обмен опытом, что является одной из форм повышения качества сестринских услуг.

Хочется более подробно остановиться на отчете о деятельности Ассоциации средних медицинских работников за 2005 год.

На 1 января 2005 года численность Ассоциации составляла 5450 человек, в 2005 году вступило 1465 человек, таким образом, на 1 января 2006г. членство в Ассоциации имеют 6915 специалистов со средним медицинским образованием. За январь и февраль 2006 года вступило еще 303 человека. Из вновь вступивших - 11 ЦРБ, три ЛПУ г.Барнаула. На сегодня мы сотрудничаем со 123 ЛПУ городов и районов Алтайского края.

Существует система уплаты членских взносов: **вступительный взнос составляет 25 рублей – однократно и членский взнос в размере 1% от оклада - ежемесячно.** На 1 октября 2005 года задолженность по членским взносам составляла **52%**, на 1 января 2006 года - **28%**. Причин этому можно назвать несколько: несвоевременная выплата заработной платы, низкая исполнительская дисциплина, часто вовремя собранные членские взносы поступают в Ассоциацию через несколько месяцев, что является грубым нарушением. ЛПУ-задолжники на 1 января 2006 года навредили, прежде всего, себе, поскольку сумма задолженности поступит уже в 2006 году, а **30%** от годовых членских

взносов за 2005 год для оплаты повышения квалификации будет меньше на сумму задолженности.

Эти негативные моменты происходят в тех сестринских коллективах, где главные медицинские сестры, являясь представителями Ассоциации, своевременно не контролируют эту работу в своих ЛПУ.

Для проведения праздничных сестринских конференций в честь международного Дня медицинской сестры в ЛПУ были выданы мартовские членские взносы в сумме **52 тысячи рублей.**

Для формирования библиотек за счет Ассоциации в течение года в ЛПУ выданы журналы «Сестринское дело», «Здоровье алтайской семьи» на сумму 42 тысячи рублей. Для главных и старших сестер ЛПУ (членов Ассоциации) выданы «Сборники материалов по организации сестринского дела» за счет Ассоциации на сумму **40800 рублей.**

За отчетный период поступило 20 заявлений на оказание единовременной социальной помощи в соответствии с Положением. Все заявления удовлетворены, выдано по 1000 рублей.

В соответствии с Положением об оплате повышения квалификации в медицинских колледжах и училищах Алтайского края проучено 526 членов Ассоциации на сумму 158 тысяч рублей. Все поступившие заявления и счета оплачены своевременно, но достаточно часто счета и заявления поступают с большим опозданием (через месяц и более). Это создает дополнительные

трудности и финансовые затраты для самих специалистов. Поэтому еще раз напоминаю, что существует Положение об оплате за повышение квалификации, которое следует выполнять.

12 мая проведена юбилейная научно-практическая конференция. Подробно материалы конференции были опубликованы в майском выпуске нашего «Вестника Ассоциации» в журнале «Здоровье алтайской семьи». На конференции присутствовало около тысячи делегатов от сестринских коллективов ЛПУ городов и районов Алтайского края, руководители комитетов по здравоохранению г.Барнаула и Алтайского края, главные врачи ЛПУ. На проведение конференции в соответствии со сметой было израсходовано **69415 рублей.**

Мы продолжаем партнерство с журналом «Здоровье алтайской семьи», и границы этого партнерства значительно расширились:

- в журнале ежемесячно выходит наша рубрика «Вестник Ассоциации»;
- мы принимаем активное участие в реализации регионального проекта «Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя»;

- участвовали в работе заседания редакционного совета журнала и Общественной женской палаты при главе администрации края, на котором обсуждались пути формирования здорового стиля жизни у населения края, сохранения здоровья семьи и общества в целом;

- участвовали в краевом слете матерей «Матери и отцы Алтая - за достойную жизнь наших детей»;

- делегаты алтайской Ассоциации приняли участие в работе Всероссийской конференции в г.С.-Петербурге и Межрегиональной конференции в г.Кемерово. По материалам конференций были опубликованы статьи в нашем «Вестнике Ассоциации».

За отчетный период мною проведено 10 районных сестринских конференций в ЦРБ, 4 конференции в краевых ЛПУ: «Перспективы развития сестринской профессии. Будущее сестринской профессии создадим вместе!».

В сентябрьском выпуске журнала «Главная медсестра» опубликована моя статья «Роль АРОО «АСМР» в развитии сестринской профессии в Алтайском крае».

Члены Правления продолжают работу в краевой аттестационной комиссии и, являясь экспертами, проводят лицензирование сестринского дела по инфекционной безопасности и качеству сестринских услуг в ЛПУ городов и районов Алтайского края.

Дополнительно заключено соглашение о сотрудничестве с городским комитетом по здравоохранению г.Рубцовска.

Благотворительные поступления на

счет Ассоциации в течение года составили **26 тысяч рублей.** Был приобретен копировальный аппарат.

Контрольно-ревизионная комиссия провела плановую проверку финансовой деятельности Ассоциации за 2005 год, нарушений не выявлено, о чем говорится в акте КРК.

Мы признательны главному врачу ГУЗ «Краевая клиническая больница» **В.И. Савенко,** при поддержке которого стало возможным сестринскому коллективу больницы на базе нейрохирургического отделения начать эксперимент по внедрению сестринского процесса. Уже достигнуты определенные результаты.

К сожалению, в течение года в связи с кадровым кризисом в регионе невозможно было решать острые проблемы, связанные с постдипломным образованием, аттестацией специалистов сестринской профессии.

Наша профессиональная организация на сегодня самая многочисленная в Алтайском крае, и те факты, что мы вошли в состав нового Правления Национальной ассоциации медсестер России в октябре 2005 года в С.-Петербурге и что мы вошли в состав рабочей группы для формирования Общественной палаты России, получили предложение от краевого комитета по здравоохранению войти в состав Общественной палаты Алтайского края, - все это является определенной оценкой деятельности нашей Ассоциации.

Мы проходим нелегкий путь по изменению устаревших стереотипов, нам необходимо активно продолжать работу по формированию общественного мнения о профессии медицинской сестры на уровне органов здравоохранения и законодательной власти, так как здравоохранению и обществу нужна медсестра новой формации.

Главной целью наших планов является обеспечение реальной доступности медицинской помощи населению, повышение удовлетворенности пациентов качеством сестринских услуг. Для этого необходимо развивать рынок сестринских услуг и, соответственно, повышать профессионализм и профессиональную ответственность медицинских сестер.

Сегодня медицинские сестры способны взять на себя весьма существенные задачи в системе здравоохранения: профилактика заболеваний, вопросы реабилитации, мониторинга, профессионального ухода, то есть медсестру нужно рассматривать как полноправного партнера врача, а не помощника, каким является медсестра сегодня. И в интересах пациента врач и медсестра должны работать сообща, каждый выполняя свои задачи.

Очень серьезной проблемой является существующая трудность с непосредственным общением с каждым рядовым членом Ассоциации. Для решения этой проблемы нам необходимо создавать единое информационное пространство. Для этого **нужен научно-методический центр, оборудованный современной техникой, методической литературой,** в условиях которого специалисты могут готовиться к аттестациям и профессиональным мероприятиям (экзамены, доклады, статьи, конкурсы и т.д.). По организации центра принято решение. В наши планы входит создание учебно-методических кабинетов при ЛПУ с долевым участием главных врачей в оснащении этих кабинетов, где будет проводиться практическая подготовка сестринского персонала по неотложной доврачебной помощи, по инфекционной безопасности, предаттестационной подготовке и т.д.

Главные сестры – созидательная сила профессиональной Ассоциации. Трудно переоценить значение должности главной медсестры в ЛПУ. Главная – значит самая ответственная. Ответственная за многое: и за качество лечебно-диагностического процесса, и за подготовку кадров, и за внедрение новых технологий, и за молодежь, и за наставников, и за доверие больных... **Если главная сестра – лидер с активной жизненной позицией, значит, сестринский коллектив развивается, в противном случае – застой.**

К сожалению, на сегодня главные сестры, обладающие вышеперечисленными качествами, загружены не свойственными им функциями, и работает такая главная сестра фармацевтом, медтехником, экспедитором, грузчиком, завхозом и т.д. И не остается у нее времени на подготовку персонала, на контроль за работой, и где уж там новые технологии...

Наступила пора для пересмотра функций главных медсестер и рационального использования этих специалистов. В Ассоциации главные и старшие медицинские сестры являются проводниками идей, всего нового, прогрессивного.

Мы должны быть единомышленниками с новым позитивным мышлением, должны учиться быть свободными от всего неправильного, что окружает нас, от неправильного выбора, неправильного решения и действия, потому что мы сами должны формировать события в своей профессии, в своей жизни. Поэтому главная, основная работа у нас еще впереди, и ее результат будет зависеть от каждого специалиста сестринской профессии, от личного вклада, понимания собственной значимости и ответственности за происходящие перемены в обществе и здравоохранении.

Домашний уход за детьми после ожога пищевода



Любовь Ивановна Пенькова,
медицинская сестра первой категории хирургического отделения,
Аптайская краевая клиническая детская больница, студентка
факультета высшего сестринского образования, АГМУ

Ожоги пищевода у детей возникают при случайном проглатывании едких химических веществ, в состав которых входит кислота или щелочь. На сегодняшний день химические ожоги остаются одной из самых актуальных проблем в нашей стране и занимают первое место среди заболеваний пищевода у детей. В связи с широким внедрением достижений химии в быту количество ожогов пищевода увеличивается из года в год. Наибольшее число пострадавших в результате химических ожогов - это дети в возрасте от 1 года до 5 лет.

В качестве первой помощи ребенку при подозрении на ожог пищевода **нужно дать большое количество воды и вызвать рвоту.** При поступлении в стационар промывают желудок через зонд обильным количеством воды. В зависимости от тяжести состояния проводят терапию, включающую внутривенное введение растворов глюкозы, плазмы и других жидкостей. Также назначают антибактериальную терапию.

При выписке пациента домой очень важно научить мать и других членов семьи уходу и наблюдению за ребенком после ожогов полости рта, глотки и пищевода. Родители должны внимательно следить за дыханием, так как нередким осложнением ожога может являться отек гортани. При значительной степени ожога может страдать функция почек, поэтому рекомендовано **строго следить за диурезом** (количеством мочи, выделенной за определенное время) и **макроскопической оценкой мочи** (ее количеством, цветом, наличием осадка). Необходимо срочно обратиться к врачу, если вы заметили ка-

кие-либо изменения в моче ребенка.

Первостепенная роль в профилактике осложнений принадлежит уходу за полостью рта и кормлению ребенка. Часто наличие ожога слизистой оболочки полости рта, пищевода ведет к образованию фибринозного налета, на месте которого в дальнейшем формируется рубец. Все это обуславливает значительную болезненность при глотании, в связи с чем ребенок нередко отказывается от пищи. **Поэтому за 3-5 минут до еды ему надо дать 2-3 глотка 1-2%-ного раствора н-вокаина. После приема пищи ребенок должен прополоскать рот слабым раствором калия перманганата или чаем.** Это необходимо для предотвращения инфицирования поврежденной слизистой оболочки полости рта.

В тяжелых случаях, при рубцовом сужении пищевода, вследствие нелеченного или неправильно леченного, глубокого ожога пищевода, для полноценного питания больного, дальнейших исследований и бужирования (восстановления проходимости пищевода механически) может накладываться **гастростома.**



В таких случаях очень важна роль родителей, прежде всего, в обеспечении потребности ребенка в полноценном питании. **Пища должна быть высококалорийной, теплой, в жидком или полужидком состоянии.** Перед кормлением на конец трубки надевают шприц с едой и медленно вводят пищу в гастростому.

Весьма желательна часть пищи дать через рот, ребенок ее основательно пережует, а затем выплюнет. Этот прием способствует утолению голода. После каждого кормления нужно промывать гастростому теплой водой или чаем, а поверхность вокруг смазывают индифферентными мазями (цинковой, пастой Лассара) для предупреждения раздражения кожи.

Подавляющее большинство детей, даже у которых возникает рубцовый стеноз пищевода, **излечивается методом внутрипросветной дилатации** (бужирование, стентинг пищевода). Лишь в редких, крайне тяжелых случаях, приходится прибегать к пластике пищевода. Только терпение и выполнение рекомендаций медиков в дальнейшем дают надежду на выздоровление.

И в заключение: уважаемые родители, еще раз обращаем ваше внимание на правильное хранение бытовых химических веществ. Они ни в коем случае не должны быть доступны детям!

Поздравляем!

Коллектив городской больницы №6 «Энергетиков» сердечно поздравляет старшую медицинскую сестру **Лидию Васильевну Олькову** с юбилеем!

Лидия Васильевна – ветеран труда, специалист высшей квалификационной категории. Она проработала в больнице 35 лет, из них 28 – старшей медицинской сестрой терапевтического отделения. Два года она возглавляла сестринский коллектив больницы, являясь главной медицинской сестрой.

Успехов вам в работе, дорогая Лидия Васильевна, здоровья и счастья!





Уход за лежачими больными

Светлана Константиновна Харлан,
специалист первой квалификационной категории, главная
медицинская сестра, МУЗ «Городская больница №6», г.Барнаул

В сестринском уходе нуждаются не только люди преклонного возраста, которые страдают целым комплексом заболеваний, но также и относительно молодые пациенты с одним, но достаточно серьезным заболеванием, снижающим их качество жизни.

Уход за пациентом - одна из наиболее важных задач работы медицинской сестры. Хороший уход создает пациенту комфортное состояние, помогает ему сохранить самоуважение и ощущение нужности для окружающих - это возможно лишь при подробном знакомстве с пациентом и достижении психологического контакта с ним.

Проводить первую беседу с пациентом необходимо наедине, обеспечив тишину и обязательно напомнив о конфиденциальности беседы. Обращайтесь к пациенту по имени и отчеству, обязательно на «Вы», назвав свое имя и отчество, говорите четко, неторопливо, доходчиво. Учтите, что при разговоре вы должны видеть лицо пациента, а он - ваше. Не следует перебивать больного, надо дать ему выговориться. Обращайте внимание на его жалобы, не создавайте у пациента чувство вины за неточное использование ваших инструкций.

Ухаживая за постельными больными, необходимо обращать внимание на следующее:

● **на постель**

Когда пациент перестает вставать с постели в связи с ухудшением состояния, обязательно помогите ему проводить сидя хотя бы какое-то время, обеспечив

ему удобную позу с помощью подушек и других приспособлений, которые позволяют садиться в постели. **Изменяйте положение тела пациента в постели каждые два часа в течение суток, приподнимая его над постелью, укладывая поочередно на бок, живот.** Постель необходимо постоянно поддерживать в чистоте, устранять неровности и складки. Желательно использовать противопролежневые матрасы с поддувом, в крайнем случае, матрасы, имеющие слой поролона, а также другие средства, применяемые для разгрузки мест сдавливания мягких тканей (валики, круги).

Вещи, необходимые пациенту в повседневной жизни, расположите так, чтобы он мог легко ими воспользоваться и вернуть на место.

● **на кожу**

Следите за поддержанием чистоты кожи больного, оказывайте своевременную помощь при зуде и сухости кожи, проводите профилактику и лечение пролежней. **Поддерживайте чистоту кожи, применяйте влажное обтирание, обмывание два раза в сутки** (утром и вечером). Места возможного образования пролежней протирайте теплой водой, затем, делая промокательные движения, - насухо полотенцем, обрабатывайте кожу салфеткой, смоченной в теплом камфорном спирте.

При обработке кожи лежачего больного можно использовать 0,5%-ный раствор уксусной кислоты. Им же при появлении неприятного запаха можно обрабатывать пол и поверхности мебели в комнате или палате, где находится больной. Если при моче или калоотделении произошло загрязнение кожи больного, необходимо сразу осуществить гигиенические процедуры.

Одной из частых проблем онкологического больного является возникновение кожного зуда. Его причиной является аллергическая реакция на лекарственные препараты, пищевые продукты; наличие сахарного диабета, кандидомикоза или сухости кожи.

Для предотвращения расчесывания необходимо коротко подстригать ногти не реже одного раза в неделю. Перед началом процедуры вымойте пациенту руки теплой водой с мылом и обработайте вокруг ногтей 70%-ным этиловым спиртом. Объясните больному, что при возникновении зуда нужно только слегка массировать кожу подушечками пальцев.

При выраженном зуде или при обтирании подсушенную кожу смазывайте детским кремом. Как можно чаще меняйте постельное и нательное белье пациента, его одежда должна быть свободной, сшитой из мягкой, натуральной ткани.

● **на полость рта**

В полости рта скапливается много микробов, которые при ослаблении организма могут вызывать различные заболевания.

После каждого приема пищи персонал или родственники должны помочь больному обработать и сполоснуть полость рта.

Пациентам, которые имеют зубные протезы, необходимо снимать их на ночь, тщательно промывать с мылом и до утра хранить в чистом стакане, а утром, перед тем, как надеть их, промыть под проточной водой. Если у пациента появляются сухость губ, болезненные трещины в углах рта, на губы накладывают марлевую салфетку, смоченную водой, а затем необходимо смазать губы вазелином, а трещины обработать 1%-ным раствором бриллиантовой зелени.

Своевременное выполнение всего комплекса профилактических мероприятий позволит облегчить вынужденное пребывание больного в постели, поддержать его здоровье.



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

Кафедра акушерства
и гинекологии АГМУ:



**Наталья Ильична
ФАДЕЕВА,**

заведующая кафедрой,
врач высшей категории,
доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный
врач РФ



**Ольга Васильевна
РЕМНЕВА,**

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



**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**

врач-акушер-гинеколог
первой категории, канди-
дат медицинских наук,
ассистент кафедры

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Одной из наиболее частых проблем, доставляющих женщине массу неприятностей, чувство дискомфорта и заставляющих ее обратиться за помощью к врачу-гинекологу, являются бели.

«Сладкая парочка», которая делает жизнь горькой

Бели – это патологические выделения из половых путей женщины, в 60-70% случаев причина которых кроется в наличии инфекционных заболеваний вульвы и влагалища. Причем свыше 95% случаев вульвовагинитов в развитых странах, в том числе и в России, вызывают такие возбудители, как кандида (*Candida albicans*) и гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*).

Кандидозный вульвовагинит, или, как принято говорить в народе, молочница, относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний нижнего отдела гениталий. Частота его за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища.

До периода полового созревания и в постменопаузе случаи заболевания очень редки. В детородном возрасте примерно 75% женщин переносят по крайней мере один эпизод кандидозного вульвовагинита, 50% - имеют рецидивы заболевания, у беременных он выявляется в 30-40% случаев.

Возбудители кандидоза – дрожжеподобные грибы рода Кандида, насчитывающего более 170 видов, в 80-92% случаев выявляется *Candida albicans*. Вторым по частоте возбудителем является *Candida glabrata*, часто вызывающий хроническую рецидивирующую форму заболевания.

ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

○ обильные густые творожистые выделения из половых путей, усиливающиеся сразу после менструации, без запаха;

○ зуд, жжение в области наружных половых органов, более выраженные во время сна, после водных процедур, болезненность полового акта;

○ отечность, покраснение, кровоточивость слизистой вульвы.

Диагноз ставится на основании клинических проявлений, микроскопии влагалищных мазков и бактериологического метода исследования.

Бактериальный вагиноз – это патологическое состояние, сопровождающееся нарушением вагинальной микрофлоры в сторону резкого увеличения количества неспорообразующих анаэробов (прежде всего рода бактероиды) и гарднерелл на фоне выраженного снижения лактобактерий.

Лактобациллы относятся к большой группе молочнокислых бактерий и являются основной составной частью нормальной микрофлоры человека. Они продуцируют молочную кислоту, перекись водорода, лизоцим, аминокислоты и витамины, что способствует поддержке слабокислой реакции влагалищной среды и обеспечивает его надежную защиту от патогенных микроорганизмов. ▶

Клиническая симптоматика при бактериальном вагинозе носит свои специфические черты:

- бели постоянные, гомогенные, сливкообразные, серо-белого цвета с запахом «тухлой рыбы»;
- зуд и жжение в области половых органов у каждой второй пациентки;
- отек, покраснение отсутствуют.

При микроскопии влагалищного мазка обнаруживаются «ключевые» клетки, а при культуральном методе исследования выявляются гарднереллы и бактерии.

Наиболее частый вопрос, который задают пациентки: «**А откуда это у меня взялось?**». Сразу хотим успокоить, что половой путь передачи этих двух инфекций в настоящее время не установлен, и ваши половые партнеры, уважаемые читательницы, здесь ни при чем.

Кандидозный вульвовагинит и бактериальный вагиноз можно рассматривать как своеобразное «диагностическое зеркало» обобщающее о том, что ее организм находится в состоянии иммунодепрессии.

Предрасполагающими факторами для возникновения патологических состояний влагалища являются:

- длительный, а иногда и бесконтрольный, прием антибиотиков;
- иммуносупрессия, вызванная приемом гормональных препаратов, в том числе и оральных контрацептивов, цитостатиков;
- тяжелые инфекционные и эндокринные заболевания (сахарный диабет);
- беременность;
- частое использование вагинальных гелей и спринцевание;
- ношение белья из синтетических тканей, плотно облегающих тело;
- употребление в пищу большого количества сладкого и спиртного.

Лечение кандидозного вульво-



вагинита и бактериального вагиноза, как правило, местное. Не надо забывать и о коррекции иммунного статуса.

Преимуществами локальной терапии являются минимальный риск побочных реакций, простота и удобство применения, возможность использования у больных с соматической патологией. Сегодня отечественная и зарубежная фармацевтическая промышленность поставляет на рынок достаточное количество препаратов. Выбор лекарственного средства определяется клиническим течением заболевания (острое, хроническое, рецидивирующее), результатами микробиологического и/или культурального исследования, особенностями действия препарата, показаниями и противопоказаниями к его применению и, конечно же, возможностью (в первую очередь, финансовой) приобретения лекарства, что нельзя не учитывать в современных рыночных условиях.

Учитывая то, что инфекционные заболевания достаточно редко вызываются одним возбудителем, для лечения вульвовагинитов рекомендуется применять **комплексные препараты с антимикотическим, антибактериальным и антипротозойным действием** (неопенотран, тержинан, гексикон, бетадин и др.)

После антибактериальной терапии, которая ликвидирует патогенную микрофлору, проводят **второй этап лечения биопрепаратами для нор-**

мализации биоценоза влагалища и профилактики рецидивов (лактобактерин, бифидобактерин).

Критериями эффективности проводимого лечения являются:

- исчезновение клинических симптомов;
- отсутствие воспалительных изменений слизистой влагалища;
- отрицательный результат микроскопического и культурального исследования вагинального отделяемого после завершения курса лечения.

И о чем еще следует знать и помнить

Вагинальные инфекции сегодня уже не рассматриваются как сугубо местные патологические процессы, протекающие изолированно и не приводящие к нарушению репродуктивной функции женщины.

Уже получены достоверные доказательства, что **при бактериальном вагинозе и кандидозном вульвовагините в 7 раз увеличивается риск развития постабортного эндометрита и воспалительных процессов придатков матки.**

Эти инфекции являются факторами риска развития таких осложнений беременности, как **самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, много- и маловодие**. В процессе родов возрастает частота несвоевременного излития околоплодных вод, инфицирования плода при прохождении через родовые пути. В послеродовом периоде патогенная вагинальная флора может быть причиной пуэрперальных инфекций.

Поэтому, уважаемые читательницы, при обнаружении патологических белей не сидите дома, не занимайтесь самолечением, не спрашивайте совета у подруг, а быстрее идите к врачу. Мы желаем вам успехов и будьте здоровы!

Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



Актуальные проблемы ревматических болезней у детей

Е.В. Скударнов,
доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии №1
с курсом детских инфекций, Алтайский государственный
медицинский университет

В последние десятилетия изменилась структура системных заболеваний в детском возрасте. По данным Минздрава РФ, основанным на обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, отмечен интенсивный рост (в 1,2-1,5 раз) первичной заболеваемости практически всеми ревматическими болезнями, в том числе и системными заболеваниями соединительной ткани у детей. К болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани относят ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), ювенильную склеродермию (ЮС), системную красную волчанку (СКВ) и ювенильный дерматомиозит (ЮД).

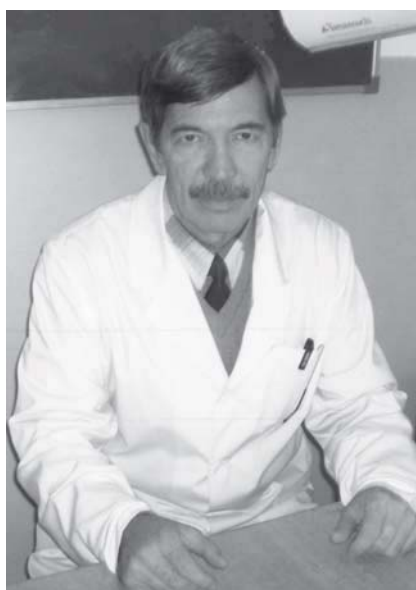
Ревматические болезни у детей относятся к аутоиммунным заболеваниям неуточненной этиологии, которая рассматривается с точки зрения мультифакторной концепции аутоиммунитета. Развитие данных заболеваний обусловлено взаимодействием инфекционных, генетических, эндокринных и внешнесредовых факторов при ведущем значении одного из них или чаще нескольких различных сочетаний.

При анализе показателей работы кардиоревматологического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы за 2000-2004 год нами отмечено увеличение числа больных с ревматическими заболеваниями. Так, в 2000 году ревматические заболевания (ЮРА, СКВ, ЮС, ЮД) составляли 12,1% от общего числа больных, находящихся на лечении в отделении, а в 2004 году количество детей

с данной патологией возросло до 30,2%. В то время как число пациентов с реактивными артритами колебалось от 10,5% (в 2000 году) - до 9,7% (в 2004 году). Наряду с этим за прошедший период отмечено снижение числа больных детей с ревматизмом - с 2,8% до 1,7%, что, вероятно, обусловлено как хорошей санацией хронических очагов инфекции, так и успехами терапии этого заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют об общей тенденции увеличения числа больных системными иммунокомплексными заболеваниями как в Российской Федерации, так и на территории Алтайского края.

Диагноз, поставленный в детском возрасте, предполагает серьезный прогноз. Ревматические болезни – это поистине тяжелое бремя для больного, семьи и общества.



Эти заболевания у детей имеют ряд особенностей, благодаря которым они отличаются от подобной патологии у взрослых:

- частый дебют заболевания в раннем детском и подростковом возрасте (в период максимальной гормональной перестройки организма);
- агрессивное злокачественное течение заболевания;
- склонность к прогрессированию и хронизации ревматического процесса, особенно при неадекватном лечении;
- отставание в физическом и половом развитии детей как результат тяжелого иммунокомплексного процесса;
- высокая частота развития тяжелой инвалидности в раннем детском возрасте.

Своевременно установленный диагноз и комплексная адекватная терапия могут значительно улучшить прогноз заболевания и предотвратить или уменьшить риск развития инвалидности детей.



Диагностика ревматических заболеваний основана на диагностических критериях: клинических, а также лабораторных (общих, иммунологических и серологических). Эта патология имеет некоторые схожие клинические симптомы, такие, как: **наличие интоксикации, воспалительных изменений со стороны крови, суставов, сосудистой стенки, поражения почек, сердца и других внутренних органов.** Поэтому больным показано полное комплексное обследование, а это требует от врача глубоких медицинских знаний и широкой врачебной эрудиции.

Лечение ревматических заболеваний – сложная терапевтическая проблема, и проводится оно в специализированных кардиоревматологических отделениях. Применение современных методов фармакотерапии определяет получение специальных знаний, информированности врача о возможных побочных действиях лекарственных средств. **Терапия системных заболеваний должна быть строго индивидуализирована,** зависеть от клинических проявлений и активности иммуновоспалительного процесса.

Базисная терапия данных заболеваний основывается на длительном применении цитотоксических препаратов, гидроксихлорина, Д-пенициллина сульфасалазила, нестероидных противовоспалительных препаратов. При недостаточной эффективности терапии назначаются глюкокортикостероиды, проводятся курсы гормональной пульс-терапии, плазмафереза, внутривенного введения иммуноглобулина. В комплекс лечения включают мембраностабилизаторы, антикоагулянты и дезагреганты, препараты калия, кальция и другие лекарственные средства, необходимость в которых может возникнуть в зависимости от наличия тех или иных осложнений. **Коррекция терапии должна проводиться на основании клинико-лабораторных показателей активности заболевания.**

Таким образом, диагностика и лечение ревматических заболеваний у детей в Алтайском крае остается актуальной задачей практического здравоохранения, которая может быть успешно решена совместными усилиями организаторов здравоохранения, врачей-кардиоревматологов, педиатров и других специалистов. Внедрение в практику современных научных технологий будет способствовать своевременной диагностике и успешному лечению этой тяжелой патологии детского возраста.

Гемофилия у детей

Термин «гемофилия» обозначает заболевания, при которых дефицит факторов свертывания приводит к появлению геморрагического синдрома, т.е. повышению кровоточивости. Выделяют врожденные и приобретенные формы гемофилии. Чаще всего встречаются врожденные формы гемофилии: гемофилия А (дефицит фактора VIII) и гемофилия В (дефицит фактора IX, болезнь Кристмаса).

Об этом заболевании мы попросили рассказать Виктора Ивановича Зайцева, кандидата медицинских наук, руководителя Центра детской гематологии/онкологии (Алтайская краевая клиническая детская больница).

Распространенность гемофилии составляет 13-14 больных на 10000 мужчин. В большинстве случаев заболевание носит наследственный (семейный) характер (70-90%) и только у 10-30% пациентов – спорадический.

- Виктор Иванович, что является причиной возникновения этой болезни?

- Гемофилию могут вызывать различные мутации генов, ответственных за синтез факторов VIII и IX. Поскольку гены обоих факторов находятся в X-хромосоме, **гемофилией страдают почти исключительно мужчины.** Все дочери больных гемофилией являются носителями аномальных генов, все сыновья – здоровы. Вероятность того, что сын матери-носительницы будет болен гемофилией, составляет 50%, и вероятность, что к ее дочери перейдут свойства носителя, также составляет 50%. Клинически выраженная патологическая кровоточивость развивается только у больных гемофилией. У женщин-носителей, которые наследуют нормальный аллельный ген от матери, обычно нет склонности к кровоточивости, но она может проявляться в послеоперационном периоде.

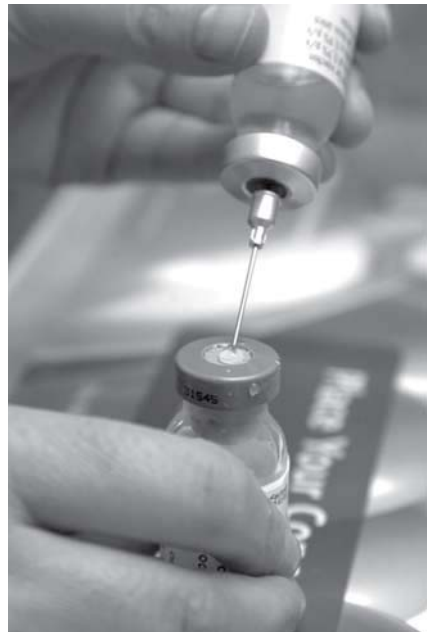
Тяжесть клинического течения заболевания находится в прямой зависимости от уровня фактора VIII или IX, что позволяет выделить четыре формы заболевания.

● **Тяжелая форма** – с уровнем фактора до 2%, характеризуется проявлением кровоточивости в раннем детском возрасте, выраженным геморрагическим синдромом с частыми пост-

травматическими и спонтанными кровоизлияниями в суставы.

● **Средней тяжести** – с уровнем фактора от 2 до 5%, с умеренно выраженным геморрагическим синдромом с кровоизлияниями в суставы, мышцы, почечными кровотечениями.

● **Легкая форма** – с уровнем фактора более 5%, отличается редкими и менее интенсивными кровотечениями. Клиническая симптоматика проявляется часто после серьезной травмы или операции.





◀ **Ингибиторная форма** – течение гемофилии характеризуется появлением в крови больного иммунных ингибиторов фактора VIII или IX, при этом гемостатическая терапия становится малоэффективной.

- Каковы основные клинические проявления гемофилии?

- Клинические проявления гемофилии характеризуются **кровозлияниями в крупные суставы конечностей, внутримышечными гематомами, длительными кровотечениями при травмах, удалении зубов, операциях.** Реже отмечаются забрюшинные гематомы, кровоизлияния в органы брюшной полости, желудочно-кишечные кровотечения, внутричерепные кровоизлияния.

Кровотечение у больных гемофилией возникает через несколько часов после травмы и, если не купируется, то может продолжаться в течение нескольких дней или недель. Склонность к кровотечениям может стать очевидной уже в неонатальном периоде (кефалогематома, кровотечение из пупочной ранки). Позже появляются кровотечения при прорезывании зубов или при ранении уздечки языка, гематомы в местах ушибов или внутримышечных инъекций. Наряду с этим, легкая форма гемофилии проявляется лишь минимальной кровоточивостью и может быть диагностирована в более зрелом возрасте при оперативных вмешательствах или значительных травмах.

Гемартрозы крупных суставов появляются тем раньше, чем тяжелее гемофилия. **При кровоизлиянии в сустав больной испытывает боль различной интенсивности, сустав увеличивается в размере, кожа над ним становится напряженной.** Кровь в полости сустава вызывает воспаление синовиальной оболочки, пострадавший сустав обычно становится местом повторных кровоизлияний, что приводит к разрушению суставного хряща и, как следствие, нарушению функций сустава.

Частые кровотечения и кровоизлияния у больных гемофилией приводят к **нарушению фосфорно-кальциевого баланса костей скелета и зубов.** Этим обуслов-

лена высокая распространенность и интенсивность кариозного процесса. Отсутствие правильного гигиенического ухода за полостью рта ведет к прогрессированию кариеса и необходимости удаления зубов, которая всегда, при отсутствии терапии, сопровождается интенсивным кровотечением.

- Раньше гемофилия приводила к ранней инвалидизации и даже смерти больного. А что сегодня медицина может предложить для облегчения течения болезни?

- В лечении больных гемофилией основным компонентом является адекватная заместительная терапия, позволяющая восполнить уровень дефицитного фактора в плазме. **В последнее время применяются высокоочищенные препараты concentra-**

тов факторов свертывания крови. Эти препараты изготавливаются из плазмы человека и проходят многоступенчатую процедуру очистки и вирусной инактивации, что позволяет свести практически к нулю осложнения и опасность вирусного заражения. И, наконец, в последние годы разработаны рекомбинантные (искусственно созданные) препараты, полностью исключающие риск инфицирования вирусами из человеческой крови.

Лечение по факту возникновения кровотечения остается, к сожалению, наиболее распространенным методом лечения больных гемофилией. Метод требует относительно небольшого количества препаратов, но большинство больных страдают прогрессирующей артропатией и дезадаптированы социально.

- Всем известно, что лучше болезнь предупредить. Существует ли какая-либо профилактика при гемофилии?

- Целью профилактики является поддержание активности дефицитного фактора на уровне около 5% от нормы, что позволяет избегать кровоизлияний в суставы. **Профилактическое лечение начинают обычно в возрасте от 1 до 2 лет.** Тактика профилактического лечения отличается в разных странах и зависит от экономических возможностей государства.

Лечение на дому рекомендуется больным с менее выраженным геморрагическим синдромом либо при ограниченных возможностях лекарственного обеспечения. Препарат концентрата фактора вводится сразу после травмы или при малейших признаках начинающегося кровоизлияния.

Последнее десятилетие стало свидетелем превращения гемофилии из фатального заболевания в полностью расшифрованное состояние, для которого существует рациональное и эффективное лечение, а учитывая грядущие достижения в развитии методов лечения этой патологии, можно предсказать, что новое тысячелетие станет свидетелем конца древнего недуга.





Еще раз о здоровье детей...

Рост и развитие детского организма – сложные циклические процессы, в основе которых лежит сокращенное повторение всей эволюции органического мира. Детский организм, развиваясь по сложнейшей, наследственно закрепленной программе, необратимо следует наиболее общей биологической потребности – достижению взрослого состояния, то есть достижению своего конечного роста и половой зрелости. Новые качества взрослого растущий организм приобретает обычно лишь после завершения основных процессов роста и развития.

Если мы хотим оценить рост и половое развитие ребенка, мы должны ответить на два важных вопроса: **имеет ли ребенок нормальные показатели для своего возраста; имеет ли он нормальную скорость роста и динамику половых признаков.**

Оценка показателей роста осуществляется по перцентильным шкалам, когда средние величины и разброс показателей представлены графически, при этом перцентили должны быть симметричны относительно медианы (50-й перцентили). В России для оценки роста детей от двух до 18 лет используют европейские стандарты, разработанные еще в 1976 году.

Средняя скорость роста на первом году жизни составляет **25-26 см в год**, на втором году – **11-13 см в год**, в 3-13 лет – 5-7 см в год, в пубертатном периоде – **8-13 см в год**.

Во всем мире оценка показателей полового развития производится по шкале Tanner, в которой стадия 1 соответствует препубертатному развитию ребенка и отсутствию вторичных половых,

стадии 4-5 соответствуют половозрелому статусу.

У девочек оценивается развитие молочных желез и вторичного оволосения, у мальчиков – размеры яичек с половым членом и вторичное оволосение. **Для каждого возраста характерен определенный набор половых признаков** (половая формула) в определенной последовательности их появления.

В целом, можно сказать, что начало развития половых признаков (инициация пубертата) происходит **у девочек в возрасте 8-13 лет, а у мальчиков – в 9-14 лет.**

Половое развитие является преждевременным, если

половые признаки появляются у девочек до 8 лет, у мальчиков – до 9 лет; и задержанным, если половых признаков нет у девочек после 13 лет, у мальчиков – после 14.

Дети с подобными отклонениями в своем развитии подлежат обязательному медицинскому обследованию.

Необходимо отметить, что **физическое и половое развитие очень тесно взаимосвязаны.** С одной стороны, для инициации пубертата нужны определенные физические параметры роста и веса, а с другой – у всех детей в течение 6-12 месяцев от появления первых половых признаков происходит уско-



А.А. Баканов,
главный внештатный
детский эндокринолог
края, врач высшей
категории

рение роста. Кроме того, именно половые различия в физиологии начала и динамики пубертата определяют тот факт, что в период 10-12 лет девочки значительно опережают в росте мальчиков, но их конечный рост, в среднем, в итоге на 8-13 см меньше.

Наличие заболеваний, отсутствие правильного питания, физические и эмоциональные воздействия могут влиять на рост и половое развитие ребенка. Нередко заболевания длительного времени могут проявляться исключительно задержкой роста и/или развития половых признаков. Другими словами, именно рост и половые признаки служат важными показателями для оценки состояния здоровья ребенка.



ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом

Оксана Васильевна Стефановская, Светлана Викторовна Пушкарева,
врачи эндокринологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница» *Занятие 7*

Поздние осложнения при сахарном диабете

Роль нормогликемии в развитии осложнений

Самое главное, что должен усвоить пациент с сахарным диабетом, это тот факт, что все осложнения при этом заболевании развиваются вследствие хронически повышенного сахара в крови.

Чтобы нагляднее в этом разобраться, представьте себе дерево: его ветви и мелкие веточки - это как раз те осложнения, которые подстерегают пациента с сахарным диабетом. Но ветки прикрепляются к стволу. Если не будет ствола - не будет и веток. Ствол - это повышенный уровень сахара в крови. Но и ствол, в свою очередь, не может расти без корней. Корни - это то, что питает наше дерево осложнениями: невыполнение рекомендаций по образу жизни с сахарным диабетом. При первом типе - это недостаток инсулина, неумение (или нежелание) контролировать уровень сахара в крови. При втором типе сахарного диабета - это несоблюдение рекомендаций по диете и режиму физических нагрузок; повышенная масса тела, ожирение.

Поэтому, если Вы начнете выполнять все наши рекомендации по образу жизни для пациентов с сахарным диабетом, то дерево осложнений засохнет; и те осложнения, которые угрожают Вам, не разовьются или их развитие будет приостановлено.

Как происходит развитие осложнений у пациента, который не выполняет рекомендации по образу жизни с сахарным диабетом?

Давайте разберемся. В первую очередь при сахарном диабете поражаются **мелкие сосуды** (капилляры) и **нервы**. Поражение капилляров при сахарном диабете происходит следующим образом: кровь становится более вязкой при хронически повышенном сахаре.

Сам кровеносный сосуд представляет собой полую эластичную трубку, которая может изменять свой диаметр и увеличивать или уменьшать количество крови, притекающей к тому или иному органу, в зависимости от его потребности. Стенка сосуда способна пропускать через себя вещества, необходимые для жизнедеятельности того органа, в котором находится сосуд. Если в сосудах постоянно, вместо жидкой крови, течет «сладкий сироп», то через некоторое время **начинается оседание «лишней» глюкозы на стенках сосудов**. Из-за этого нарушается проницаемость сосудов, то есть количество питательных веществ, которое поступает к органу, становится недостаточным.

Кроме этого, **нарушается эластичность сосудов**, они становятся ломкими, не могут изменять свой диаметр в зависимости от потребности органа. Легко травмируются - возникают местные мелкие кровоизлияния. В тех местах, где произойдут такие микротравмы сосудов, разрастается соединительная ткань (возникает своего рода «шрам»). За счет этой соединительной ткани утолщается стенка сосудов, а значит, количество питательных веществ, поступающих к органам, резко сокращается.

Следует напомнить, что сосуды и нервы имеются в любом органе, а значит, **при сахарном диабете страдает весь организм в целом**.

Надо сказать, что при сахарном диабете страдают и крупные сосуды - в них происходит более быстрое развитие атеросклероза, который сам по себе может привести к ряду осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, перемежающаяся хромота). **При хроническом повышении сахара в крови повышено также содержание холестерина и триглицеридов в крови, которые вызывают атеросклероз.**

Каждый пациент с сахарным диабетом должен два раза в год сдавать биохимический анализ крови на холестерин и триглицериды.

Конечно, все органы отличаются друг от друга. Поэтому в некоторых из них осложнения, связанные с сахарным диабетом, развиваются быстрее, а в некоторых - медленнее.

Какие же органы в первую очередь поражаются при сахарном диабете?

Мы начинаем с самого чувствительного органа, который может пострадать при сахарном диабете, - это наши **глаза**.

Строение глаза достаточно сложно. Оно соответствует той функции, которую глаз выполняет. Упрощенно его строение можно представить следующим образом: на пути света, проникающего в глаз, стоит хрусталик-линза, который изменяет свою кривизну, благодаря чему мы можем видеть и вблизи, и вдали. Главное свойство хрусталика-линзы - это его прозрачность.

Далее свет попадает на заднюю стенку глаза, где в сетчатке находятся клетки, способные перерабатывать энергию света в энергию нервного импульса, который по зрительному нерву поступает в мозг, где окончательно формируется зрительный образ. Эти клетки глаза работают интенсивнее всего. Поэтому они находятся в привилегированном положении - в плотную прилегают к сосудистой оболочке глаза, через которую и осуществляется питание этих клеток. Сетчатка просто лежит, как покрывало, прикрепляясь к задней стенке глазного яблока только в двух местах. То есть, между сетчаткой и другими структурами глаза нет прочной связи. Но, несмотря на отсутствие этой связи, она плотно прилегает к тем клеткам, из которых получает питание.

При сахарном диабете снижение зрения может быть вызвано катарактой или диабетической ретинопатией - диабетическим изменением глазного дна.

Если в капиллярах сетчатки течет «сладкая» кровь, клетки, которые ждут из сосудов питательные вещества, не могут их получить, поскольку сосуды «забиты» «лишними» углеводами. На поздних стадиях осложнения снижается острота зрения. Такое состояние сетчатки врачи называют - «**диабетическая ретинопатия**».

Любое кровоизлияние может вызвать отслоение сетчатки, ведь она

не связана прочной связью с окружающими тканями. А кровоизлияние очень легко может возникнуть, если сосуд поврежден вследствие повышенного сахара. Если такое состояние произойдет, то большая часть зрительных клеток сразу будет лишена питания и погибнет. Глаз утратит свою функцию - человек ослепнет.

Лечение диабетической ретинопатии - лазерфотokoагуляция.

Каждый пациент с сахарным диабетом должен два раза в год обследоваться у окулиста: обязателен осмотр глазного дна с расширенным зрачком в темной комнате.

Другая структура глаза - хрусталик-линза - тоже может утратить свои функции. Причина осложнений в этом случае та же - хронически повышенный сахар в крови.

Осложнение называется катарактой (помутнение хрусталика). При помутнении он утрачивает свое основное свойство - прозрачность, вследствие чего в глаз не проникает свет и зрение становится затрудненным.

Сосуды глаза расположены в непосредственной близости от хрусталика. Когда в крови уровень сахара в норме, с хрусталиком ничего не происходит. Если же уровень сахара в крови повышается и долго держится выше нормы, то «лишняя» глюкоза проникает в толщу хрусталика. Следом за глюкозой из сосудов уходят жидкость и минеральные соли. Накапливаясь в толще хрусталика, они вызывают его помутнение, развивается катаракта. При далеко зашедшей катаракте удаляют «грязный» хрусталик. Часто после такой операции пересаживают новый хрусталик, и пациенту придется носить очки.

Еще одно возможное осложнение сахарного диабета - **возникновение глаукомы** (повышение внутриглазного давления). Для лечения этого осложнения обычно прописывают капли в глаза, которые должны действовать на отток жидкости из глаза. Но, как и в случаях с отслоением сетчатки и развитием катаракты, никакие препараты не помо-

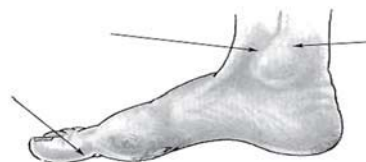
гут остановить или предотвратить осложнения, если не устранена основная причина этих осложнений - хронически повышенный уровень сахара в крови.

Тщательно следите за уровнем сахара в крови, чтобы предотвратить диабетические осложнения со стороны глаз. Очень важно проводить офтальмологическое обследование ежегодно!

Вы знаете, что при сахарном диабете часто развиваются **осложнения со стороны нижних конечностей**. Как и в любом органе, в первую очередь, в нижних конечностях поражаются мелкие сосуды и нервы.

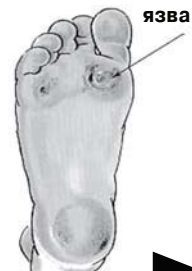
В зависимости от того, что поражается сильнее - сосуды или нервы, - различают три типа «**диабетической стопы**»: **ангиопатическую** (с преимущественным поражением сосудов), **нейропатическую** (с преимущественным поражением мелких нервов) и **смешанную** (когда и нервы, и сосуды поражены в одинаковой степени).

Между ангиопатической и нейропатической «диабетической стопой» существуют определенные различия. Стопа, в которой преимущественно поражают-



ся сосуды (ангиопатическая), холодная на ощупь, на сосудах стопы не определяется пульсация, трудно заживают раны. Даже мелкие царапины воспаляются и могут привести к гангрене стопы, в связи с чем ногу приходится высоко ампутировать. **Такое поражение стопы чаще встречается при втором типе сахарного диабета.**

Нейропатическая стопа (где преимущественно поражены нервные окончания) наощупь теплая, но ее чувствительность к различным внешним воздействиям постепенно снижается. В результате пациент может не почувствовать боль или высокую температуру и получить очень серьезные травмы



или ожого стопы. **Нейропатическое поражение стопы чаще встречается при первом типе сахарного диабета.** Но при таком поражении конечности ампутация не показана, поскольку ее можно избежать, принимая лекарственные препараты и соблюдая меры предосторожности.

Меры профилактики осложнений со стороны нижних конечностей включают в себя особенности ухода за ногами

Нельзя:

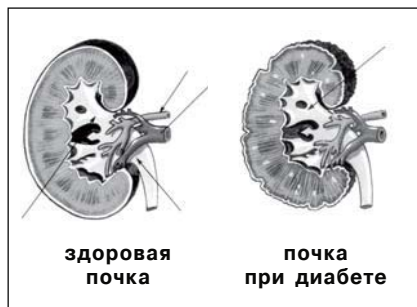
- согревать ноги при помощи горячих ванн, грелок, электроприборов;
- пользоваться для ухода за ногами острыми предметами: ножницами, лезвиями;
- пользоваться для удаления мозолей мазью или жидкостью или мозолевым пластырем, так как они содержат едкие вещества, могущие повредить кожу;
- носить тесную неразношенную обувь, обувь на высоком каблуке, ходить в помещении в уличной обуви длительное время, шнуровать обувь крест-накрест;
- ходить босиком;
- курить. Курение усиливает нейропатию.

Можно и нужно:

- согревать ноги при помощи шерстяных носков;
- ежедневно мыть ноги без мыла, после мытья тщательно вытирать пространство между пальцами, пользоваться не сушащим кожу кремом для ног с витаминами;
- ногти на ногах опиливать пилкой по прямой, при удалении мозолей пользоваться пемзой или специальным кремом;
- носить свободную обувь на невысоком каблуке, в помещении ходить в сменной обуви, новую обувь сначала постепенно разносить дома;
- правильно шнуровать обувь;
- делать гимнастику для ног;
- научиться правильно ходить;
- ежедневно осматривать ноги на предмет обнаружения повреждений;
- если вы поранили ногу, то ранку необходимо продезинфицировать и заклеить бактерицидным пластырем, любую ранку на стопе надо содержать в чистом и сухом состоянии;
- если вы обнаружили вокруг ранки признаки воспаления (припухлость, покраснение), то необходимо обеспечить ноге полный покой, обратиться к диабетологу для проведения курса антибиотикотерапии;
- в путешествиях всегда имейте при себе аптечку со всеми необходимыми для ухода за ногами принадлежностями.

1. осматривайте ваши стопы регулярно (используйте зеркало, если необходимо), мойте ноги ежедневно;
2. наносите увлажняющий крем на сухие участки, кроме промежутков между пальцами;
3. осторожно подстригайте ногти по форме пальца.
4. всегда измеряйте температуру воды в ванне;
5. носите удобную обувь;
6. регулярно посещайте врача.

При сахарном диабете могут поражаться почки. В организме они играют роль своеобразного сита, которое пропускает вредные и ненужные вещества, но при этом следит за тем, чтобы полезные вещества не выходили из организма.



И в почках в первую очередь поражаются мелкие сосуды, что приводит к нарушению функций почек (диабетическая нефропатия), при которой через них начинают «уходить» из организма полезные вещества (например, белки), и в первую очередь – самые мелкие белки – альбумины. Поражение почечных сосудов приводит к более легкому развитию инфекционных заболеваний (пиелонефрит).

Основной метод предотвращения развития осложнения со стороны почек при сахарном диабете – снижение уровня сахара в крови до нормы, при возникновении пиелонефрита основное лечение – антибиотики (при обязательной нормализации уровня сахара в крови).

При наличии повышенной массы тела регулярно следите за артериальным давлением: его повышение больше 135/85 мм рт.ст. негативно влияет на почки.

Нарастающим осложнением со стороны почек является хроническая почечная недостаточность. При возникновении отеков ограничивайте прием жидкости. Если отеки не уменьшаются, назначают мочегонные под контролем диуреза.

Необходимо два раза в год сдавать биохимический анализ крови на креатин и мочевину.



Следите за уровнем сахара в крови, чтобы предотвратить диабетические поражения почек.

Если при сахарном диабете начинают развиваться осложнения, значит, отсутствует полный и должный самоконтроль. **Каждый пациент с сахарным диабетом должен:**

- ◆ ежедневно и неоднократно контролировать уровень сахара в крови и/или в моче;
- ◆ поддерживать уровень сахара в крови в норме;
- ◆ два раза в год сдавать биохимический анализ крови на холестерин и триглицериды; мочевину и креатин;
- ◆ два раза в год обследоваться у окулиста: осмотр глазного дна с расширенным зрачком;
- ◆ не менее двух раз в год сдавать анализ мочи на определение в ней белка;
- ◆ регулярно следить за артериальным давлением;
- ◆ правильно и регулярно выполнять рекомендации по уходу за ногами;
- ◆ регулярно заниматься каким-либо видом физической нагрузки.

Мы уверены, что соблюдение этих рекомендаций позволит вам избежать всех осложнений, связанных с сахарным диабетом; или замедлить их развитие, что, в свою очередь, позволит вам вести полноценную, интересную и долгую жизнь.

От редакции.

Уважаемые читатели! Мы завершили цикл публикаций «Школы для пациентов с сахарным диабетом». Но это не означает, что к этой актуальной теме мы не будем возвращаться на страницах нашего журнала в следующих номерах. **Ждем ваших откликов, вопросов, советов.**

Общественная женская палата при главе администрации края 7 марта 2006 года



На заседании Общественной женской палаты

В завершение своего выступления **А.Б. Карлин** сказал:

- Позвольте мне сегодня пожелать всей Общественной женской палате и каждому лидеру продолжать их общественную деятельность с высокой меркой ответственности, достоинства, требовательности и осознанием значимости этой работы. Обозначив в качестве приоритетов участие в реализации национальных проектов, постараться использовать свой опыт, знания и авторитет на благо граждан Алтая, на благо России. Это мои к вам советы и пожелания. В свою очередь, я готов выслушать их и от вас.

На заседании выступили члены Общественной женской палаты: **Л.Г. Гуслякова**, доктор социологических наук, профессор; **Г.В. Кагирова**, доктор медицинских наук, главный педиатр края; **Н.Ф. Маркова**, руководитель клуба «Русские витязи», **Н.И. Меркулова**, председатель Совета женщин Центрального района г.Барнаула, **И.В. Козлова**, главный редактор нашего журнала.



Выступает главный педиатр края **Г.В. Кагирова**

Н.В. Евтушенко, главный акушер-гинеколог края, отмечена медалью Союза женщин России



Медаль Союза женщин России **Е.А. Троцкий** вручает глава администрации края **А.Б. Карлин**

По завершении заседания Общественной женской палаты при главе администрации края с губернатором **А.Б. Карлиным** своим заместителям, даны поручения:

- руководителям управлений внести предложения об организации в крае мониторинга социального благополучия семей, о целесообразности разработки краевой целевой программы «Здоровье алтайской семьи»;

- органам и учреждениям здравоохранения совместно с Общественной женской палатой при главе администрации края рассмотреть вопрос об организации проведения общественной экспертизы принимаемых в крае нормативных правовых актов (гендерный аспект);

- совместно с общественными женскими организациями обеспечить проведение по месту жительства разъяснительной работы с семьями по профилактике социально обусловленных заболеваний (туберкулез, алкоголизм, наркомания, ВИЧ/СПИД и др.).

А также другие поручения, касающиеся изучения возможности и внесения предложений по поддержке мелкого и среднего бизнеса, в которых могут участвовать матери-одиночки и многодетные матери, о создании в крае кадетских корпусов и организации системы постинтернатного сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; о предоставлении налоговых льгот негосударственным образовательным учреждениям.

Благодарность представителям

Представители журнала «Здоровье алтайской семьи» - это те люди, благодаря которым в социальные проекты нашего журнала вовлекается все большее число заинтересованных сподвижников, а число читателей журнала - неуклонно растет. Именно они, наши уважаемые представители, - неперенные участники круглых столов, тренингов, учебных семинаров и других акций, проводимых по инициативе нашего журнала.

По итогам работы в прошлом году нами определены Лидеры-2005. Это:

Арсеньева Нина Григорьевна, г.Рубцовск;
Мартышкина Алла Васильевна, Топчихинский район;
Ляпина Лидия Балтазаровна, Целинный район;
Буймала Елена Максимовна, Благовещенский район;
Карманова Ирина Юрьевна, Завьяловский район;
Злетова Марина Михайловна, Солонешенский район.

Именно их лидерские качества, поддержка администраций ЦРБ и коллектива медицинских работников позволили им стать призерами журнала.

В качестве поощрения некоторые представители этих лечебно-профилактических учреждений получили приглашения на **Демидовский бал-2006**, остальные награждаются ценными призами: **весами напольными, магнитолой, мобильными телефонами, методической медицинской литературой** и другими подарками.

Мы расширяем число наших представителей, по вопросам сотрудничества с журналом обращайтесь по нашему НОВОМУ адресу:

**656037 г.Барнаул,
ул.Чеглецова, За-306;
тел.39-87-79**

Схема проезда:

