

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№ 1 2 (4 8)

Д Е К А Б Р Ъ

2 0 0 6

ОТ РЕДАКТОРА



Дорогие друзья!

Давайте проводим 2006 год с самыми теплыми воспоминаниями и большими надеждами!

Для нашего журнала это был уже четвертый год его жизни, и, думаю, он был успешным.

Мы начали сотрудничество с целым рядом территорий края, а это значит, что новые общественные представители станут добрыми проводниками наших идей на местах.

Мы побывали на встречах со своими читателями в городах Заринске, Алейске и Камне-на-Оби, в Рубцовском, Калманском, Шипуновском, Каменском, Первомайском, Алейском, Заринском районах.

Мы приняли участие в краевой выставке «Человек. Экология. Здоровье». Получили приглашение на ВДНХ в г.Москву, где вместе с Общественной женской палатой при главе администрации края и Краевым советом женщин представляли Алтайский край на VI

Всероссийской выставке «Музы России».

Своеобразным фактом подтверждения общественного признания, в том числе и нашего журнала, расцениваю свое представительство от женских общественных организаций в Общественной палате Алтайского края, в ее Совете.

Мы продолжаем и развиваем заявленные нами социальные проекты:

- «Здоровая семья - это здорово!»,
- «Ответственное родительство»,
- «Школа артериальной гипертензии» и другие.

Мы приумножили число своих партнеров, но - что также важно - не потеряли прежних: Алтайское краевое научное общество кардиологов, Профессиональную ассоциацию средних медицинских работников, кафедру акушерства и гинекологии АГМУ, Краевой диагностический центр. Для женских общественных организаций, объединившихся в рамках социального партнерства в Общественную женскую палату при главе администрации края, журнал стал своеобразной общественной трибуной.

В уходящем году было еще очень много замечательных и важных дел.

Не умаляя значимости всего, нами вместе сделанного, дорогие друзья, спешу поделиться с вами еще одним радостным событием. Наши социальные проекты «Здоровая семья - это здорово!» получили, как значимые для общества, государственную поддержку! Распоряжением Президента Российской Федерации от 15 декабря 2006 года №628-р Краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие», созданный по нашей инициативе и с нашим участием, включен в список некоммерческих организаций - получателей средств федерального бюджета именно на проект «Здоровая семья - это здорово!».

Хочу пожелать нам всем, чтобы новый 2007 год стал для нас годом созидания, годом творчества и любви. Работа, друзья, отдых, увлечения - все это важно и значимо для нас. Но здоровье и семья - это, пожалуй, самое-самое дорогое.

Здоровья вам и вашим семьям! Здоровая семья - это здорово!



С Новым 2007 годом!



КРАСНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ
ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (48) декабрь 2006г.

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

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 -
Ольга Жабина
Дмитрий Зырянов
Отдел рекламы -
Татьяна Веснина,
Лариса Юрченко

Подписано в печать 27.12.2006г.
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

Открыть сердце внукам	2-4
О.М. Тырышкина. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки	5-6
Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь	7-8
Н.П. Братанова. Терем-Теремок, а кто в Тереме живет?.. ..	9-10
Мир и медицина	11
Ставьте ребенку «4-», а не «3+»	12
Мир и медицина	13
Лечение эрозии шейки матки	14
Он уже рядом... ..	15
В.И. Семенников. Про индивидуальную гигиену полости рта	16-17
Л.А. Школьникова, Н.М. Медведева. Почему мы себя не любим?!. (Еще раз о факторах риска)	18-19
Мир и медицина	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Делегаты ПАСМР, участники конференции: Д.В. Храменкова, И.В. Лушпа, О.И. Тутова. Конференция в Кемерове	21-22
Т.Г. Боткина, Ю.Е. Шихова. Особенности работы медицинской сестры при длительной катетеризации магистральных сосудов у тяжелообожженных	23-24
Дети и телевизор: что и сколько смотреть?	25-26
Мир и медицина	27
ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ (занятие 1). Н.А. Терещенко. Виды простудных заболеваний и их профилактика	28-30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Вкусная статистика	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Меню по темпераменту	35-36
Кефирная аптечка	37
Население и болезни	38
А.А. Шпилов. Неонатальный скрининг новорожденных	39-41
В.М. Горобченко, З.Ф. Акинина. Синдром срыгивания и рвоты у детей	42
Мир и медицина	43
Школа артериальной гипертонии. Научи учителя. 2006 год	44



Открыть сердце внукам

В краевом отделении Союза пенсионеров России накануне Всероссийского Дня матери состоялась встреча женщин - участниц «круглого стола». Тема, которую обсуждали «большие мамы», - роль бабушки в воспитании подрастающего поколения.

У многих участниц встречи - нелегкие судьбы, но они не поддались трудностям, выстояли, как всегда, энергичны и являются активными членами общественной организации пенсионеров. На заседании «круглого стола» состоялся заинтересованный разговор о необходимости возрождения лучших народных традиций воспитания детей в труде и нравственной чистоте.

«В эти праздничные дни много и вполне справедливо говорится о подвижническом труде матери, но при этом забывается о роли бабушки, которая является хранительницей семейных традиций, а нередко и главным воспитателем детей и подростков. У детей зачастую нет базы духовных ценностей. А кто эти ценности передаст? Только старшее поколение, в том числе бабушки, закладывающие базу

воспитания детей», - такими словами начала встречу председатель Правления краевого отделения Союза пенсионеров России **Надежда Михайловна Рудакова. Мария Васильевна Попова:**

«Внуки берут пример с нас»

В переводе с немецкого «бабушка» - это большая мама. Так оно и есть, ведь она проживает не только свою жизнь, но и жизнь своих детей, а потом внуков. У меня их трое, и все - мальчишки. Для двоих из них нам с мужем пришлось стать не только бабушкой и бабушкой, но часто заменять и родителей.

Первый наш внук, Антоша, родился, когда его папа служил в армии после окончания вуза, а мама закончила институт. И пришлось нашей семье взять на себя



обязанности по уходу и искусственному вскармливанию малыша. В течение дня мы по эстафете передавали заботу о нем: сначала бабушка, потом наша школьница-дочь, а вечером после работы и я. Мама Антошки успешно получила диплом, отец отслужил в армии. Своего другого сына они уже растили самостоятельно.

С ребенком дочери было сложнее. Во время беременности у нее обнаружили опухоль головного мозга. Опухоль удалили, но после операции дочь ослепла. Ее сыну было в то время 9 месяцев. Отец мальчика создал другую семью, живет вполне обеспеченной жизнью, отчисляя на воспитание своего первого сына мизерную сумму алиментов. А у нас на руках осталась больная дочь и маленький внук Дима.

Все эти годы мы не теряем надежду на выздоровление дочери, возим ее к лучшим специалистам страны и одновременно растим внука. Сейчас он уже заканчивает школу. Учится Дима хорошо, кроме того, закончил музыкальную школу, играет в школьном оркестре. Еще в семь лет он впервые стал участником конкурса «Играй, гармонь!», да и во всем другом активен. В семье у нас

считают, что в этом он берет пример с бабушки.

Я всегда была занята общественной работой. С удовольствием принимаю участие в школьных мероприятиях и в то время, когда учились дети, и теперь, когда учатся внуки. Совсем недавно, например, пригласили к внуку в гимназию №123 на заседание «круглого стола», участвовала в празднике, посвященном вручению паспортов. А в День матери вместе с нашим представителем Союз пенсионеров провели для школьников Индустриального района праздник «Мама» - лучше в мире слова нет». И, конечно же, как председатель домашнего комитета дома по улице Энтузиастов, 5, много внимания уделяю работе с детьми по месту жительства.

Наш внук Дима всегда самый заинтересованный в проведении всех конкурсов, праздников, соревнований и субботников, которые мы проводим в своем дворе. И когда люди говорят о том, что он вырос активным, добродетельным человеком, то это и есть оценка нам, его бабушке и бабушке.

Все знают, что наша семья отличается оптимизмом и нытье нам не пристало. Но вот о проблемах все же хо-





телось бы сказать, вернее, внести свои предложения. **Нам не нравится само слово «малоимущий». Можно ведь быть материально не обеспеченным, но душой богаче, чем самый богатый олигарх!** Статус малоимущего обижает нашего гордого внука Диму, и он уже третий год по этой причине отказывается питаться в столовой под этим статусом. И он такой не один. Может быть, стоит в старших классах помогать детям каким-то другим образом?

Нас беспокоит и дальнейшая учеба внука. Сейчас он очень хочет получить высшее образование, посещает дополнительные занятия, за которые мы платим ежемесячно по 1000 рублей. Но платное образование в вузе нам не потянуть. А кредит ему, как подростку, его маме, инвалиду I группы, и нам, пенсионерам, никто не даст. **Поэтому нужны какие-то дополнительные условия получения кредита на обучение одаренных детей из малообеспеченных семей.** Мы надеемся, что государственные власти продумают этот вопрос.

Людмила Николаевна Аганова:

«Каждый ребенок - талант»

«Не падать духом» - этот девиз был для нашей семьи главным. Он помогал жить моему отцу - инвалиду войны, моей маме, всю жизнь ухаживающей за слепым

безруким мужем, мне самой, оставшейся вдовой и потерявшей единственную дочь. А теперь я стараюсь, чтобы моя внучка Вика выросла мужественным и жизнерадостным человеком.

Сейчас ей 11 лет, и главное, что она усвоила в своей короткой жизни - ей доверяют. Я всегда внушала ей веру в себя, в свои возможности, потому что знаю, что каждый ребенок - талант. И надо просто вовремя поддержать его желания. Поэтому, когда в неполных пять лет моя внучка пошла и записалась в музыкальную школу, что находится в нашем дворе, я только порадовалась ее самостоятельности.

Так же по собственной инициативе Вика стала посещать воскресную школу при храме Александра Невского, и это ее нравственный выбор. Сейчас внучка учится в четвертом классе лицея №101, меня радует, что она успевает везде, хорошо учится, ее хвалят учителя, считая коммуникабельной, талантливой девочкой. А я считаю подарком судьбы наших учителей, не только заметивших ее способности, но и сумевших развить их. Общественным движением «Одаренный ученик - одаренный учитель» Вика занесена в «банк одаренных детей».

Мне же, ее бабушке, нужно соответствовать своей способной внучке. Поэтому стараюсь не просто интересоваться ее успехами, а принимать активное участие в

мероприятиях, которые проводятся в школах. Делаю это с искренним желанием, потому что знаю, что ребенок не терпит фальши и ему нужны распростертые объятия и раскрытое сердце. Вике уже немало пришлось пережить в своей недолгой жизни: умерла мать, бросил отец, умер любимый дедушка. И для меня сегодня важно, чтобы она знала: ее всегда с радостью ждут дома. Я даже, когда не могу встретить ее дома, оставляю в квартире записку, написанную с любовью и юмором. А встретившись вечером, мы не можем наговориться, рассказываем, как прошел день, что было интересного, делимся впечатлениями и мыслями, радуемся успехам друг друга. И это самые счастливые моменты моей жизни.

Галина Федоровна Остронкова :

«Будем друг с другом честными»

Я всю жизнь проработала в детском саду. И этот опыт помог мне в воспитании внучки. Так получилось, что родители отстранились от заботы о своем ребенке, и мне пришлось стать опекуном. Оксане было тогда только 5 лет, но я ей тогда сразу сказала: «Будем друг с другом честными». И мы никогда не отступаем от своего договора. А это значит, что не только моя внучка, но и я сама честно говорю о своих недостатках и промахах. Дети ведь все понимают, их

обмануть нельзя, и очень ценят, когда взрослые им не лгут. Стараюсь занять ребенка интересным делом. Я сама очень люблю шахматы. Както еще в самом начале нашей с ней жизни показала Оксане шахматные ходы, и сама очень удивилась, заметив, как быстро все внучка усвоила. А сегодня моя девочка уже участвует в городских и региональных соревнованиях шахматистов и занимает призовые места. Занесена в «банк данных одаренных детей». Одно трудно: не всегда у меня есть материальные возможности отправить ее на соревнования. А помощи на это, к сожалению, мы пока не получаем ни от государства, ни от спонсоров. Живем на мою небольшую пенсию и пособие на ребенка, переданного под опеку. С этого лета оно составляет около 3-х тысяч рублей. И, видимо, по этой причине нам отказали в бесплатном питании в школе. Мы стали считаться вполне обеспеченной семьей, что, к сожалению, далеко от настоящего положения дел.

Но мы с Оксаной не унываем. Учится она у меня отлично, успешно занимается в музыкальной школе, охотно участвует во всех мероприятиях. А я, в свою очередь, стараюсь подавать ей пример. Стала инициатором создания хора Союза пенсионеров, участвую в работе клуба «Оптимист», в спортивных соревнованиях и конкурсах. ▶





И всегда внимательно прислушиваюсь к мнению своей внучки, к ее чувствам и душевному настроению. Стараюсь сделать так, чтобы ей было интересно жить в обществе и в то же время тянуло домой. А потому, провожая ее в школу, нередко говорю, что по возвращении домой ее будет ждать сюрприз. Неважно, что это будет: открытка со стихами, любимое блюдо или новая игра, главное, чтобы это было интересно ребенку. Со временем и она стала готовить мне приятные сюрпризы.

Я горжусь ее многочисленными наградами за успехи в учебе, в соревнованиях. А она видит, что и ее бабушка также активна, пользуется уважением у своих товарищей и не обижена талантами. И такой наглядный пример - самый лучший воспитатель.

Вера Кузьминична Полянская:

«Мы в ответе за будущее»

Я родилась в большой крестьянской семье. И нас воспитывали в труде и уважении к старшим. Эти качества всегда старалась привить и своему сыну. Вырос активным, трудолюбивым и ответственным человеком.

И своему сыну, и моему первому внуку постаралась передать жизненный опыт и нравственные принципы старшего поколения. Но сегодня подрастает еще один мой внук. Он совсем маленький, и у меня душа болит за его будущее. Мы многое можем дать своим детям. Но как уберечь их от негативного влияния «улицы»? Дома мы, например, говорим, что нельзя сквернословить, и сами никогда этого не делаем. Ну а потом ребенок идет во двор, в детский сад, в школу. И что он там видит? Я живу в районе ВРЗ. Часто хожу мимо школы и слышу, как говорят ученики: из одного предложения без мата. А у меня характер такой, что никогда не пройду, не сделаю сквернословом замечание. А в ответ тебе такое наговорят! И при этом проходят учителя, даже не сделав своим подопечным замечания. То же самое в городском транспорте, на улице. Сделаешь замечание, тебя никто не поддержит.

Вот если бы, как говорится, всем миром взяться за борьбу с этим злом! И ведь есть хорошие примеры. Была я недавно у своих родственников в Белгородской области. Там принят местный закон, в соответствии с которым за сквернословие в общественных местах штрафуют. И это дает свои положительные результаты.

Своему маленькому внуку стараюсь в доступной форме объяснить вред алкоголя, курения. Знаю, что и в других семьях об этом говорят своим детям и внукам. Но откуда тогда у нас в стране 6 млн. наркоманов? Думаю,

что за проблему нужно незамедлительно взяться государству и обществу. **Органами власти должны быть приняты Законы, национальные программы, направленные на восстановление и развитие мер по трудовому и нравственному воспитанию детей и подростков.** А ведь многое в современном ребенке идет от неуверенности. И если раньше он мог черпать веру в свои силы, возможности и таланты, становясь октябренок, потом пионером, комсомольцем, то сегодня эта цепочка отсутствует. Ушли в прошлое пионерские лагеря и летние трудовые лагеря школьников, где дети учились жить в обществе, дружить, работать. В школах не стало самообслуживания, крайне редки субботники и трудовые десанты. А если еще учесть тот факт, что немало мам и пап не трудятся, живя на пособие по безработице, то неудивительно, что у нового поколения появляются изживенческие настроения, желания не заработать, а «срубить» легкие деньги. Сегодня эту возможность дают многочисленные игровые залы. **И поэтому мне непонятна позиция администрации, желающей предоставить место для размещения игрового бизнеса у нас в крае. Может быть, и будет получен доход, но какой ценой? Ценой нравственных потерь, деградации личности, и в первую очередь, молодежи.** Давайте лучше возрождать исторические и духовные ценности, развивая туризм, улучшая экологическую обстановку. Это будет более полезно и выгодно для нашего края и его людей.

Людмила Ивановна Нияскина:

«Главное - это семья»

Не надо винить во всех трудностях воспитания детей и внуков только школу и улицу. В первую очередь в ответе за их будущее родители. Мы с мужем, который был военным летчиком, всегда считали, что пока мы и наши дети вместе, ничто нас не сломит. **Еще в молодости поклялись друг другу, что никогда не оставим своих детей без заботы и внимания.** Когда при исполнении служебных обязанностей мой муж погиб, а я осталась одна с двумя маленькими сыновьями, то это обещание помогло мне выжить. Я никогда не чувствовала себя одинокой, ведь рядом были мои дети.

Переехали из далекого Азербайджана на родину, стала я трудиться на заводе, обзавелась знакомыми и друзьями. Но всегда на первом месте у меня были мои мальчики. С ними я ходила в театры, в кино, на праздники и в гости. Трудно, конечно, было, ведь мальчишки - народ озорной, особенно когда растут без отца. Была им и за отца, и за мать.

Старалась быть последовательной в своих требованиях, твердой и уж если наказывала их за проступки, то всегда выдерживала.

Память об отце у нас в доме священна. Дети, а теперь уже внуки, знают о нем, его жизненных принципах. И все мы, совершая тот или иной поступок, мысленно советуемся с ним, размышляем о том, как бы он поступил в той или иной ситуации.

Некоторые мамы, оставаясь без мужа, стараются побыстрее вновь выйти замуж, не думая, как повлияет этот брак на детей. Были такие возможности и у меня. Но я всегда ставила на первое место детей, а уж потом - свое личное счастье. Да и могло ли быть это счастье, если бы мои ребята чувствовали себя обделенными вниманием?

Оба моих сына получили высшее образование, женились. У меня трое уже взрослых внуков. В свое время разъехались по разным городам. Скучали друг без друга, пока не поняли, что жить надо вместе. Переехали мои дети ко мне, в Барнаул. И сегодня я вновь рядом со своими детьми и их семьями. Всегда помогаем друг другу, живем общими интересами и заботами. А теперь уже мои внуки перенимают наши семейные традиции.

И еще об одном хотелось бы сказать. Мы, мамы, бабушки, нередко замыкаемся в себе и своих проблемах. И в то же время так хочется выговориться, чтобы тебя выслушали, помогли советом. Любые неформальные формы общения - семейные клубы, другие встречи по интересам, даже такие беседы за «круглым столом» - предоставляют эту возможность. И было бы хорошо, если бы такие мероприятия шире практиковались в нашем городе и крае.

Редакция благодарит за возможность ознакомиться с мнением участников встречи в Отделении Союза пенсионеров России заместителя председателя правления РООО «Союз пенсионеров России» по Алтайскому краю Т.М. Иванову.

ОТ РЕДАКТОРА

Месячник активных действий в поддержку отцовства, материнства и детства в честь Дня матери объявлен Общественной женской палатой при главе Администрации края. В городах и селах прошло очень много добрых и содержательных мероприятий, где прозвучали обращения и предложения к власти, общественным организациям.

Ваши предложения Вы можете направлять в Общественную приемную Женской палаты по адресу: **г. Барнаул, ул. Партизанская, 94, офис 104, т/ф 65-78-93.**



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки



**Ольга Михайловна
Тырышкина,**
заместитель главного врача
КГУЗ «Диагностический центр
Алтайского края» по
консультативно-диагностической
деятельности и охране
материнства и детства,
акушер-гинеколог высшей
квалификационной категории

Патологические процессы в шейке матки, обнаруживаемые у больных различными гинекологическими заболеваниями, наряду с болезнями влагалища, занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости.

Доброкачественные (неопухольные) заболевания шейки матки бывают различные по этиологии и морфологии, процессы, при которых происходит гиперплазия эпителиальных клеток, образование желез, возникновение полипов, эрозии, папиллом, лейкоплакий.

Различают следующие виды доброкачественных заболеваний шейки матки:

◆ **истинная эрозия шейки матки** - дефект экзоцервикса (слизистая, покрывающая влагалищную часть шейки (выстлана многослойным плоским эпителием – МПА)), возникает в результате воспалительного процесса, химического воздействия, диатермокоагуляции или радиационной терапии;

◆ **эктопия** (псевдоэрозия) - перемещение цилиндрического эпителия (ЦЭ) из эндоцервикса (слизистая цервикального канала, представленная цилиндрическим эпителием) на экзоцервикс;

◆ **полипы цервикального канала** - выросты стромы эндоцервикса, покрытые ЦЭ;

◆ **эктропион** - патологический выворот слизистой цервикального канала;

◆ **эндометриоз шейки матки** - наличие эндометриоидных гетеротопий на экзоцервиксе.

Выделяют пять основных групп этиологических факторов, приводящих к возникновению доброкачественных заболеваний шейки матки (Прилепская В.Н. и др., 2002):

◆ генетические;

◆ механические травмы и химические воздействия на шейку матки;

◆ гормональная недостаточность функции яичников;

◆ инфекционные заболевания шейки матки и влагалища, особенно вирусной и хламидийной этиологии;

◆ нарушение иммунного статуса.

Многочисленные современные классификации патологических процессов шейки матки

основаны на данных кольпоцитологии, цервикоскопии и результатах гистологического исследования.

Международной классификацией болезней ВОЗ (1995г.) выделяются следующие группы доброкачественных заболеваний шейки матки:

- ◆ **воспалительные** (цервицит, эндоцервицит, экзоцервицит с наличием эрозии, эктропиона и без них);
- ◆ **невоспалительные заболевания шейки матки** (эндометриоз, полипы, лейкоплакия, разрывы, стриктуры и др.);
- ◆ **предраковые заболевания** (дисплазии).

Отечественные классификации разделяют все заболевания шейки матки на:

- ◆ **фоновые**, к которым относят невоспалительные процессы (эктопии, полипы, папилломы, лейкоплакии, эндометриоз),



- ◆ **воспалительные** (эрозии цервицита) и посттравматические (разрывы, эктропион, свищи);
- ◆ **предраковые процессы** (дисплазии);
- ◆ **рак шейки матки.**

Несмотря на проводимые методы обследования и лечения при патологических процессах в шейке матки, рак шейки матки в крае не имеет тенденции к снижению: в 2003г. - **19,0**; в 2004г. - **18,2**; в 2005г. - **19,6** случаев на 100 тысяч женского населения при показателе в РФ в 2004 году - **16,6**.

Проблеме наиболее эффектив-

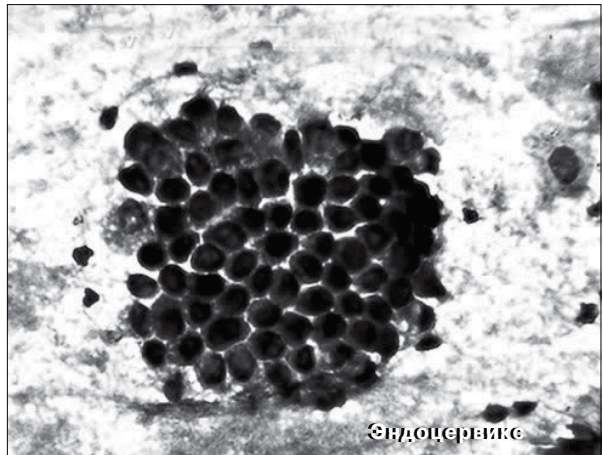
ных методов лечения патологии шейки матки посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных специалистов.

Специальный симпозиум в рамках V Международного Конгресса по вопросам репродукции (Хельсинки, 1992г.) подвел итоги сравнительного изучения эффективности хирургических методов лечения факультативных и облигатных предраковых заболеваний шейки матки в различных странах мира, продемонстрировав весьма высокую эффективность традиционных хирургических операций (различные модификации ампутиаций шейки матки и пластики ее), электрохирургические (эксцизия), лазерной и криодеструкции.

Наиболее радикальной и абластичной, по данным различных исследователей, была признана электрохирургическая эксцизия шейки матки, весьма эффективная и при нулевой стадии рака шейки матки (Ca in situ).

Наряду с этим были показаны и негативные стороны всех методов деструкции, после которых образуется очаг термического поражения окружающих тканей.

Развитие радиохирургии, использующей режущие свойства радиоволн, позволяет нивелировать указанный недостаток электрохирургического метода, сохранив присущий ему радикализм в силу практически неограниченной глубины действия.



Показаниями для радиохирургического метода лечения являются:

- ◆ рубцовые деформации шейки матки вследствие разрывов ее в родах;
- ◆ эрозированный эктропион,
- ◆ цервицит,
- ◆ гипертрофия одной или обеих губ шейки матки,
- ◆ аденомиоз шейки матки
- ◆ эктопия цилиндрического эпителия,
- ◆ эрозированный эктропион,
- ◆ лейкоплакия,
- ◆ эритроплакия,
- ◆ дисплазия I степени.

Необходимым условием при проведении данного метода лечения являются: наличие цитологического исследования на ОЦ, мазок на степень чистоты, результаты цервикокольпоскопии с гистологическим или цитологическим заключением.

Проводится данная манипуляция на 1-2 день после менструации.

Радиохирургическое лечение проводится после лечения воспалительных заболеваний и вагиноза с обязательным восстановлением нормального биоценоза гениталий.

Данное исследование проводится в условиях КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» на внебюджетной основе.

**Контактные телефоны
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852)26-15-20; 26-17-44, 26-17-23.
Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а**



Мы достаточно много говорим о здоровом питании, о диетах, о культуре питания. Безусловно, это очень важно. Недавно меня совершенно потрясла информация, которую, ссылаясь на официальную статистику, привела моя коллега: «Лидером продаж среди лекарственных препаратов в России являются – но-шпа и мезим». Даже не принимая во внимание то, что в США и других развитых странах Западной Европы наиболее покупаемы препараты, нормализующие уровень холестерина, т.е. влияющие на качество, прогноз предстоящей жизни... Сам по себе факт потребления именно таких препаратов – заставляет задуматься. В том числе и поэтому мы начинаем цикл публикаций о проблемах, которые могут возникнуть при заболеваниях органов пищеварения. Сегодня наш разговор – с *Тамарой Григорьевной Лесовской*, врачом-гастроэнтерологом высшей квалификационной категории, сотрудником отделения гастроэнтерологии Краевой клинической больницы.

Тема нашего разговора сегодня -

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ рефлюксная болезнь

За последние десятилетия гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) рассматривается как один из самых актуальных разделов внутренней медицины и гастроэнтерологии.

Актуальность проблемы ГЭРБ определяется:

- ♦ высокой распространенностью;
- ♦ утяжелением клинического течения (за последние 10 лет в три раза возросли случаи тяжелых форм рефлюкс-эзофагитов);
- ♦ увеличением числа грозных осложнений, пищеводных кровотечений, предраковых изменений слизистой оболочки (СО).

- Что такое ГЭРБ?

- ГЭРБ – это хроническое заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием (рефлюксом) в пищевод кислого (желудочного) и (или) щелочного (дуоденального или тонкокишечного) содержимого.

ГЭРБ относится к группе кислотно-зависимых заболеваний, поскольку соляная кислота (НСI) желудка выступает основным патогенетическим фактором развития клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ. И ос-

новным способом лечения ГЭРБ становится подавление ее выработки.

- Если схематично, то что происходит при ГЭРБ?

- Не углубляясь в подробности, можно объяснить так. Давление в пищеводе снижается до уровня давления в желудке, и именно в этот момент происходит рефлюкс (заброс) желудочного содержимого в пищевод. В результате чего снижается рН в пищеводе и развиваются характерные симптомы и (или) повреждения пищевода.

Важными факторами, принимающими участие в патогенезе ГЭРБ, являются:

- ♦ нарушение моторики пищевода и желудка;
- ♦ изменение резистентности слизистой оболочки пищевода;
- ♦ «агрессивность» компонентов желудочного содержимого (НСI, пепсин, желчные кислоты).

Как правило, при ГЭРБ слизистая оболочка пищевода более чувствительна к действию кислоты и пепсина, чем в норме, а уровень рН < в 4 раза в пище-

воде и поддерживается на протяжении более чем 4%-6% времени суток.

- Что способствует развитию этого заболевания?

- К факторам, предрасполагающим к ГЭРБ, относятся:

- ♦ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД);
- ♦ курение;
- ♦ употребление кофе, шоколада, жиров, цитрусовых, томатов, алкоголя;
- ♦ прием лекарств (нитраты, антагонисты Са, бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, антихолинэргические препараты, теофиллин), снижающих давление (НПС);

♦ повышенное внутрибрюшное давление (избыточный вес, ИМТ более 30, беременность).

- Как проявляется это заболевание? Что обычно беспокоит?

- Типичные симптомы при ГЭРБ:

- ♦ изжога – наиболее характерный симптом, встречается у 83% больных и возникает в результате длительного контакта кислого (рН<4) желудочного содержимого со слизистой пищевода;
- ♦ срыгивание пищи (регургитация);
- ♦ отрыжка (наблюдается у 52% больных);
- ♦ боль при глотании и прохождении пищи по пищеводу (одинофагия), в 19% случаев;
- ♦ ощущение затруднения или препятствия при прохождении пищи по

пищеводу (дисфагия), как правило, при формировании пептической структуры пищевода, в 19% случаев.

Клинически ГЭРБ часто проявляется болью за грудиной (25% больных), болезненными ощущениями в проекции пищевода с иррадиацией в шею, челюсть, спину, межлопаточное пространство, а также эпигастралгией (35% больных) с локализацией боли в области мечевидного отростка.

Чаще симптомы усиливаются после еды, при погрешностях в диете, переизбытке, приеме алкоголя и газированных напитков, физическом напряжении, наклонах, в горизонтальном положении тела и в ночное время.

К другим симптомам ГЭРБ можно отнести ощущение кома в горле при глотании, боль в нижней челюсти, жжение языка, избыточную саливацию (слюноотделение) во время сна. Редким проявлением ГЭРБ может быть икота.

Необходимо тщательно анализировать время и причины появления клинических симптомов. В случаях ГЭРБ они возникают при наклонах, в горизонтальном положении, сочетаются с изжогой, отрыжкой, прекращаются при приеме антацидов, глотка воды.

- Чем опасно такое состояние?

- При прогрессировании заболевания развиваются осложнения, такие, как:

◆ Стриктура пищевода – сужение пищевода из-за воспаления, формирования рубцовой ткани (у 1,2%-20% больных ГЭРБ).

◆ Язва пищевода – дефект слизистой оболочки пищевода вследствие воздействия агрессивных компонентов желудочного сока не только на слизистую оболочку пищевода, но и на подслизистый слой.

◆ Кровотечение из эрозийных язв пищевода (чаще у больных, перенесших оперативные вмешательства, и престарелых пациентов).

◆ Пищевод Баррета (замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода цилиндрическим эпителием нередко с явлениями кишечной метаплазии). Дисплазия высокой степени служит маркером риска развития опухоли (аденокарциномы пищевода).

- Какие исследования обычно проводят пациентам?

- Для постановки диагноза, кроме оценки клинической картины, врачи рекомендуют проводить следующие исследования:

1. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) - эндоскопию с целью выявления и классифицирования эзофагита, диаг-

ностирования пищевода Баррета, выполнения биопсии (при необходимости).

2. Суточную – 24-часовую рН.

3. Манометрию – с целью измерения давления НПС. Давление менее 10 мм рт.ст. указывает на повышенную подверженность пищевода действию агрессивных компонентов желудочного сока. Метод имеет значение для решения вопроса об оперативном лечении ГЭРБ.

4. Рентгенологическое исследование (обязательно при наличии дисфагии) с целью определения органических изменений: стриктуры пищевода, язвы пищевода.

- Каковы основные принципы лечения ГЭРБ?

- Лечение должно быть направлено на уменьшение рефлюкса (заброса содержимого из желудка в пищевод), снижение повреждающих свойств рефлюктата, защиту слизистой оболочки пищевода.

Цели лечения, которые мы ставим:

◆ Максимально быстрое облегчение симптомов.

◆ Заживление эзофагита.

◆ Предотвращение рецидивов и осложнений ГЭРБ.

Обязательной предпосылкой эффективного рефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ следует считать изменение образа жизни и привычек:

◆ исключение курения;
◆ нормализация массы тела;
◆ избежание переизбытка, прекращение приема пищи за 3-4 часа до сна;
◆ отказ от употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца, алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков;

◆ подъем изголовья кровати на 15 см;

◆ отказ от тугих одежды;

◆ предупреждение больных о побочном действии лекарств, снижающих тонус НПС (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты Ca). А также могут сами явиться причиной воспаления (НПВС, доксициклин, хинидин).

Очень часто больные пренебрегают советами врача и прерывают лечение, как только почувствовали облегчение. Обращаю ваше внимание на необходимость проведения длительной основной - не менее 4-8 недель - и поддерживающей (6-12 месяцев) терапии.

При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень высока.

На заметку



Боль можно победить силой мысли

Наблюдая за изменением активности центров болевой чувствительности головного мозга на изображениях, полученных на магнитно-резонансном томографе, человек может контролировать собственные болевые ощущения.

В ходе проведенного британскими учеными эксперимента, в котором приняли участие 36 добровольцев, разделенных на три группы, кисти рук испытуемых подвергались температурному воздействию, способному вызвать болевые ощущения. Сила воздействия варьировалась в зависимости от индивидуальной чувствительности каждого участника эксперимента.

Одновременно первой группе испытуемых было предложено понаблюдать за полученными на магнитно-резонансном томографе изображениями изменения активности центров болевой чувствительности собственного головного мозга. Другой группе участников такие изображения не предлагались, а третья группа получила изображения отделов головного мозга, не имеющих отношения к чувству боли.

Всем 36 участникам эксперимента было предложено попытаться победить чувство боли при помощи несложных методов психической концентрации: например, думать о продолжающихся болевых импульсах как об относительно приятном ощущении. Участники, имевшие перед глазами правильные изображения центров болевой чувствительности, справились с поставленной задачей значительно лучше чем те, кто вообще не получил, либо получил неправильные изображения.

Полученные результаты дают основания рассчитывать на разработку новых методов лечения, способных облегчить состояние больных, страдающих хроническими болями.



Терем-Теремок, а кто в Тереме живет?..



Одно из самых старейших дошкольных образовательных учреждений в г.Новоалтайске – это детский сад №5 «Теремок». В декабре он отметил свое 45-летие! А с 2004 года «Теремок» получил статус Центра развития ребенка.

В 2001 году детский сад участвовал во Всероссийском конкурсе и получил Диплом «Детский сад года». В 2004 году ДОУ №5 Новоалтайска стало победителем Федерального конкурса социальных проектов «Социальный форум» по теме «Социальная адаптация детей с ДЦП». В этом же году «Теремок» стал победителем городского конкурса «Цвети наш город родной!» Через год д/с №5 – победитель краевого конкурса «Юный художник». И уже третий год подряд – победитель городских соревнований «Сильные, смелые, ловкие».

О социально-эмоциональной адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата рассказывает Наталья Петровна Братанова, заведующая МДОУ №5 «Теремок» г.Новоалтайска, педагог высшей квалификационной категории, Почетный работник общего образования:

- В нашем городе более 40 детей имеют диагноз ДЦП. Если здоровые дети имеют возможность посещать детские сады, школы, учреждения дополнительного образования и т.д., то дети-инвалиды ограничены в получении разного рода информации, они не имеют возможности развивать свои способности, приобретать навыки активного проживания разнообразных проблем и жизненных ситуаций. Дети с ДЦП, учитывая их состояние, мало общаются друг с другом, проводят практически все время в условиях только своей семьи.

Коллектив нашего детского сада считает, что это несправедливо. И поэтому с августа 2004 года в нашем детском саду была организована группа кратковременного пребывания для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной целью ее создания является организация условий в ДОУ

для социально-эмоциональной адаптации детей с ДЦП.

В качестве основных задач были определены следующие: оказание своевременной систематической медико-психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями и их родителям в удобное для них время; вовлечение детей в коррекционно-развивающий образовательный процесс ДОУ; развитие речевого общения у детей с ДЦП с окружающими сверстниками и взрослыми.

Мы изучили опыт работы ДОУ №107 г.Барнаула, ДОУ №22 г.Воркуты, ДОУ №24 г.Краснодара. У нашего педагоги-

ческого коллектива накоплен и свой опыт работы по социально-эмоциональному развитию дошкольников, так как на базе детского сада работает городская экспериментальная площадка по данной проблеме. Руководит экспериментальной деятельностью кандидат педагогических наук, доцент кафедры дошкольной педагогики Т.Д. Пашкевич.

С детьми с ограниченными возможностями работают педагоги ДОУ, имеющие высшую квалификационную категорию: логопед, педагог-психолог, инструктор по физической культуре, воспитатель по изобразительной деятельности, музыкальный руководитель, медицинская сестра. На каждого ребенка заведена индивидуальная карта развития, в которой педагоги отражают социальный, физический, познавательный уровень и дают рекомендации их родителям. **С детьми проводятся не только индивидуальные занятия, но и игры, театрализованные представления, праздники совместно со здоровыми детьми.** Также общение со здоровыми детьми происходит во время экскурсий, прогулок, игр, проведения выставок, подготовки показа театральных постановок. Дети с ограниченными возможностями и их родители участвуют в разнообраз-



ных выставках: рисунков, поделок, цветов, семейных газет и журналов, «Паспортов семьи» и т.д.

Особое внимание уделяется созданию условий для развития мелкой моторики детей, приобрели: мелкий конструктор, мелкие игрушки, паззлы, материал, рекомендуемый методикой Монтессори. Систематически проводится реабилитационная работа; комплекс упражнений, направленных на формирование мышечного корсета, на развитие моторики рече-двигательного аппарата.

Дети с ограниченными возможностями в детском саду посещают сеансы вибрационного массажа, ультразвука, электрофареза, общеукрепляющей процедуры для улучшения соматического состояния. Для расслабления мышц детей приобретен сухой бассейн.

Создание группы кратковременно пребывания позволило обеспечить возможность постоянного общения детей-инвалидов друг с другом и со здоровыми детьми. Дошкольники воспринимают детей с ограниченными возможностями такими, какие они есть, идут с ними на контакт, видят в них партнеров по игре; они умеют проявить сострадание, взаимовыручку, взаимопомощь.

Эффективность создания группы кратковременного пребывания для детей с ДЦП оценивается по следующим результатам:

- ◆ удовлетворенность родителей условиями пребывания детей в ДОУ;
- ◆ улучшение эмоционального состояния детей;



- ◆ улучшение показателей физического и соматического здоровья детей;
- ◆ повышение интереса детей к процессу рисования, лепки, аппликации, музыкальной деятельности и т.д.;
- ◆ проявление интереса и желания детей взаимодействовать со здоровыми детьми в разных видах деятельности;
- ◆ повышение интереса здоровых детей к проблемам детей-инвалидов.

Хотелось бы сказать о наших педагогах: 13 сотрудников садика имеют высшую квалификационную категорию, пятеро – первую и два педагога - вторую. Высшим знаком отличия «Почетный работник общего образования» награждены **И.М. Стрельчик, И.М. Федорова, В.М. Татаринцева, Н.П. Братанова и А.В. Выходцева**. В детском саду трудятся отличники народного просвещения - **Н.Г. Ворожцова и А.В. Лесковец**, а **Ю.С. Коляева и Л.П. Кудрявцева** имеют грамоты Министерства образования и науки РФ.



На заметку



Избавиться от «лишнего» холестерина

Грецкие орехи не только вкусны, но и являются идеальным холестеринснижающим средством. Они богаты омега3-жирными кислотами, которые содержат жирные сорта рыбы – лосось, тунец и ряд других. Омега3-жирные кислоты снижают уровень наиболее вредных жиров, которые откладываются на стенках сосудов и способствуют их закупорке.

Больные с сахарным диабетом второго типа были разделены на группы. Все пациенты придерживались диеты с ограниченным содержанием жира, которая включала рыбу, фрукты и овощи. Пациенты одной из групп дополнительно съедали 30г орехов (примерно 6 цельных орехов) ежедневно. У пациентов всех групп отмечались позитивные изменения показателей липидного обмена. Однако у «пожирателей» орехов данные изменения были существенны. У всех пациентов отмечено повышение содержания холестерина высокой плотности (HDL), но только прием орехов приводил к снижению в сыворотке крови содержания холестерина низкой плотности на 10% концентрации (плохой холестерин - LDL, который способствует тромбообразованию).

Орехи являются ценным источником магния, цинка, меди и полиненасыщенных жирных кислот, витамина В6, обладают антиоксидантной активностью. Кроме того, потребление орехов снижает тягу к простым углеводам. Запеченные орехи не теряют своих полезных качеств. Тем не менее, не следует поджаривать пищу на ореховом масле. При высоких температурах ореховое масло становится токсичным. Рекомендуется хранить орехи в морозильнике - желательно в герметическом контейнере. Недельную порцию орехов по мере необходимости извлекают из емкости. Именно такие условия позволяют наилучшим образом сохранить антиоксидантные свойства грецких орехов.

Ученые советуют регулярно перекусывать орехами в течение дня и добавлять их в состав салатов, овощных блюд, йогуртам и даже в супы.



Про индивидуальную гигиену полости рта

Владимир Иванович Семенников,
 профессор, заведующий кафедрой хирургической
 стоматологии, Алтайский государственный
 медицинский университет, г.Барнаул

Известная поговорка «в здоровом теле - здоровый дух» у меня ассоциируется со свежим дыханием. И действительно, состояние органов полости рта и челюстно-лицевой области теснейшим образом связано с состоянием всех жизненно важных органов, так как полость рта является начальным отделом пищеварительного тракта, дыхательной системы, обоняния, фонации. Поэтому от состояния здоровья органов полости рта зависят многие стороны человеческой жизни, влияя на престиж, успех в работе и личной жизни, создавая приветливый и привлекательный вид, настроение и сексапильность человека. Поэтому не перестаешь удивляться, когда видишь просто человека и даже врача с разрушенными и отсутствующими зубами, обильными зубными отложениями, кровоточащими деснами и зловонным запахом изо рта.

Анализируя причины этого нездоровья, можно сделать вывод, что такое состояние возникает из-за незнания, неумения, страха и просто глупости человека, поэтому он не обращается за лечением к стоматологу.

Это наблюдается повсеместно у нас в стране. **Почему же сложилась такая ситуация?** Очевидно, что это и проявление заботы государства о состоянии здоровья человека. Если во всем мире профессия врача является элитарной, то у нас это - просто «обслуживающий персонал» с соответствующим социальным положением и заработной платой. Поэтому, **«спасение утопающих – дело рук самих утопающих», тем более, что состояние здоровья на 50% зависит от самого человека.**

Перефразируя известную поговорку «береги платье снову, а честь смолоду», скажу: «береги здоровье смолоду», потому что в жизни все можно купить, за исключением одного – здоровья.

Всем известно, что болезнь лучше предупредить, чем лечить. Поэто-

му профилактика заболеваний органов полости рта должна занять базовую позицию. И в этом вопросе основное значение имеет гигиена полости рта.

Чтобы осознать роль индивидуальной гигиены полости рта, необходимо знать, что микробное обсеменение органов полости рта является самым большим в организме человека – более 20 млн. микроорганизмов. Вся микробная флора подразделяется на **постоянную непатогенную**, т.е. не вызывающую различные заболевания и необходимую для нормального функционирования органов полости рта и челюстно-лицевой области, и **патогенную** – наоборот, вызывающую различные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области.

Вся микробная флора поступает в полость рта извне, особенно в первые часы и дни жизни новорожденных. Следует отметить, что внесению микробной флоры способствуют отрицательные моменты: поцелуи родителей и родственников, облизывание ими сосок пе-



ред тем как дать их ребенку, проба пищи с ложки или соски перед кормлением. Это способствует развитию «молочницы», афтозного стоматита, кариозному поражению зубов и т.д. И затем этот процесс не прекращается на протяжении всей жизни.

Качество и количество микробной флоры обуславливают подверженность или устойчивость зубов к кариесу. В то же время уровень микробной обсемененности непосредственно связан с качеством гигиены полости рта, проводимой сначала родителями, потом самим ребенком под контролем взрослых.

Поэтому ответ на вопрос «зачем необходимо чистить зубы?» очевиден: «чтобы предотвращать интенсивное развитие патогенной микробной флоры, размножающейся на остатках пищи и мягком зубном налете, скапливающемся на поверхности зубов, в межзубных промежутках, складках слизистой и языке».

Поэтому и рекомендуется проводить гигиену полости рта после каждого приема пищи путем использова-



С Новым 2007 годом!



ния полосок, зубочисток, флос-сов-нитей для очистки межзубных промежутков, а также жевательной резинки сразу после приема пищи или в течение 15-20 минут после него. А применение зубных щеток и зубных паст рекомендуется не менее двух раз в сутки в течение 3-5 минут на каждый сеанс чистки зубов.

Даже если Вас не беспокоит зубная боль, стоматолога (с профилактической целью) нужно посещать 2 раза в год.

Это - общеизвестная истина, однако 40% жителей России не посещают стоматолога вообще, 40% - только при крайней необходимости, и только 20% посещают стоматолога регулярно.

Очевидно отсутствие заинтересованности жителей России в обеспечении и поддержании здоровья органов полости рта. **Как же ее обеспечить?** Сложно, так как должна быть выработана концепция этой заинтересованности, в первую очередь, государством. Большой поддержкой в развитых странах мира являются страховые компании, которые обязывают каждого обладателя медицинской страховки проходить профилактические осмотры в определенные сроки. В случае нарушения этих сроков можно лишиться страховки, получить штрафные санкции. Эта методика «выкручивания рук» обязывает большинство страхующихся заниматься индивидуальной гигиеной полости рта.

В нашей стране опять же все перекладывается на самого человека. Но нам не привыкать, и в любом случае у любого человека всегда есть возможность обеспечить состояние здоровья органов полости рта, посещая государственные и коммерческие стоматологические учреждения.



Мир и МЕДИЦИНА

Кое-что о любви к шоколаду

Как и многие другие виды пищи, шоколад не вреден сам по себе, все дело в количестве съеденного. Но проблема заключается в том, что, когда начинаешь есть шоколад, невозможно остановиться.

Это не наша вина – тяга к сладкому заложена в человеческих генах. Сахар был необходим человеку для выживания. Мозг питается только сахаром в форме глюкозы; весь организм предпочитает сахар в качестве источника энергии. Даже маленькие дети предпочитают сладкий вкус любому другому. Вот еще некоторые сведения о шоколаде.

● В 30г молочного шоколада содержится около 140 калорий и примерно один пакетик сахара.

● Среднее содержание жира в 30г шоколада – 9г (около 55% от общей калорийности). В дорогих сортах шоколада больше жира.

● Как ни удивительно, в шоколаде есть даже клетчатка (примерно 1г в 30г шоколада).

● У людей, принимающих лекарства из группы ингибиторов MAO (а также препараты из зверобоя), возможно повышение артериального давления из-за шоколада.

● В шоколаде содержатся вещества, действие которых напоминает действие марихуаны и кофеина. Еще одно вещество работает подобно медиатору головного мозга, участвующему в возникновении наркотической зависимости. Неудивительно, что шоколад улучшает самочувствие, а съев маленький кусочек, невозможно остановиться! В одном из экспериментов ученые обнаружили, что некоторые компоненты шоколада в сочетании с сахаром способны облегчать боль.

● Шоколад содержит вещества из группы флавоноидов. Похожие компоненты есть в красном вине, винограде, некоторых других продуктах. Они крайне полезны для сердца и сосудов.

Так что же делать любителям шоколада? Есть шоколад, но небольшими порциями. Лучше всего позволять себе кусочек шоколада после какой-либо белковой пищи. Белковая пища замедлит всасывание компонентов шоколада из пищеварительного тракта. Чем медленнее всасывается шоколад, тем медленнее происходят перепады уровня глюкозы в крови (именно эти перепады не дают нам остановиться на небольшом количестве сладкого). Белок замедлит и реакцию мозга, требующего еще немного этого самого вкусного в мире наркотика - шоколада.



Улыбаться тоже надо правильно

Вместе с мультипликационным крошкой-енотом в нашу жизнь прочно вошло правило: улыбнись, и тебе улыбнутся в ответ. Психологи не устают советовать этот прием для установления контакта с собеседником.

Но ученые выяснили факт, что неестественная, вынужденная улыбка может стать губительной для организма человека, став причиной стресса и ряда заболеваний. Замечено, что у сотрудников, сохраняющих при разговоре вежливый тон, наблюдалось учащение сердцебиения и подъем артериального давления, что является признаками стресса. В случае, если сотрудник отвечал грубо на грубый тон абонента, таких явлений не отмечалось. Ученые советуют пользоваться лишь естественной, искренней улыбкой, позволяющей сохранить баланс жизненных сил организма.



Почему мы себя не любим?!

(Еще раз о факторах риска)



Об участии специалистов г. Бийска в профилактическом проекте CINDI-Россия мы писали несколько раз. Наша встреча с исполнительным директором CINDI-БИЙСК **Людмилой Андреевной Школьниковой** и координатором детского компонента CINDI-БИЙСК

Надеждой Михайловной Медведевой состоялась по итогам прошедшего очередного ежегодного совещания директоров и координаторов программы CINDI – РОССИЯ в г. Челябинске 23-25 сентября 2006 года.



CINDI - это международная программа интегрированной профилактики основных неинфекционных заболеваний, рекомендованная ВОЗ к повсеместному применению. Это сеть из 31 европейской страны и Канады, совместно разрабатывающих эффективные способы профилактики неинфекционных заболеваний.

Подход CINDI строится на том, что имеются данные, доказывающие наличие небольшого числа факторов риска и причинных условий, которые являются общими для основных хронических заболеваний. Эта общность означает, что комплексные меры против отдельных факторов риска, осуществленные в социальном контексте, могут привести к снижению заболеваемости основными хроническими заболеваниями, а также к улучшению здоровья населения.

- На совещании с докладом выступил директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗСР РФ, директор программы CINDI - РОССИЯ, академик РАМН, главный кардиолог России **Р.Г. Оганов**, - говорит **Н.М. Медведева**. - Мы участвуем в проекте не первый год, его горячие сторонники, верим в его эффективность. **Но даже нас, достаточно информированных и заинтересованных людей, в очередной раз потрясли цифры тех огромных потерь, которые насет наша страна, мы - жители великой России – из-за пренебрежительного, неуважительного отношения к своему здоровью.**

Хочется познакомить и наших читателей с некоторыми интересными фактами и цифрами, которые привел Рафаэль Гигамович в своем докладе. Думаем, это станет очередным поводом для вас задуматься о важности профилактики факторов риска.

Из всех смертей населения страны на долю неинфекционных заболе-

ваний приходится **98-98,5%**, инфекционных - **1,5-2%**.

Среди неинфекционных заболеваний основной вклад в смертность вносят болезни системы кровообращения - **56%**, внешние причины - **14%** и злокачественные новообразования - **12%**. В сумме эти три группы заболеваний «ответчают» за **82-83%** смертей.

На трудоспособный возраст приходится **39%** всех смертей; у мужчин - **53%**, у женщин - **23%**. Основной вклад в общую смертность трудоспособного населения вносят болезни системы кровообращения (**38%**), внешние причины (**26,6%**) и злокачественные новообразования (**13,4%**). Из всех больных, умерших от болезни системы кровообращения, на трудоспособный возраст у мужчин приходится **41%**, у женщин - **14%**, от внешних причин - **76,4%** и **62,8%**, от злокачественных новообразований - **46,2%** и **38,6%** соответственно.

Сравнительный анализ показателей смертности населения трудоспособного возраста от различных причин в Рос-



сии с аналогичными данными развитых стран Европы показал, что **со второй половины 90-х годов смертность среди российских мужчин и женщин стала выше, чем в Финляндии, Соединенном Королевстве и Дании:** от болезней системы кровообращения - в 3-5 раз, от внешних причин - в 4-8 раз, от злокачественных новообразований - в 1,5-2 раза. Это привело к сокращению показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни у мужчин до 59,4 лет и у женщин до 72 лет, что на 10-15 лет меньше, чем в развитых странах.

Преждевременная, избыточная смертность может повлиять на такой демографический показатель, как численность населения. **В России за период с 1990 по 2003 год численность всего мужского населения увеличилась на 6,1%.** При этом изменение численности мужского населения в различных возрастных группах было неоднородным: увеличение численности наблюдалось в возрастных группах 15-24 года на **19,4%** и 65 лет и выше на **55,3%**, снижение - в группах 0-14 лет на **31%** и 25-64 лет - на **2,7%**.

Численность женского населения за представленный период, в отличие от мужского, снизилась на **1,7%**. При этом, как и у мужчин, рост численности женского населения наблюдался в возрастных группах 15-24 года на **24,9%** и 65 лет и старше - на **18,9%**. Снижение численности женского населения отмечалось в группах 0-14 лет на **32,4%**, 25-64 года - на **1%**.

Вымирание значительной части населения трудоспособного возраста и прирост населения старшего возраста, то есть после 65 лет, приводит как к старению населения, так и к уменьшению количества той категории населения, которая ответственна за воспроизводство населения и способна увеличивать доходы страны.

Вклад неинфекционных заболеваний в общую смертность будет возрастать, если в результате массовых профилактических мероприятий не удастся снизить распространенность основных факторов риска этих заболеваний.

Образ жизни является ведущим фактором, определяющим здоровье населения. По расчетам отечественных ученых, вклад образа жизни в здоровье

составляет **50-55%**. К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье и определяющим уровень заболеваемости и смертности населения России от неинфекционных заболеваний, можно отнести психосоциальный стресс, нерациональное питание, курение, злоупотребление алкоголем, недостаточную физическую активность.

Уровень смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин значительно возрастает в периоды политических и экономических преобразований в стране. Это связано с резким повышением уровня психосоциального стресса в различных областях жизнедеятельности людей. Кроме этого, в эти периоды возрастает число смертей от заболеваний, связанных с алкоголем: алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени, заболевания поджелудочной железы, а также несчастные случаи вследствие употребления алкоголя. В то же время в период антиалкогольной кампании, когда потребление алкоголя резко сократилось, число смертей от болезней системы кровообращения и внешних причин снизилось.

Курение является одной из самых распространенных вредных привычек населения. По результатам обследования, в стране курит **63%** мужчин и около **30%** женщин. Известно, что при постоянном курении от начала курения до развития симптомов заболевания проходит около 20 лет. В 90-х годах 20 столетия **30%** всех смертей мужчин и **4%** смертей женщин были связаны с курением, и это, прежде всего, злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения.

Подсчитано, что у мужчин **52%** всех смертей от всех злокачественных новообразований и **97%** смертей от рака легких обусловлены курением, у женщин - **7%** и **49%** соответственно. Курение ответственно за **29%** смертей от болезней системы кровообращения у мужчин и **3%** у женщин.

Смертность российских мужчин, обусловленная курением, одна из самых высоких среди стран европейского региона. Всего в России ежегодно умирают около 300 тысяч человек от заболеваний, обусловленных курением. **Расчитано, что средняя продолжительность предстоящей жизни мужчин была бы на 3,9 лет больше, если бы**

они не умирали от болезней, обусловленных курением.

Суммарным показателем рационального питания и физической активности является масса тела. Обследование национальной выборки людей в возрасте старше 20 лет показало, что в России количество «худых» среди мужчин и женщин **14,9%** и **16,8%**, а «полных» - **5,8%** и **17,7%** соответственно. Исследование показало, что «худые» и «полные» мужчины и женщины умирают раньше тех, кто имеет нормальную массу тела: мужчины на 7,2 и 1,3 года, а женщины на 12,2 и 2,3 года соответственно. «Худые» мужчины и женщины умирают раньше «полных» на 5,9 и 9,9 лет.

Факторы образа жизни в сочетании с наследственностью формируют биологические факторы риска. Так, при нездоровом питании, недостаточной физической активности и стрессе вместе с наследственной предрасположенностью может развиваться артериальная гипертония, один из мощных факторов риска развития болезней системы кровообращения и преждевременной смертности от таких её осложнений, как ишемическая болезнь сердца и мозговой инсульт.

У одного и того же человека часто встречаются одновременно 2-3 фактора риска, что увеличивает риск преждевременной смерти конкретного человека в 2-3 раза.

Таким образом, распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний и их вклад в смертность населения России от этих заболеваний достаточно высокий. Поэтому профилактика их поможет существенно снизить бремя неинфекционных заболеваний и будет способствовать улучшению демографической ситуации в России.

Все приведенные данные применимы и к населению нашего края. Так, в структуре общей смертности населения за 9 месяцев 2006 года первое место также занимают болезни системы кровообращения (56% - 16178 человек), на втором месте - внешние причины (15% - 4319 человек), на третьем месте - злокачественные новообразования (13% - 3930 человек). Эти три группы заболеваний составили 84% от всех случаев смерти населения Алтайского края.



С Новым 2007 годом!

Выпуск №38 декабрь 2006 года



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Конференция в Кемерове

**Делегаты ПАСМР,
участники конференции:**
Дина Владимировна Храменкова,
старшая медицинская сестра отделения

анестезиологии и реанимации;
Ирина Васильевна Лушпа,

старшая медицинская сестра отделения реанимации и
интенсивной терапии Центра острых отравлений

- ГУЗ «Краевая клиническая больница», г.Барнаул;

Оксана Ивановна Тутова,

медицинская сестра-анестезистка отделения
анестезиологии и реанимации Косихинской ЦРБ



Делегаты ПАСМР, участники данной конференции с
Т.В. Дружининой (третья слева), Президентом
Профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса

В г.Кемерове 26-27 октября этого года прошла VI научно-практическая конференция на тему «Технологии сестринского ухода: вчера, сегодня, завтра». Ее организаторами выступили Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса и Кемеровский областной медицинский колледж.

Цель проведения конференции - это пропаганда использования современных технологий ухода за пациентами для повышения качества и эффективности медицинской помощи.

Медицина располагает огромным количеством методов диагностики и лечения. И в течение многих веков с до-

исторических времен она накапливает бесценный опыт по выхаживанию больных. Понятие «современный уход» - это технологии, реализуемые сестринским персоналом, направленные на содействие пациенту в продвижении к состоянию оптимального уровня здоровья в сложившейся ситуации путем запланированных методов ухода и обеспечения соответствующих вмешательств.

Сегодня во многих регионах лечебно-профилактические учреждения успешно применяют организационные сестринские технологии, современные формы оказания сестринской помощи. **При использовании организационных технологий деятельности сестринского**

персонала отмечается не только клинко-экономический эффект медицинской помощи, но и моральная удовлетворенность медицинских сестер своей профессиональной деятельностью, меняется отношение к медицинской сестре со стороны врачей, пациентов и их родственников.

На конференции были заслушаны доклады и исследовательские работы по таким темам, как «Деятельность сестринского персонала в условиях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Роль Профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса»; «Организационные сес-

тринские технологии, используемые в деятельности сестринского персонала при оказании стационарной медицинской помощи»; «Организационные технологии сестринской деятельности на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи. Проблемы»; «Образовательные программы в инновационной деятельности сестринского персонала»; «Актуальные проблемы психологического сопровождения сестринской деятельности»; «Социальное партнерство в системе образования и здравоохранения».

Хотелось бы отметить выступление кемеровского главного

врача МУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского» **М.И. Ликстанова**. В своем выступлении он рассказал о жизни медицинских сестер стационара. Отметил значение имиджа медицинской сестры для создания общего впечатления о пребывании пациента в стационаре.

Сегодня уже никто не сомневается, что от профессионального ухода за пациентом, качественного выполнения назначений врача, от внимания и доброго слова медицинской сестры зависит процесс восстановления здоровья человека. А это во многом сказывается и на экономических показателях деятельности любого лечебного учреждения.

К развитию сестринского дела в ГКБ №3 подходят очень серьезно. Здесь постоянно проводятся исследования, оценка качества сестринской деятельности, внедряются новые сестринские технологии, в том числе технологии, разработанные самими сестрами. В больнице проводятся психологические консультации для сестринского персонала, которые помогают совершенствовать работу медицинской сестры. Также впервые тут начали обучать сестер милосердия; была введена новая для здравоохранения должность - менеджер приемного покоя.

Такая работа не могла не принести положительных результатов. Так, последнее исследование, проводимое в больнице, показало, что неудовлетворенность работой медицинских сестер снизилась в несколько раз. В адрес медицинских сестер чаще стали поступать слова благодарности. **Все согласятся с тем, что пациент, находясь на стационарном лечении, большую часть времени общается именно с медицинской сестрой, и от того, как она выглядит, как общается, каково ее настроение - из всего этого и многого другого и формируется общее мнение пациента о лечебном учреждении.**

С целью оптимизации работы сестринского персонала, предоставления качественных услуг по уходу за пациентами во многих лечебных учреждениях г.Кемерово **используются элементы сестринского процесса**, это - периоперативный процесс (включает в себя предоперационный, интраоперационный и послеоперационный периоды), его осуществляет периоперативная сестра; сестринские карты наблюдения за пациентами терапевтических отделений; лист ежедневной оценки состояния и наблюдения за пациентом хирургического отделения.

Все это позволяет оказывать качественные услуги и влиять на качество медицинской помощи.

По желанию и профессиональному



интересу все участники конференции были разделены на четыре сессии для работы в малых группах.

Сессия №1 - «*Организационные технологии сестринской деятельности на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи*». В этих рамках обсуждались такие вопросы, как особенности деятельности сестринского персонала в современных условиях; организационные сестринские технологии, влияющие на результативность деятельности сестринского персонала и результативность сестринской деятельности.

Сессия №2 - «*Организационные технологии сестринской деятельности на этапе оказания специализированной медицинской помощи*». Здесь обсуждались внедрение сестринского процесса в условиях оказания специализированной медицинской помощи; единой технологической линии ведения пациента в отделениях хирургического профиля; роль сестринского персонала в акушерской практике в условиях введения системы родовых сертификатов.

Сессия №3 прошла в границах предложенной темы - «*Психологическое сопровождение сестринской практики*» - обсуждались вопросы: определение круга психологических проблем, с которыми сталкивается медицинская сестра при оказании помощи пациентам в условиях стационарной и амбулаторно-поликлинической службы; выявление профессионально важных качеств медицинской сестры; определение факторов риска профессиональной деятельности, оказывающих негативное влияние на психологическое здоровье сестринского персонала.

Сессия №4 - «*Обучающие программы в инновационной деятельности сестринского персонала*». Обсуждаемые

вопросы - образовательная подготовка студентов по вопросам организации деятельности сестринского персонала; реализация в процессе обучения протоколов простых медицинских услуг; совместная деятельность учреждений образования и здравоохранения; обучение студентов технологиям лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия, утилизации медицинских отходов на доклиническом этапе. А также подготовка к проведению научно-исследовательских работ по актуальным вопросам внедрения новых сестринских технологий; практика защиты дипломных работ и внедрение результатов научных исследований в практику здравоохранения; формирование у студентов профессиональной мотивации и целостного отношения к собственному профессиональному образованию.

Можно смело говорить, что качество, успешность и эффективность реализации современных сестринских технологий во многом зависят от подготовки и готовности сестринского персонала и руководителей сестринских служб, обеспечиваемые образовательными учреждениями, от уровня профессиональной компетентности специалистов, мотивации их на реализацию своего образовательного потенциала, эффективного психологического сопровождения сестринской деятельности.

Качество медицинской помощи определяется, в первую очередь, удовлетворенностью пациента, которая в немалой степени зависит от морально-этического климата в лечебно-профилактическом учреждении и личностных особенностей сестринского персонала.



Особенности работы медицинской сестры при длительной катетеризации магистральных сосудов у тяжелообожженных

Тамара Георгиевна Боткина,
старшая медицинская сестра,
первая квалификационная категория;

Юлия Евгеньевна Шихова,
процедурная медицинская сестра,
первая квалификационная категория -

Аптайский краевой центр термических поражений, г. Барнаул

Особенностью лечения тяжелообожженных является то, что инфузионная программа, осуществляемая круглосуточно, рассчитывается на длительный период времени: от нескольких дней до двух месяцев. Для инфузионной терапии используются «агрессивные» растворы электролитов, биологически активных веществ, антиферментов. И поэтому использование традиционного пути введения растворов через периферическую вену невозможно: стенка вены повреждается, возникают явления флебита, приходится постоянно использовать новый периферический сосуд. Единственно верным выходом из ситуации является катетеризация магистральных сосудов (подключичной и бедренной вены).

Дополнительные трудности могут возникнуть при обширных поражениях, когда зона ожога располагается в местах традиционного осуществления периферических вливаний (кубитальная область, кисть, стопа). Тогда выход - постановка стандартного стерильного одноразового тefлонового катетера: от 0,6 до 1,0 - детям (в зависимости от возраста и конституции тела ребенка), от 1,0 до 1,4 - взрослым пациентам. Катетеризация магистральных сосудов осуществляется врачом при участии медицинской сестры.

За последние три года в нашем Центре пролечено **879** тяжелообожженных пациентов с площадью поражений от 10 до 90%. Воспаление вокруг катетера при катетеризации венозных сосудов отмечалось у **27** пациентов, тромбоз катетера - у **трех**.

Конечно, в таких случаях катетер извлекается врачом и ставится в другом месте.

Обязательное условие - это взятие мазка на микробиологическое исследование и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам с места катетеризации.

В стерильный набор для катетеризации входит:

- 2 пеленки 111x80см;
- лоток почкообразный;
- иглы для пункции диаметром 0,6-1,0-1,4;
- иглы хирургические шовные;
- пинцет;
- ножницы остроконечные;
- иглодержатель;
- шприцы 1,0-5,0-10,0-20,0;
- шовная нить;

- шарики марлевые 20 штук;
- салфетки марлевые 4x3 - 20 штук;
- перчатки - 5 пар;
- новокаин 0,25% - 200,0;
- физиологический раствор гепарина в разведении 1:400мл;
- раствор йода 2% - 50,0;
- спирт 70° - 150,0;
- спирт 96° - 50,0 (проводится перевязка для образования грануляционного валика вокруг катетера);
- катетер с проводником (перед извлечением катетер осматривается на герметичность и целостность, проверяется дата стерилизации и срок годности);

- лейкопластырь 2x500 см.

Перед выполнением процедуры **у пациента берется информированное согласие** на предстоящую процедуру (при условии, что пациент в сознании и старше 15 лет; в других случаях - у родственников. В случае их отсутствия выполняется соответствующим образом без получения информированного согласия).

Медсестра помогает пациенту занять удобное ему положение: лежа на спине, без подушек. Если проводится катетеризация подключичной вены, то необходимо голову отвернуть в противоположную катетеру сторону, при катетеризации бедренной - разогнуть ноги в коленных суставах.

В соответствии с приказом ГЗ от 18 сентября 1989 г. «О мерах по усилению профилактики СПИДа» медицинская сестра моет руки, надевает маску, обрабатывает руки по методике обработки рук перед инъекциями. Далее следует приготовление манипуляционного столика стерильного (лоток, пеленка, марлевые шарики и салфетки, пинцет, ножницы остроконечные, перчатки), на отдельном лотке должны находиться йод 2%, спирт 70%, ножницы, перчатки, лейкопластырь, непромокаемый пакет для использованных перчаток и перевязочного материала.

Медсестра надевает нестерильные перчатки, снимает повязку и кладет в непромокаемый пакет, затем снимает использованные перчатки и

также кладет их в непромокаемый пакет. Потом надевает стерильные перчатки и обрабатывает кожу вокруг катетера с помощью пинцета от периферии 70°-ным спиртом или 2%-ным раствором йода, кладет на кожу вокруг катетера стерильную пеленку, повторяет обработку кожи и перчаток 70°-ным спиртом двукратно. Необходимо осмотреть, убедиться, что катетер закреплен, пропальпировать место введения и кожу, при наличии признаков воспаления должен быть вызван врач. Катетер обкладывается стерильным шариком, смоченным в 70°-ным спирте, накладывается стерильная повязка и закрепляется лейкопластырем, повязка меняется 2 раза в сутки и по мере загрязнения.

Далее нужно собрать использованный материал в непромокаемый пакет и доставить его в процедурный кабинет для утилизации, снять перчатки и вымыть руки.

При струйном и капельном введении внутривенных лекарственных препаратов, через катетер, установленный на магистральной вене, есть свои особенности. Так, выполнять процедуры через пробку (не снимая), нужно предварительно обработав ее 70°-ным спиртом двукратно. Перед введением лекарственных препаратов надо убедиться, что катетер находится в сосуде, проколоть пробку катетера шприцем с гепаринизированным раствором, и до его введения легко потянуть поршень шприца на себя (до появления крови), ввести содержимое шприца. При затруднении прохождения раствора необходимо вызвать врача. Промывать катетер нужно через каждые 4 часа; после каждого забора крови или введения лекарственных средств промывать его гепаринизированным раствором. Пробку необходимо заменять своевременно по мере выхода ее из строя.



Бригада врачей в операционной Алтайского краевого центра термических поражений

С целью постоянного контроля различных показателей гомеостаза нужно постоянно проводить забор крови из катетера. Следует учитывать, что забор должен осуществляться до проведения диагностических процедур, инфузий, переливания крови, растворов, пункций, инъекций, биопсий, палпации.

При заборе крови из катетера, находящегося в сосуде, канюлю необходимо промыть физраствором объемом, соразмерным с объемом катетера. Затем, до взятия крови, удалить 3-5 мл крови и забрать отдельно в шприц. При несоблюдении этих правил достоверность анализа будет снижена за счет разбавления крови.

Кровь из венозного катетера, используемого для инфузий растворов, можно брать не ранее, чем через 5 минут после прекращения вливания. Если во вводимом растворе содержались исследуемые компоненты (электролиты, глюкоза), кровь не следует брать на определение.

При введении для промывания или с лечебной целью через катетер гепарина забирать кровь на коагулограмму нельзя, так как результат будет заведомо ошибочным, к тому же такая кровь не пригодна для контроля за антикоагулянтной терапией. Вводимые антикоагулянты вещества, содержащие глюкозу, электролиты, а также эффект разведения крови после промывания катетера, - являются источниками ошибок в 80% случаев анализов.

Таким образом, как особенность работы медицинской сестры при длительной катетеризации магистральных сосудов у тяжелообожженных можно выделить тщательное соблюдение правил асептики, тщательное наблюдение за больным, в том числе и обращение внимания на его ощущения в момент проведения длительной и инфузионной программы.

Дорогие коллеги!

Сестринское движение в Алтайском крае повзрослело еще на один год и увеличилось на 1500 специалистов, которые приняли решение быть активными участниками перемен в сестринской профессии, став членами нашей профессиональной ассоциации.

Мы продолжаем активно развиваться, приобретаем опыт, выходим на более высокий уровень. Растет осознание самих специалистов сестринского дела, значимости и нужности профессии, самоуважения.

И это, пожалуй, главное.

В канун Нового 2007 года от всей души благодарим Вас за поддержку, за Ваш ежедневный труд, сохраняющий и оберегающий жизнь, здоровье и благополучие пациентов, за преданность профессии медицинского работника!

Желаем Вам и Вашим семьям здоровья и благополучия, любви и семейного счастья, исполнения желаний, новых профессиональных успехов и достижений!

С уважением, президент АРОО «ПАСМР» Л.А. Плигина



Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних
медицинских
работников:
(8-3852) 34-80-04



Физиотерапия

Добыть и сохранить здоровье может только сам человек. Медицина лишь помогает в этом - она лечит болезни.

Н.М. Амосов

Занятие 1

для ДЕТЕЙ

Самый драгоценный дар, который человек получает от природы, - это здоровье. Недаром в народе говорят: «Здоровому все здорово!». Об этой простой и мудрой истине следует помнить всегда, а не только в те моменты, когда в организме начинаются сбои и мы вынуждены обращаться к врачам, требуя от них подчас невозможного. Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Человек сам творец своего здоровья. Вместо того чтобы грешить о живой воде и прочих чудотворных эликсирах, лучше с раннего возраста вести активный и здоровый образ жизни, закаливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной и общественной гигиены - словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья. С этого номера мы начинаем наш разговор о так называемой детской физиотерапии.



Наталья Анатольевна Терещенко,
главный городской детский физиотерапевт,
заведующая физиоотделением, МУЗ «Детская городская
поликлиника №7», г.Барнаул

Виды простудных заболеваний и их профилактика

Осень и ранняя весна - сезоны повышенной влажности и резкого роста количества простудных заболеваний. И если весну мы ждем с нетерпением, то осень, как правило, ждем с унылой обреченностью. Но неужели нельзя поставить барьер этим далеко не безобидным недомоганиям? **Сохранить здоровье поможет только комплексный подход к профилактике простудных заболеваний.**

К простудным заболеваниям относят **разнообразные острые инфекции и обострения хронических заболеваний верхних дыхательных путей.** Названия болезней соответствуют анатомическим образованиям, начиная сверху вниз: носовая полость, глотка, гортань, трахея и бронхи. Соответственно этому происходят названия: **ринит, фарингит, ларингит, трахит и бронхит.**

Раньше простудные заболевания объединяли в группу острых респираторных заболеваний (ОРЗ), сейчас ученые-медики считают, что более верное название

«острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ).

Надежда на то, что Ваш ребенок, посещающий детский сад или школу, может быть защищен какой-то современной вакциной, тщетны. **Бесконечные простуды у такого ребенка прекращаются при двух условиях: первое** - прекратить посещать детский сад, школу и другие детские собрания (елки, концерты и т.д.), **второе** - составить реальную программу профилактики простудных заболеваний.

И это отнюдь не те лечебные средства, на которые делает ставку Министерство здравоохранения. Известно, что многие химические препараты могут положительно влиять на отдельные звенья иммунитета. Но разве это достойный вариант профилактики заболеваний? Ведь также известно, что фармпрепараты вызывают много побочных эффектов.

Природными факторами оздоровления для профилактики простудных заболеваний являются: закаливание, по-

вышение иммунитета, фитотерапия.

В качестве достойной альтернативы химическим иммуномодуляторам у природы есть натуральные. Это не имеющие побочных действий и уже излечившие миллионы людей на всей планете фитопрепараты, содержащие целебные растения. Их не перечислить, но назовем хотя бы лучшие из них. Это - солодка, эхинацея, алоэ, хлорофилл, чеснок, астрагал, кошачий коготь. Не стоит пренебрегать природными неспецифическими факторами защиты организма, которые есть в арсенале каждого из нас!

О природных факторах оздоровления должна помнить каждая мама. Никто, кроме нее, не объяснит ребенку важность закаливания организма - это часть культуры здоровья. И это не просто слова. **Закаливание, физкультура - неотъемлемые составляющие программы профилактики простудных заболеваний.** В сочетании с рациональным питанием, обогащенным витаминами, они делают организм неуязвимым для любой инфекции.



Основные принципы закаливания

Закаливание является одним из эффективных средств профилактики простудных заболеваний. Метод систематической тренировки и термоадаптационных механизмов направлен на повышение защитных резервов организма.

Для получения максимального результата существует ряд принципов и правил закаливания.

Первый и основной принцип закаливания – это постепенное увеличение интенсивности закаливающих мероприятий. Недостаточные нагрузки снижают результат закаливания, а передозировки ему препятствуют.

Второй принцип закаливания – это регулярность и непрерывность проведения закаливающих процедур на протяжении всей жизни. Непродолжительные, но частые процедуры закаливания более эффективны, чем длительные, но редкие. Если прервать закаливание даже на короткое время, чувствительность организма к неблагоприятным воздействиям природных факторов возрастает, а сопротивляемость организма снижается и через 2-3 месяца исчезает.

Третий принцип заключается в том, что при подборе закаливающих процедур необходимо обязательно учитывать индивидуальные особенности организма.

Четвертый принцип основывается на соответствии нагрузок функциональным возможностям организма.

Пятый – это использование нескольких физических факторов (холод, тепло, лучистая энергия, вода и др.) для достижения оптимальных результатов.

Шестой принцип содержится в пре-

рывистости, то есть в течение дня следует делать перерывы между разными закаливающими воздействиями. Последующие процедуры можно начинать лишь после восстановления температурного режима организма.

Седьмой принцип – это комбинирование общего и местного закаливания. Высокая эффективность закаливания достигается лишь при условии, что воздействию физических факторов подвергаются наиболее уязвимые части организма (стопы, шея, поясничная область, травмированные места) или все тело.

Для закаливания организма применяются преимущественно такие климатические факторы, как воздух, солнце, вода. **Эффективным оздоравливающим средством являются физические упражнения.**

Обтирание

К наиболее распространенным и доступным формам закаливания водой относятся **обтирания, обливания, ножные ванны**. Их проводят с понижением температуры воды и уменьшением продолжительности процедур.

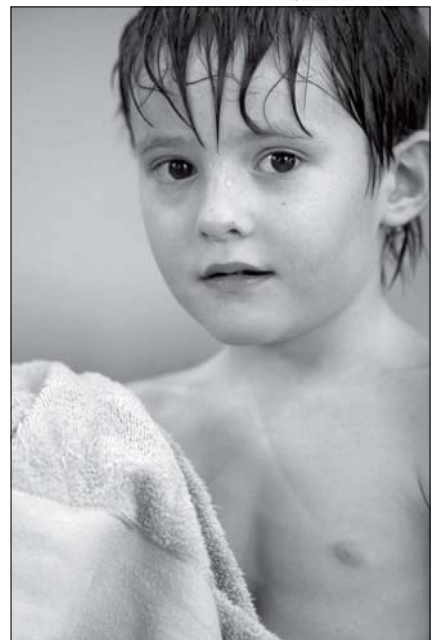
Принцип обтирания заключается в том, что махровой рукавицей, полотенцем или губкой, смоченными водой индифферентной температуры (34-36°C) и хорошо отжатыми, последовательно обтирают руки, спину, грудь, ноги. Затем сухим полотенцем тело растирают до легкого покраснения. Каждые 3-5 дней температуру воды снижают на 1-2°C, доводя ее в течение 2-3 месяцев до 10-12°C.

В ряде случаев обтирание проводят по щадящей методике, доводя температуру воды до 24-25°C, и обтираются такой водой 2-3 месяца, при удовлетворительной переносимости переходят к дальнейшему снижению температуры воды до 10-12°C (на 10°C с каждые 8-10 дней).

Закаливание стоп является профилактическим средством простудных заболеваний. Стопы обливают водой ежедневно перед сном в течение года. Начинают с температуры 28-25°C, а заканчивают 15-14°C. После обливания стопы необходимо тщательно растереть полотенцем.

Обливание

Обливание водой – наиболее сильнейшая процедура по сравнению с предыдущими. **Этот вид закаливания обычно начинают через 2 месяца после обтирания.** Начальная температура воды для обтирания составляет 36-34°C. Последовательно обливают верхние конечности, грудь, спину, голову, а затем остальные части тела. Эффективны обливания водой контрастной температуры (разница 5-7°C), с постепенным снижением температуры воды до 12-14°C. После обливания необходимо сделать растирание и самомассаж.



Другие виды закаливания

Закаливание проводят различными видами душа: дождевым, пылевым, шальчатым, циркулярным, вирным, Шарко, контрастным с периодической сменой температуры воды каждые 15-30 секунд от 37-45 до 10-25°C.

Используется закаливание также в виде водных ванн с медленно возрастающей холодной нагрузкой, купания в открытых водоемах, зимнего плавания (моржевание).

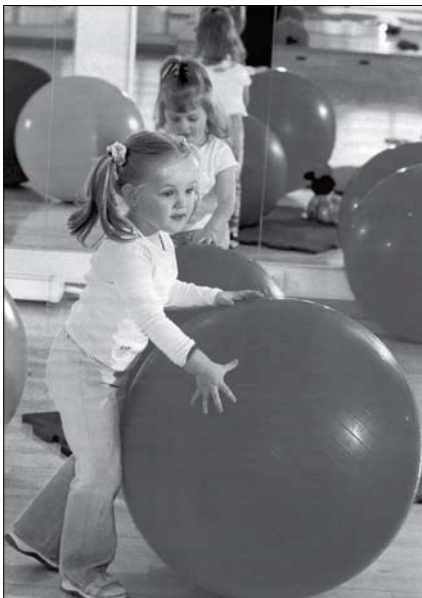
Для **закаливания воздухом** используют пребывание на свежем воздухе: прогулки, спортивные занятия и игры, сон на веранде, в климат-павильоне. Воздушные ванны принимают обнаженными или в одежде, хорошо пропускающей воздух.

После воздушной ванны желательнее принять теплый душ. **Для гелиопротектики используется принцип постепенного увеличения нагрузки.** После солнечной ванны необходим отдых лежа в тени в течение 10-20 минут. Завершить солнечную ванну необходимо водной процедурой – купанием, душем, обливанием или обтиранием.

Методы закаливания постоянно расширяются и совершенствуются, являясь важным звеном профилактики простудных заболеваний и их осложнений.

Гигиенические правила при закаливании водой

Как мы уже говорили выше, закаливание – есть способ «обучения» организма правильному реагированию на холодовой или иной информационный фактор. Получив новую информацию о внешней среде, постепенно познавая ее,





организм учится правильно на нее реагировать.

В этом своеобразном процессе обучения следует соблюдать следующие основные правила: снижение температуры и увеличение времени процедуры должно быть последовательным и постепенным, прием процедуры должен быть системным, без больших перерывов, желательна комбинация разнообразных закаливающих факторов.

ЛЕТОМ закаливание водой осуществляется посредством купания в открытых или закрытых водоемах с водой при температуре не ниже 20°C. Температура воздуха не должна быть ниже 18-20°C. Купание можно повторять 2-3 раза через 1,5-2 часа. Начинают купание с 5 минут, постепенно увеличивая время пребывания в воде на 1-2 минуты и доводят время процедуры до 10 минут, не увеличивая его в дальнейшем.

ОСЕНЬЮ рекомендуются ежедневные утренние обтирания тела влажным полотенцем, обливания водой, контрастный душ. Температура воздуха в помещении, где проводятся процедуры, должна быть около 20°C. Начинают процедуры, используя теплую (около 30°C) воду, постепенно снижая ее температуру через каждые 5-6 дней на 1-2°C и доводя ее до 22-20°C. Продолжительность обливания - около 1,5 минут.

При посещении бассейна купание следует начинать с 1,5-2 минут, постепенно увеличивая продолжительность купания и доводя его до 10-15 мин.

Перед сном рекомендуется обливание стоп или колен прохладной водой с последующим их растиранием полотенцем, чем холоднее вода, тем короче должна быть процедура. **Контрастные водные процедуры** в домашних условиях начинают с температуры воды не ниже 30°C. Постепенно в течение недели температуру снижают до 25-28°C. Под струей такой воды находятся около 1-1,5 минут, затем обливаются из ведра, таза, другой, зара-

нее приготовленной емкости холодной водой. За одну процедуру такой контрастный душ повторяют 3-5 раз.

ЗИМОЙ водные процедуры проводят при температуре воздуха в помещении не ниже 20°C. **Утренний душ или обтирание тела** влажным полотенцем начинают при температуре воды 35°C. Через каждые 5-7 дней ее постепенно снижают и доводят до 24°C. При этом длительность водной процедуры не меняется и остается в пределах 1-1,5 минут.

Обливание водой стоп - хорошая закаливающая процедура, которую рекомендуется проводить за 2 часа до сна. Начинают обливание с температуры тела, постепенно понижая ее до 20°C.

Купание в закрытых бассейнах зимой начинают с 2 минут и доводят за 2-3 недели до 15-20 минут. Купание не должно вызывать чувство озноба и перенапряжения.

ВЕСНОЙ с целью закаливания проводят **утренние обтирания** конечностей, шеи, туловища. Затем подключают **обливание водой** частей тела или всего туловища, начиная с исходной температуры воды 35°C. Понижая температуру воды постепенно (через 1-3 дня) на 1 градус в течение 2-3 недель, ее доводят до комнатной температуры. Обливания также в течение 2-3 минут лучше проводить утром, после физических упражнений, или не позднее, чем за 1,5-2 часа до сна. После водной процедуры вытираются насухо махровым полотенцем.

Время купания в бассейнах увеличивают постепенно, начиная с 2 минут, и доводят его за 3-4 недели до 15 минут. После выхода из воды принимают теплый душ и тело растирают полотенцем до ощущения легкого тепла.

Контрастные души проводят в течение 5-7 минут, используя поочередно прогревание в воде с температурой 35-38°C и обливание водой, сначала при 28°C (4-6 циклов). Постепенно температуру воды для обливания доводят до 20°C.



На заметку

Этажи здоровья

У каждого третьего человека высота вызывает настоящую фобию.

Жизнь на верхних этажах может привести к тяжелым последствиям: страху замкнутого пространства (**клаустрофобии**) или боязни открытого пространства (**агорафобии**). Людям нервным, с подвижной психикой, гипервозбудимым противопоказано жить на верхних этажах. И дети здесь - не исключение.

Дело в том, что **этаж выше 10-го угнетает психику человека**. Верхние этажи высоток вибрируют. Иногда вибрация может превышать допустимые показатели и воздействовать на определенные структуры мозга, влияя на нервную систему. Именно так и **рождаются страхи и неврозы, а также слабость, тошнота, состояние укачивания, частые головные боли**.

Средние этажи - с **5-го по 10-й** - тоже имеют свои минусы. Здесь шумно от лифтов, постоянные шум и гул. Такое звуковое давление может вызвать **бессонницу, тревогу**. Потому, жить на подобном расстоянии от земли человеку все равно не свойственно - **он не ощущает себя в безопасности, не может расслабиться и снять психологическое напряжение**. Избавиться от дискомфорта можно, лишь закрыв окна плотными шторами.

Зато здесь чище воздух, по сравнению с нижними этажами. Потому что все выхлопные газы, вся пыль оживленных автотрасс концентрируется именно на уровне 1-5 этажей. Выше вредные вещества не поднимаются.

Жильцов нижних этажей тоже беспокоит **шум** - но шум уличный, от которого не спасают даже стеклопакеты. «Наземные» жители в целях безопасности редко открывают окна, в результате **воздух в квартире застаивается, человек испытывает нехватку кислорода, слабость и головную боль**. Спасением в этом случае может стать только хороший кондиционер.



Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



Неонатальный скрининг новорожденных

Александр Александрович Шпилов,
врач-генетик высшей категории,
Межрегиональная генетическая консультация,
Краевая детская поликлиника, г.Барнаул

Скрининг новорожденных - это массовое обследование всех родившихся живыми детей с помощью специальных лабораторных тестов для выявления некоторых тяжелых наследственных болезней до развития клинической картины заболевания.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты требования, которым должны отвечать программы скрининга новорожденных на наследственные заболевания. **Заболевания, выявляемые в результате скрининга, должны встречаться у новорожденных с относительно высокой частотой и иметь тяжелые проявления.** Для этих болезней должно быть разработано эффективное лечение, доступное для всех выявленных больных. Кроме того, такая программа должна быть экономически выгодной для здравоохранения страны.

Этим требованиям отвечают не так много наследственных болезней. Практически во всех странах обязательно проводится скрининг на два заболевания - **фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз**, в некоторых странах - на 4-6 заболеваний. Однако, суммарно во всем мире осуществляется скрининг примерно на 40 наследственных болезней.

В нашей стране с середины 80-х годов проводится скрининг на **фенилкетонурию**, с середины 90-х годов - еще и на **врожденный гипотиреоз**, а с 2006 года в рамках Национального проекта «Здравоохранение» список скрини-

руемых заболеваний дополнен **галактоземией, адено-генитальным синдромом и муковисцидозом.**

На первом этапе скрининга перед выпиской из родильного дома на **4-5 день жизни у новорожденного берется несколько капель крови из пятачки на бланк особой фильтровальной бумаги** с указанием фамилии, даты рождения и веса ребенка. Взятие крови из пятачки является абсолютно безвредной для новорожденного процедурой. Кровь высушивается и отправляется в специальную биохимическую лабораторию скрининга. **Лабораторное исследование позволяет определить, здоров ребенок или он относится к группе риска.** Если первый результат показал отклонение биохимических показателей от нормы, тогда необходимо ретестирование. В том случае, если повторное тестирование покажет нормальные результаты, это будет означать, что первый тест был ложноположительным, а новорожденный здоров. Если и повторный тест оказался положительным, это значит, что ребенок заболевает, если его не начать рано лечить.

Родители узнают о результатах тестирования своего ребенка только в том случае, если возникнут пробле-



мы (отклонение от нормы биохимических показателей).

Фенилкетонурия (ФКУ) - это наиболее частое наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение аминокислотного обмена. Распространенность ФКУ в России в среднем 1:7000 новорожденных. **Классическая форма ФКУ обусловлена отсутствием или недостатком в организме ребенка фермента фенилаланин-гидроксилазы, расщепляющего поступающую в организм ребенка с пищей незаменимую аминокислоту фенилаланин.** Данное вещество, накапливаясь в крови ребенка, оказывает повреждающее действие прежде всего на его нервную систему. При этом при рождении ребенок выглядит внешне здоровым, но с возрастом уровень фенилаланина в крови малыша, вследствие его поступления с грудным молоком или молочной смесью, приводит к появлению различных патологических симптомов.

Признаками болезни могут быть вялость и беспокойство, снижение мышечного тонуса и судороги, при этом появляется специфич- ►



«мышиный запах» мочи, пота, признаки экссудативно-катарального диатеза, отмечаются гипопигментация кожи, волос, радужной оболочки глаз.

При отсутствии лечения болезнь прогрессирует и приводит к задержке психомоторного развития, нарушению формирования речи, что со временем проявляется выраженной интеллектуальной недостаточностью и социальной дезадаптацией ребенка.

Выявление заболевания в первые дни жизни ребенка позволяет рано начать специализированное лечение и исключить из его питания продукты с высоким содержанием белка. Тем самым удается предотвратить накопление в организме младенца продуктов неправильного обмена фенилаланина, токсичных для его нервной системы, предупредить тяжелую инвалидизацию ребенка.

Врожденный гипотиреоз (ВГ) является одним из частых врожденных заболеваний щитовидной железы у детей. Данное заболевание характеризуется снижением или отсутствием функции щитовидной железы и встречается в России с частотой в среднем до 1 случая на 4000 новорожденных.

Вследствие полной или частичной недостаточности гормонов, продуцируемых щитовидной железой, у ребенка возникает задержка развития и нарушение деятельности всех систем и органов. Возникают изменения в метаболизме белков, жиров и углеводов. Происходит значительное замедление окислительных процессов и основного обмена, что приводит к нарушению функции клеток центральной нервной системы, тормозится интеллектуальное развитие, задерживается рост ребенка, отмечается несвоевременное закрытие родничков и позднее прорезывание зубов. У больного ребенка снижается теплообмен, замедляется биосинтез и распад белков, нарушается обмен мукополисахаридов,



в тканях накапливаются креатинин и большое количество мочевой кислоты, что вызывает своеобразный слизистый отек – микседему.

Больные дети часто рождаются с большой массой, имеют грубые черты лица, большой язык, сухую кожу, большой живот, часто с пупочной грыжей. У них нарушены пропорции тела в виде удлиненного туловища и коротких ног. Новорожденные вялые, сонливы, мало реагируют на окружающих. При отсутствии лечения быстро выявляется задержка физического развития, наблюдаются дистрофические изменения в виде сухих ломких волос, выпадения волос, нарушения зубной эмали.

При отсутствии своевременного и адекватного лечения изменения интеллекта носят необратимый характер вплоть до развития олигофрении, поэтому массовое обследование на ВГ новорожденных является залогом успешной профилактики осложненной данной патологии.

Муковисцидоз - распространенное наследственное заболевание с частотой встречаемости в России 1:4900. Заболевание характеризуется поражением органов, которые выделяют секреты (слизь). Секреты в таких органах, как бронхи, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы, вязкие, густые и их выделение затруднено.

В легких из-за вязкой, трудноотделяемой скапливающейся в бронхах мокроты иногда уже в первые недели или месяцы жизни могут развиваться воспалительные процессы – повторные бронхиты и/или пневмонии с постепенным формированием хронического бронхолегочного процесса.

У детей отмечается постоянный кашель, одышка. Из-за недостатка ферментов поджелудочной железы у больных муковисцидозом плохо переваривается пища, поэтому такие дети, несмотря на повышенный аппетит, отстают в весе, у них обильный жирный стул с резким запахом, плохо смывающийся с пеленок (стеаторея). Из-за застоя желчи у некоторых детей может развиваться цирроз печени, могут сформироваться камни в желчном пузыре. Мама замечают соленый привкус кожи малыша, что связано с повышенной потерей натрия и хлора с потом.

Встречаются дети с преимущественным поражением легких (легочная форма) либо желудочно-кишечного тракта (кишечная форма), но чаще наблюдается смешанная (легочно-кишечная) форма муковисцидоза.

Выявление муковисцидоза у новорожденных детей посредством их массового обследования в первые дни жизни позволяет начать адекватную терапию, направленную на улучшение течения болезни и профилактику необратимых поражений прежде всего бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта.

Галактоземия является наследственным заболеванием, связанным с нарушением углеводного обмена. В основе галактоземии лежит нарушение обмена галактозы, в норме превращающейся в глюкозу - основной ресурс энергии для ребенка. Заболевание имеет несколько форм, обусловленных нарушением того или иного фермента, которые участвуют в обмене галактозы. Наиболее часто классическая форма галактоземии развивается при дефекте фермента галактокиназы (ГАЛК), выражающемся в нарушении его активности. Она встречается в Европе с частотой от 1:26000 до 1:100000.

Клинические проявления галактоземии возникают очень рано, после начала кормления грудным молоком или молочной смесью. На 1-2-й неделе жизни у ребенка появляются вялость, рвота, диарея, отказ от пищи, быстрое падение массы тела. Все это стремительно приводит к гипотрофии и кахексии (крайней степени истощения организма). Постепенно увеличиваются печень и селезенка, нарастает желтуха, развивается задержка психомоторного развития. В дальнейшем формируется умственная отсталость и катаракта, приводящая к слепоте. При заболевании страдает иммунная система ребенка, а снижение иммунитета может приводить к развитию сепсиса, от которого при отсутствии лечения умирает 20-30% детей с галактоземией.





С Новым 2007 годом!



В связи с клинической тяжестью заболевания, а также высокой смертностью в ранний период жизни ребенка единственным путем профилактики смертности и высокой степени инвалидирующих последствий для здоровья ребенка с галактоземией является ранняя диагностика болезни при массовом обследовании новорожденных и раннее диетарное лечение.

Адреногенитальный синдром (АГС), или врожденная дисфункция коры надпочечников, представляет собой целый ряд заболеваний. Клиническая картина АГС определяется недостатком стероидных гормонов надпочечников и связанных с этим гормональных нарушений. Снижение синтеза кортизола в коре надпочечников у больного происходит вследствие дефекта необходимых ферментов. **До 90% случаев АГС обусловлено дефицитом фермента 21-гидроксилазы.** Данная форма заболевания характеризуется формированием клинических признаков в период внутриутробного развития плода и встречается в среднем с частотой 1:10000 рождений.

Недостаток уровня кортизола приводит к повышению адренокортикотропного гормона, развитию гиперплазии коры надпочечников и гиперандрогении, что приводит прежде всего к нарушению строения наружных половых органов у плода. Наиболее выражено данное нарушение у новорожденных девочек, когда наружные половые органы внешне выглядят, как мужские, тогда как внутренние половые органы развиты по женскому типу.

В 25% случаев имеет место простая (вирильная) форма недоста-

точности 21-гидроксилазы, при которой и у девочек, и у мальчиков отмечаются симптомы гиперандрогении: увеличенные размеры клитора у девочек и размеры полового члена у мальчиков. Кариотипы при этом нормальный женский и нормальный мужской, что определяет генетический пол ребенка. При отсутствии правильного диагноза и необходимого лечения избыток андрогенов приводит к ускорению роста, появлению угревой сыпи, огрубению голоса. **В связи с ранним закрытием зон роста костей у нелеченого ребенка после 9-летнего возраста замедляется рост, гипертрофируется мускулатура, появляется повышенное оволосение, у девочек нарушается менструальный цикл.**

При полном отсутствии 21-гидроксилазы, что встречается в 75% случаев заболевания, происходит нарушение синтеза другого гормона – альдостерона. Дефицит альдостерона приводит к потере натрия организмом ребенка через пот, кишечник и почки с развитием сольтеряющей формы АГС, опасной для жизни ребенка с первых дней после рождения. Основные клинические проявления сольтеряющей формы АГС – **резкая потеря веса ребенком вследствие обезвоживания частой и обильной рвотой.** При отсутствии диагноза и необходимого лечения данное состояние приводит к смерти ребенка.

Массовое обследование новорожденных на АГС позволяет исключить возможные диагностические ошибки и назначить адекватное лечение для сохранения жизни и здоровья ребенка.

Интересный ФАКТ



Недоспал – потолстел!

Специалисты медицинского факультета американского университета Лавала считают, что недостаток сна может послужить причиной того, что ребенок сильно наберет в весе.

Для подтверждения этой теории были протестированы 422 школьника в возрасте от 5 до 10 лет. Измерив индекс массы тела, ученые определили, что 20% мальчиков и 24% девочек, которые спят меньше 10 часов в сутки, имеют лишние килограммы.

Удивительно, что самый пассивный вид деятельности человека – сон – может послужить причиной изменения веса у детей!

Интеллектуалы предпочитают овощи

Исследование, проведенное британскими учеными, доказывает, что дети, имеющие более высокие показатели интеллекта, в дальнейшем чаще становятся вегетарианцами.

Исследователи не в состоянии объяснить, с чем связаны более высокие показатели интеллекта у любителей овощей, однако предполагают, что богатая витаминами диета повышает мозговую активность. Приверженность к вегетарианству снижает риск сердечных заболеваний и склонности к чрезмерной полноте.

Ученые проверили 8179 человек, тесты на интеллект которых были проведены в 1970 году. Так, большая часть тех, кто показал высокие результаты, впоследствии предпочла овощную диету.





Синдром срыгивания и рвоты у детей

Валерий Михайлович Горобченко,
краевой внештатный детский гастроэнтеролог,
кандидат медицинских наук;
Зинаида Федоровна Акинина,
заведующая отделением психоневрологии новорожденных,
врач высшей категории, кандидат медицинских наук

Срыгивание и рвота - наиболее частые клинические признаки дисфункции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни.

Основными причинами этой дисфункции можно считать пониженный тонус мышц кардиального отдела пищевода и желудка, высокий тонус пилорического отдела желудка, дискоординированную моторику желудка в связи с нестабильностью или нарушениями иннервации. Для подтверждения функционального характера данных нарушений обязательными исследованиями при стойкости синдромов являются исключение врожденной и неврологической патологии, воспалительных и интоксикационных состояний ребенка.

В наших наблюдениях наиболее частые явления срыгивания и рвоты отмечались у детей с перинатальным поражением ЦНС, а также у детей первого года жизни с лактазной недостаточностью, где основной причиной являлось повышенное газообразование.

Для коррекции данных функциональных нарушений у 34

детей мы использовали введение полное (при искусственном вскармливании) либо частичное (до 0,5 объема в сутки при естественном) смеси «Нутрилон-Омнео».

У всех детей за период наблюдения в течение 10 дней были получены положительные результаты. Однако в некоторых случаях, при выраженных признаках лактазной недостаточности, пришлось пе-



рейти на безлактозные смеси, что оказалось более эффективным.

В настоящее время для коррекции синдрома срыгивания и рвоты наряду с вышеназванной смесью в арсенале педиатра имеются лечебные смеси «Нутрилон-Антирефлюкс», «Фрисовом». Неплохой эффект получен нами при использовании в качестве загустителя и запуска моторики 10%-го картофельного пюре по 1 чайной ложке перед кормлением ребенка смесью либо грудным молоком.

Наряду с питанием в большинстве случаев приходилось проводить медикаментозное лечение неврологических нарушений, а также коррекцию биоценоза и ферментообразования. В качестве регуляторов моторики в некоторых случаях использовались прокинетики и спазмолитики.



Школа артериальной гипертензии

30 ноября. Наша «миссия» работала в Шипуновском районе.

- Встреча с представителями социальной сферы Шипуновского района состоялась не только при участии первого заместителя главы администрации **Владимира Ивановича Горшкова**, курирующего здравоохранение в районе, но и главы администрации района **Валерия Владимировича Кириловского**, а также глав муниципальных образований района. Мы не питаем иллюзии, что тема профилактики артериальной гипертензии в районе в одночасье станет приоритетной.

Однако, с одной стороны, налицо высокий уровень квалификации специалистов ЦРБ, их заинтересованность и готовность к проведению «школ профилактики артериальной гипертензии», с другой стороны, есть потребность в таких образовательных программах у жителей, и наш приезд - как «своеобразный детонатор». Такую профилактическую работу можно выделить в число важных социальных проектов района уже в ближайшее время.



- О партнерстве в рамках проекта мы договорились с заместителем главного редактора Шипуновской районной газеты «Степная новь» Александром Осиповым.

7 декабря. Г.Камень-на-Оби. Каменский район

Это наш второй выезд в Камень-на-Оби в текущем году.

Замечательно, что наши «октябрьские» договоренности о сотрудничестве начали реализовываться уже в декабре этого года, причем, сразу в нескольких направлениях:

- В актовом зале медицинского училища в течение дня шел семинар по профилактике артериальной гипертензии, в котором кроме, «каменцев», участвовали специалисты-медики Панкрушихинского, Тюменцевского, Крутихинского районов.

- Рабочая встреча с представителями социальной сферы и общественниками города и района при участии главного врача ЦРБ, к.м.н. Сергея Викторовича Насонова, заместителей глав администраций района по социальным вопросам Галины Петровны Павлович и Валерия Николаевича Юткина выявила явное неравнодушие ее участников, и не столько к проблеме артериальной гипертензии, сколько к состоянию здравоохранения в районе и в городе в целом.

- В рамках нашего проекта «Школа ответственного родительства» прошел семинар с акушерами-гинекологами вышеназванных районов в женской консультации, строительство которой было завершено в текущем году. Руководителем семинара выступила доцент кафедры АГМУ, к.м.н. Ольга Васильевна Ремнева.

О сохранении женского репродуктивного здоровья шел разговор с женщинами с.Гонохово, в котором также приняла участие кандидат медицинских наук О.В. Ремнева.

- С заместителем главы Каменского района Галиной Павлович мы побывали в с.Аллак, где встретились с ответственностью села. Конечно, тема разговора - семья, решение ее проблем, особенно как помочь семье, где ребенок с раннего возраста серьезно болен. Как расширить возможности таких детей в общении, обучении, получении профессии?

- Состоялась рабочая встреча с медицинскими сестрами медицинских учреждений города, инициатором ее стала ПАСМР, ее Президент Лариса Алексеевна Плигина.

- С главным врачом Каменской ЦРБ Сергеем Викторовичем Насоновым (жаль, что очень бегло) мы ознакомились и с новой женской консультацией, отделениями хирургического профиля. Побывали в готовящемся к запуску диагностическом подразделении поликлиники, где уже установлены новый стационарный флюорограф и маммограф, а строители завершили чистовую отделку помещений. На очереди - лабораторное отделение для поликлиники.

- Каменская районная больница - довольно мощное многопрофильное учреждение с хорошим уровнем оснащенности современным технологическим оборудованием, высококвалифицированным персоналом. Ее услугами пользуются не только жители г.Каменя-на-Оби и Каменского района, но и близлежащих - Баевского, Тюменцевского, Панкрушихинского, Крутихинского, Шелаболихинского районов.

Только за последний год в этом учреждении произошли весьма серьезные перемены. Очень важно, чтобы население как можно больше имело информации о возможностях ЦРБ г.Каменя-на-Оби и близлежащих районов. О медицинских новостях «каменской зоны» читайте в ближайшем номере журнала «Здоровье алтайской семьи».

Научи учителя. 2006 год.

Слушателями семинара стали медицинские работники Шипуновского, Курьинского, Новичихинского, Поспелихинского, Усть-Калманского, Усть-Пристанского районов.



Доклад д.м.н., профессора, **Галины Александровны Чумаковой** посвящен основным принципам лечения и профилактики артериальной гипертонии.



Больше возможности - выше требовательность и уровень притязаний и ответственности.

Как пример такого отношения - прошедшее в этот же день собрание с представителями сестринского персонала ЦРБ. По настроению оно было неоднозначным. Чувствуется, в коллективе есть традиции, самоуважение, здоровая любознательность; «...хотим знать, уметь больше. Любим свое дело, стремимся к профессионализму, готовы учиться...». Именно поэтому дискуссия о расширении участия работников района в краевой профессиональной сестринской ассоциации, о ее реальной роли в становлении сестринской профессии в крае - вызвала такой неподдельный интерес...



Молодость + опыт



Руководитель отдела по здравоохранению и соцзащите района Николай Павлович Панов.



В середине октября по приглашению заместителя главы администрации Каменского района по социальным вопросам Г.Павлович мы побывали на районном совещании социальных работников и педагогов района, где обсуждались новые формы работы с семьей.



Акушер-гинеколог Нина Ивановна Латышева проявила заинтересованность к участию в нашем проекте «Школа ответственного родительства».



Формы взаимодействия медицинских работников, власти и общественных институтов в вопросах формирования здорового стиля жизни, в реализации образовательных профилактических программ стали темой нашего обсуждения и с медицинскими работниками первичного звена Каменского района и Каменской ЦРБ.



*Поздравляем с Новым 2007 годом
всех общественных представителей
журнала "Здоровье алтайской семьи",
его друзей и партнеров!*



Фоторепортаж со встречи с общественными представителями журнала 19 декабря 2006 года.