

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№ 1 (49)
ЯНВАРЬ
2007





Уважаемые читатели!

Это первая наша встреча с вами в 2007 году. Вы заметили - мы изменили формат журнала?

Просто старые рамки нам стали немного малы. Но мы остаемся верны выбранному курсу, курсу на здоровье наших алтайских семей.

В наших планах - продолжить знакомить вас, уважаемые земляки, со всем тем позитивным, что происходит в социальной политике в крае, особенно в вопросах укрепления семьи, поддержки ответственного родительства.

Мы не оставим без внимания достижения и успехи нашей медицины.

Но своей главной задачей мы по-прежнему видим целенаправленную деятельность по обучению населения здоровому стилю жизни, иначе все усилия государства, специалистов будут менее результативны, как говорится «наильно здоров, не будешь».

Число активных сторонников и пропагандистов здорового стиля жизни множится, и вопросы профилактики в том или ином преломлении становятся все более востребованными.

Безусловно, не могут не радовать те меры, которые сегодня принимаются государством по поддержанию здравоохранения, но ... государство гарантирует медицинскую помощь уже больным людям.

Заботиться о сохранении здоровья здоровых, предотвратить потенциальные проблемы со здоровьем, возможную утрату здоровья по незнанию, неосмотрительности, помочь человеку сделать правильный выбор в пользу здорового образа жизни, научить уметь быть здоровым - вот те задачи, которые требуют консолидации и государственных, и общественных структур, вот весьма благородный и благодатный повод для социального партнерства.

(Продолжение - на стр. 2-3)

ВНИМАНИЕ!

Редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» располагается по новому адресу!

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

Адрес редакции:
656049 г.Барнаул,
ул. Пролетарская, 113, оф.200
Тел. редакции -
(3852) 63-84-90, 35-46-42
E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Валентиновна Козлова
Тел. 8-960-939-6899

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
и верстка -
Ольга Жабина
Оксана Ибель

Менеджер по работе
с общественными
представителями -
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -
Лариса Юрченко

Подписано в печать 31.01.2007г.
Печать офсетная. Тираж -
6800 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №
ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-
бирским окружным межрегиональным тер-
риториальным управлением 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**

На обложке: Светлана Дмитри-
евна Яворская с детьми Еленой и
Дмитрием

Содержание

Коммуникационный проект «Санпросвет» - приветствуем	2
Памяти учителя	3
Решили - продолжим сотрудничество	4-5
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА. С.Д. Яворская. Встреча с роддомом: шаг за шагом (Записки врача и пациента)	6-7
А.А. Шипилов, А.В. Корчагина. Профилактика врожденных пороков развития	8-10
Вклады на два года	11
«Сонные» факты	12
Ловкость рук - и никаких морщин	13
Мир и медицина	14
ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ (занятие 2). Н.А. Терещенко. Закаливание детей	15-16
Почему молодеют болезни?	17-18
КГУЗ «Клинический консультативно- диагностический центр Алтайского края» в реализации национального проекта «Здоровье-2007»	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Профессиональная сестринская Ассоциация в 2006 году	21-22
Н.В. Башкова. У вас диабет? Профилактика осложнений при сахарном диабете	23-24
В.П. Михайлова. Пьянеющая Россия или пьющая Россия?	24
Мир и медицина	25
Остеохондроз: выбираем здоровье	26-27
Эпоха, рождающая тревоги	28-30
Женское счастье: какое оно?	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
В.В. Гузь. Язвенная болезнь	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Как похудеть без диеты?	35-36
Питаемся по гороскопу	37
Что делать, когда тяжело на душе?	38
В.М. Горобченко, Ю.В. Миллер, Т.С. Кашинская. Запоры у детей разного возраста	39-40
В.И. Семенников. Еще раз о правильной чистке зубов	41-42
Наличные - смертельно опасная зараза	42
Ручки и ножки на пять баллов	43-44
Влияние кольца	44

Продолжение

Коммуникационный проект «Санпросвет» - приветствуем

То, что наша программа «Здоровая семья – это здорово. Школы здоровья – школы профилактики» через Краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие» получила государственную финансовую поддержку, – уже реальный пример того, что социальное партнерство, консолидация в этом направлении возможны.

Знаком того, что вопросы профилактики, формирования здорового стиля жизни могут стать одним из основных направлений в государственной демографической политике, для меня лично стало выступление председателя Совета Федерации Сергея Миронова, в частности, о том, что:

«...России нужен общественный проект по санитарному просвещению и пропаганде здорового образа жизни.

Сегодня ясно, что назрела настоятельная необходимость создания постоянно действующей комплексной эффективной системы санитарно-гигиенического просвещения и воспитания населения, повышения санитарной культуры граждан России, пропаганды здорового образа жизни.

Это направление деятельности должно стать логичным продолжением действий, предпринимаемых государством и обществом по повышению качества жизни граждан России.

Понимая всю важность проблемы, осознавая безотлагательность ее решения, представляется целесообразным, при непосредственном государственном участии, в рамках действующего национального проекта «Здоровье» разработать и реализовать масштабный коммуникационный проект «Санитарное просвещение граждан Российской Федерации (САНПРОСВЕТ)».

Целями проекта станут, во-первых, сбор, концентрация и структурирование информации об опыте регионов по названной проблематике; во-вторых, вовлечение в публичный диалог представителей органов власти, общественных организаций, специалистов-практиков; в-третьих, распространение информации и популяризация успешного опы-

та в санитарном просвещении, в воспитании здорового образа жизни.

Вместе с тем, для обеспечения полноценной и плодотворной деятельности по реализации намеченного необходима государственная финансовая поддержка. Полагаю, что она может быть оказана в рамках финансирования нового направления реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» ...»*.

Сегодня в Совете Федерации, с участием ряда общественных организаций, уже ведется разработка конкретной и детальной программы действий по организации проекта «САНПРОСВЕТ». В этом году запланировано специальное заседание Научно-экспертного Совета при председателе Совета Федерации по данной проблеме.

Опыт работы в данном направлении наших краевых общественных организаций также вызвал определенный интерес, и мы рассчитываем, что он будет и востребован, и полезен при реализации коммуникационного проекта «САНПРОСВЕТ».

Но вернемся к нашим совместным планам с фондом «Содействие».

Алтайский краевой фонд поддержки социальных инициатив «Содействие» при финансовой поддержке государства в 2007 году в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово. Школы здоровья – школы профилактики» планирует:

◆ подготовить и издать рабочую тетрадь (специальный выпуск журнала «Здоровье алтайской семьи») «Школа ответственного материнства»;

◆ издать альбом «Эстафета родительского подвига», включающего как материалы, собранные Краевым Со-

вом женщин и Общественной женской палатой при главе Администрации Алтайского края о матерях-победительницах Эстафеты материнского подвига, начиная с 2001 года, так и о семьях-участницах, объявленном в этом году конкурсе семей «Теплом родительского сердца согреты»;

◆ четвертый год некоммерческие общественные женские организации края проводят мероприятия под общим призывом «НКО, матери и отцы Алтая в интересах отцовства, материнства и детства». Их деятельности в 2003-2005 годах посвящены буклеты с одноименным названием, которые будут переизданы Фондом с целью популяризации их деятельности в крае, в них найдут отражение и наша работа;

◆ мы приступили к большой и ответственной работе по подготовке альбома «Женщины Алтая». Редакционному Совету данного издания предстоит непростая задача: отобрать самых достойных из достойнейших, так как формат будущего издания, к сожалению, неограничен. Ваши предложения о женщинах, которые, по Вашему мнению, могут стать украшением такого издания, будут весьма полезны;

◆ мы готовим к переизданию (с изменениями, добавлениями) просветительские библиотеки журнала «Здоровье алтайской семьи», в том числе и таких, ставших уже популярными как среди медицинских работников, так и жителей края брошюр, как:

- «Школа артериальной гипертонии»;
- «Школа остеопороза»;
- «Тиреозкола»;
- «Школа сахарного диабета»;

◆ мы продолжим наши рабочие выезды в города и районы края;

◆ у нас появилась возможность в 2007 году направить презентационные экземпляры журнала «Здоровье алтайской семьи» целому ряду общественных организаций, районным и сельским библиотекам, центрам социальной помощи семье и детям, активистам НКО. Мы рассчитываем, что такое знакомство с нашим изданием сделает их горячими сторонниками и сподвижниками не только нашего журнала, но и идей, ими пропагандируемых.

* - из статей С.Миронова в республиканской прессе



Памяти учителя

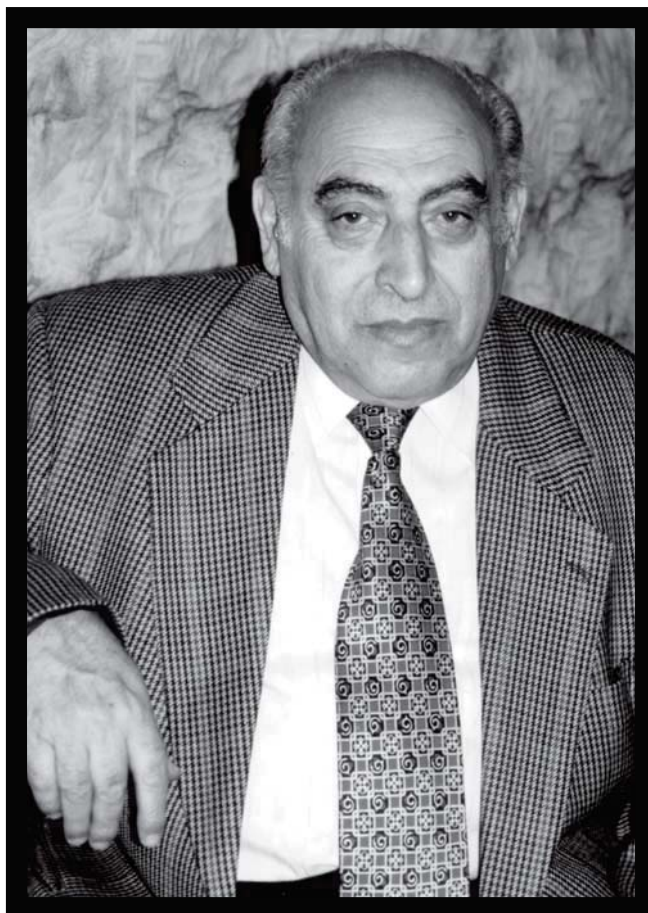
В последние дни 2006 года мы все понесли невосполнимую утрату - ушел из жизни ученый с мировым именем, врач от Бога - Зиновий Соломонович БАРКАГАН. Член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор...

Помимо высокого профессионализма, его всегда отличали особые человеческие качества - уважение и любовь к людям, сострадание, желание и умение помочь, поддержать. Все, чем занимался Зиновий Соломонович, он делал с огромной самоотдачей, искренне. Это был человек высочайшей эрудиции, большого таланта и колоссальной работоспособности.

Думаю, что все выпускники Алтайского государственного медицинского университета, с его основания до этих дней, считают себя его учениками.

Возможность общения с людьми такого масштаба - величайший дар. И я благодарна Зиновию Соломоновичу за те очень непродолжительные, но такие значимые для меня мгновения общения с ним: за замечательные лекции, прослушанные еще в мою студенческую пору, за внимание к первому опыту самостоятельной работы в период прохождения интернатуры на базе МСЧ «Трансмаш», где тогда размещалась его кафедра, за консультации сложных случаев, в которых он никогда не отказывал.

Зиновий Соломонович один из первых поддержал идею нашего журнала «Здоровье алтайской семьи». И только мое



опасение, что его постоянное участие в журнале будет занимать слишком много его бесценного времени, отнимая его от других, более значимых дел, не позволило мне воспользоваться его согласием в полной мере...

Помню, как рукоплескали Зиновию Соломоновичу собравшиеся на Демидовском балу представители промышленников и культурной общественности Алтая, когда Попечительский Совет Фонда объявил о присвоении Зиновию Соломоновичу Баркагану почетной премии «Прославляющий Алтай». Храню приглашение Баркагана-юбиляра на торжественное заседание Ученого Совета АГМУ в связи с его 80-летием...

Он всегда был живым, энергичным, и мне кажется, что с того момента, когда мы, первокурсники, впервые увидели его 35 лет тому назад, он мало изменился.

**Таким он и останется
в нашей памяти...**



Решили - продолжим сотрудничество

Общественные представители журнала «Здоровье алтайской семьи», Фонда «Содействие» накануне Нового года встретились с редакцией.

Подводя итоги прошедшего года, загадывая планы на будущее, мы попытались все вместе ответить на несколько волнующих нас вопросов:

1. Какие события в масштабах страны, края, вашего города (района), коллектива в уходящем году можно назвать знаковыми?

2. Что для Вас здоровый стиль жизни и как Вы его достигаете?

3. Что можно предпринять для изменения отношения людей к своему здоровью?

4. Чего ожидаете от 2007 года?

Ерохина Галина Витальевна, Бийская центральная районная больница, инструктор:

- Считаю одним из главных событий ушедшего года в жизни города – начало его газификации.

А для себя лично – могу выделить мое возвращение в родной коллектив, который отличается дружбой и сплоченностью. От нового, 2007, года я жду больших успехов в работе по пропаганде здорового образа жизни, хочу «достучаться» до людей и словом, и личным примером.

В нашей поликлинике действует «Школа больных артериальной гипертонией», и поэтому я считаю необходимым выпуск брошюр из библиотеки журнала. Предлагаю также выпустить брошюру «Подросток и мы», в которой мы также нуждаемся.

Чертовских Татьяна Семеновна, директор



«Центра социальной помощи семье и детям» Бурлинского района:

- Считаю событием для своего Центра - выделение дополнительного помещения и, конечно же, – присвоение ему звания экспериментальной площадки «Здоровая семья – это здорово». Личные впечатления 2006 года – моя поездка в Германию и Голландию.

Вновь начала заниматься по дыхательной гимнастике, самомассажем. Ставлю себе целью в этом году ежедневно заниматься самосовершенствованием.

Я верю, что только мотивация, побуждение к ведению здорового образа жизни спасет людей, и поэтому считаю, что нужен именно психологический «ликбез» для населения.

Себе и своим соратникам по общему делу желаю здоровья, душевного покоя, удачи, а также не останавливаться на достигнутом и выиграть грант в новом проекте.

Примечательно, что в нашем Центре организована работа «Школы больных артериальной гипертонией», и считаю, что нам необходима соответствующая литература по этой тематике. И, конечно же, брошюры по «Школе сознательного родительства» - обязательны!

От редактора. В наших планах давно значится посещение Бурлинского района. Нашу медлительность в этом вопросе в хорошем смысле подтолкнуло обращение-приглашение от первого заместителя главы администрации района С.А. Давыденко. Оно принято с благодарностью.

Плигина Лариса Алексеевна, президент ПАСМР:

- Среди личных событий могу упомянуть празднование своего юбилея. Если говорить о работе Ассоциации, то нельзя не упомянуть о нашем уча-



стии в работе Международного Форума. Мы переехали в новый офис, утвердили новый Устав, увеличился штат сотрудников, увеличилось число медицинских работников среди членов Ассоциации. Теперь ставим перед собой более масштабные цели.

Чтобы изменить окружающих – надо начинать с себя, верить в свои силы.

Сагайдачная Лидия Матвеевна, МУЗ «Рубцовская ЦРБ»:

- Очень рада проходящей газификации края. Для нашей больни-



цы большое событие – получение в Париже «Золотой медали Наполеона». Считаю, что проделана большая работа по внедрению здорового образа жизни.

Намерена среди педагогических коллективов, среди школьников вести пропаганду как журнала, так и вообще ЗОЖ.

Помогаю семьям погибших воинов в локальных войнах решать возникшие проблемы, определяюсь с местом на госпитализацию в краевой госпиталь. Тесно работаем с филиалом краевого кризисного центра.

От редактора. *Лидия Матвеевна Сагайдачная – человек очень ответственный, самоотверженный и скромный. Для нас стало полной неожиданностью то, что она – участник боевых действий в Афганистане и награждена государственными наградами: в 1985 году – медалью «За трудовую доблесть», в 1990 году – «70 лет Вооруженным Силам», в 2006 году она получила две медали – «Ветерану боевых действий в ДРА», «15 лет вывода советских войск из ДРА».*

Альшанская Татьяна Леонидовна, главный врач Топчихинской ЦРБ:

- Главным в уходящем году, безусловно, считаю принятие и реализацию национального проекта «Здоровье». Этот год, полагаю, для нашего района запомнится высокими показателями в отрасли сельского хозяйства. В 2006 году меня наградили знаком «Отличник здравоохра-



нения».

Улучшилась материально-техническая база нашей больницы, приобрели дорогостоящее медицинское оборудование, сделали капитальный ремонт хирургического отделения.

Для меня «здоровый образ жизни» - не пустые слова: занимаюсь на тренажерах, постоянно хожу в баню с выходом на снег, систематически ходим на лыжах. В этом году впервые окунулась в крещенскую прорубь – получила незабываемое удовольствие!

В 2007 году желаю всем благополучия, стабильности, чтобы наши дела принесли успех.

Егорова Ия Андреевна, заместитель президента Краевого Совета женщин:

- Главным событием уходящего года в масштабах России считаю национальные проекты.



В том году мы с мужем отметили 45-летний юбилей нашей совместной жизни. Я закончила книгу для организаторов здравоохранения «Основы качества медицинской помощи», планирую теперь ее издать.

В плане здорового стиля жизни придерживаюсь принципа «Здоровье – это просто». И поэтому считаю, что нужно через собственный пример – будь ты педагогом, врачом, медсестрой и пр. – проводить активную профилактику среди населения. И тогда мы сможем не только удержать уровень прошлого года по продолжительности жизни, но и, может быть, увеличить его.

Нечаева Любовь Прохоровна, главная медицинская сестра стоматологической поликлиники, г.Каменьна-Оби:



- В масштабах своего города могу отметить, что в г.Камне-на-Оби стало жить несколько легче, улучшилось благосостояние части его населения, появилась активность.

В любое время года стараемся активно и много отдыхать: походы, выезды на природу, посещение бани, катаемся на лыжах, купаемся, стараюсь правильно питаться. И счи-

таю, что нам всем нужно побольше читать соответствующей литературы на тему здоровья, посещать Школы здоровья.

Тырышкина Ольга Михайловна, заместитель главного врача по консультативно-диагностической деятельности и охране материнства и детства, КГУЗ «Клинический Консультативно-диагностический центр Алтайского края»:



- В 2006 году на территории края был внедрен перинатальный мониторинг, и мы планируем продолжить его в рамках Диагностических центров гг.Рубцовска и Бийска.

Для меня Женщина – это в первую очередь мать. И когда, став матерью, она принимает решение оставлять своего ребенка на попечение государства по необходимости, - это недопустимо!

В прошлом году моя семья переехала, что называется, «на землю». Я этому рада: люблю выращивать цветы, ухаживать за садом - это мое увлечение.

От нового года я ожидаю новых встреч, решение и реализацию идей, которые принесут радость и здоровье, сделают счастливым хоть одного человека.



ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Встреча с роддомом: шаг за шагом

(Записки врача и пациента)

Кем бы Вы ни были в жизни – учителем, продавцом или врачом, но рано или поздно женщине необходимо исполнить свой основной биологический долг – стать матерью.

Кто-то готовится к этому событию заранее, у кого-то беременность наступает внезапно. Словно спланированная и посланная нам свыше... И вот уже полетели дни, недели, месяцы терпеливого ожидания самого удивительного чуда на Земле – рождения Вашего ребенка.

В период от 37 до 42 недель у женщины появляются предвестники скорых родов, и ее путь лежит в особое «царство» под названием «роддом». Встреча с ним всегда волнительна, полна тревог и сомнений.

Как пройдут роды? Что я буду ощущать? Что будет чувствовать малыш? Как вести себя в первые дни после родов? Вот неполный перечень вопросов, которые чаще всего волнуют женщину накануне родов. **Далеко не каждая женщина по разным причинам может успокоить себя беседой с курирующим ее врачом, почерпнуть информацию из специальной литературы или обсудить на занятиях «Школы будущей матери».** А ведь так важно прийти к родам максимально психологически подготовленной, без лишних страхов и тревог. Положи-

тельный настрой женщины является одной из составляющих благополучного течения родов и рождения не только живого, но, главное, здорового ребенка.

Осенью 2006 года во второй раз в жизни пациенткой роддома стала и я. Оттого, что я знаю о таинстве родов несколько больше, чем многие из вас, сомнений и тревог у меня было не меньше, а может, даже несколько больше. Ведь в данном случае я выступала не в роли специалиста, а в роли обычной женщины и просто будущей мамы. Свои впечатления я попыталась отобразить в дневнике, отрывками из которого хочу поделиться.

☞ *День первый.*

Отделение патологии беременных

До родов, по данным менструации и первого УЗИ, осталось несколько дней. Уже опустился живот, перестала прибавлять в весе. Прихватив все необходимые документы – **обменную карту, паспорт, медицинский страховой полис и родовой сертификат** –



к 8 часам утра отправилась в роддом. Так как первые роды прошли оперативным путем, мне показана дородовая госпитализация в отделение патологии беременных. Уже сегодня после заполнения истории родов началось обследование: **сделали пробы на реакцию к антибиотикам и новокаину, прошла УЗИ.** После УЗИ немного успокоилась: зрелость плода 9-10 баллов, плацента 3 степени, но со своей функцией справляется, так как кровоток в сосудах матки, пуповины и плода не нарушен. Малыш не страдает и готов к внеутробной жизни. Осталось определиться со сроком родов.

☞ *День второй*

С 6 утра не сплю – сдаю **анализы (кровь и мочу)**. Сегодня мне еще предстоит **запись ЭКГ**, и я услышу звучание сердечка моего малыша, когда буду проходить кардиотографию.

☞ *День третий*

С нетерпением жду утреннего обхода курирующего врача. Сегодня я узнаю результаты обследования, и мы должны обсудить срок и план ведения родов.

В 9 часов утра пришел доктор. Общий осмотр нас обеих удовлетворил: отеков нет, АД - 110/70 мм



рт.ст. на обеих руках, сердцебиение плода прослушивается хорошо. Клинические анализы тоже практически все в норме, но только гемоглобин снизился до 92 г/л при нижней границе нормы 110 г/л. Прямо с сегодняшнего дня (и минимум месяц после родов) начинаю **прием препаратов железа**, ведь дефицит железа непременно скажется на малыше. У него тоже может развиваться анемия, да и мне с низким гемоглобином будет тяжелее восстанавливаться после родов. Я выбираю препарат «Сорбифер». Терапевт противопоказаний для оперативных родов не выявил.

Учитывая срок беременности и родов, зрелость плода, вместе с врачом решили рожать завтра. Обсудили объем операции и доступ, к тому же астрологи обещали хорошую звездную картину. После обеда – беседа с анестезиологом. Какой наркоз выбрать? Слушаю все плюсы и минусы общего наркоза и перидуральной анестезии, выбираю второй. Первый раз был общий – целые сутки забвения, а так хочется в первые минуты жизни моего чада разглядеть его, услышать крик и успокоить у себя на груди.

☺ *Решающий день. День родов*

После вечерних таблеток ночь спала хорошо, но проснулась уже в 6 утра. Волнуюсь, жду и страшно боюсь. Боюсь всего – наркоза, операции, первой встречи с малышом.

Пришла акушерка, **перебинтовали ноги** (профилактика тромбозов). Не пью, не ем. Жду, когда поведут в операционную. Время тянется сегодня особенно долго. Наконец позвали.

Вот я уже сижу на операционном столе, легкий «комариный укус» в области крестца, и через минуту тепло разливается по ногам. Лежу, анестезиолог проверяет чувствительность иглолкой. Чувствую ее прикосновение только до мечевидного отростка. **Можно начинать операцию.** Все вижу, все слышу, голова совершенно свежая, легко говорю. Здесь, наоборот, все происходит очень быстро. Буквально через несколько минут услышала крик своего мальчика, а еще через минуту ясно увидела его. Слезы счастья

потекли по щекам, и миг ощущения пустоты в теле. Анестезиолог предлагает поспать, но я отказываюсь, хочу до конца быть вместе со всеми, жду первый вердикт неонатологов. Они тут же появляются в дверях операционной и сообщают вес, рост, а главное, то, как пережил малыш первый в своей жизни стресс – встречу с этим миром. Все хорошо: оценка по Апгар 8-9 баллов, вес – 3400г, рост – 50см.

После окончания операции два часа нахожусь в родильном отделении, и со мной вместе мой – долгожданный малыш. Он хорошо взял грудь, слизал первые капельки молозива, теперь я за него спокойна – **защита от инфекции у него есть.**

Коллеги, муж, поздравления. Ощущение теплоты и заботы. Все вижу, слышу, ощущаю. Думаю: как хорошо, что выбрала «укол в спину».

Вечер. - Я в отделении **реанимации.** Болей нет. Уже сама села в постели и сходила на судно. Засыпаю спокойная и счастливая.

☺ *Первый и второй дни после родов*

Послеродовое отделение – тишина, чистота и уют. Я чувствую себя полной развалиной. Ужасно больно, с трудом встаю и хожу по палате, тогда как девочки после самостоятельных родов уже буквально бегают по коридору. Но я все равно **стараюсь вести себя более активно**, а не лежать. Это важно для полноценной работы кишечника. Одна радость – встреча с малышом. Он пока в детском отделении, и его приносят только на кормление, когда он просит есть. Когда малыш сосет грудь, тепло его тельца снимает боль. Хорошо, что современные антибиотики и их короткий курс после операции позволяют кормить малыша с первых суток. Медицина не стоит на месте!

☺ *Третий день*

Начинаю ощущать себя полноценным человеком. Мой мальчик уже со мной, мирно посапывает в своей первой колыбели. **Отныне и навсегда мы вместе.** Сегодня у сынули **убрали пуповинный отросток, взяли клинический анализ крови. Нам обоим сделали УЗИ:**

мне – матки, а ему посмотрели состояние головного мозга, сердца и других внутренних органов. У меня пришло молоко: грудь резко увеличилась, плотная, набухли вены. Я чувствую, что малышу трудно сосать, сцеживать больно. Иду за помощью в **физиокабинет на сеанс ультразвука.** Он поможет убрать отек, облегчит отделение молока.

☺ *Четвертый день*

Наше с сыном уединение нарушают только обходы врачей и вечерние посещения родственников. Те, кто родился с нами самостоятельно, уже сегодня собираются домой, а нам еще предстоит прожить день в роддоме. Я полна сил, малыш тоже. Уже начал восстанавливать потерянные в первые сутки граммы массы тела. Он пожелтел, но билирубин в норме – коррекции не требуется. Сегодня нам сделали **вторую прививку – БЦЖ** (от туберкулеза), а **от гепатита В поставили уже в первые сутки.**

Меня посмотрели на кресле, в очередной раз поменяли повязку на животе, **провели беседу о поведении, гигиене и контрацепции после родов.** А детский врач напомнил **правила ухода за малышом.**

☺ *Последний день в роддоме*

Сегодня после обхода врачей нас могут выписать. Звоню домой. Все ли готово к нашему приходу: **сделана влажная уборка, собрана кровать, какая температура в комнате малыша?** Желательно, чтобы температура воздуха в ней была **около 22 градусов.** Перед выпиской у малыша **взяли кровь из пяточки на врожденные эндокринопатии и нарушения обмена веществ:** гипотиреоз, адреногенитальный синдром, фенилкетонурию и муковисцидоз. Он перенес это мужественно, только слегка сморщил носик и обиженно поджал нижнюю губу. Я прижала его к себе, и его ротик расплылся в неосознанной блаженной улыбке.

До свидания, роддом! Спасибо тебе за доброту, внимание, ласку. Мы едем домой, и нас с малышом ждет новый этап жизни – этап роста и развития малыша, этого лучика счастья в рутине повседневных забот нашей взрослой жизни.



Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ
ШИПИЛОВ,
врач-генетик высшей категории,
Межрегиональная генетическая
консультация,
Краевая детская поликлиника,
г.Барнаул



АННА ВИКТОРОВНА
КОРЧАГИНА,
врач-акушер-гинеколог,
отделение пренатальной диагностики,
Межрегиональная
медико-генетическая консультация,
Краевая детская поликлиника,
г.Барнаул

Профилактика врожденных пороков развития

Врожденные пороки развития (ВПР) в значительной мере определяют репродуктивные потери, перинатальную и неонатальную смертность и способствуют росту числа инвалидов с детства.

Частота ВПР у новорожденных детей уже при появлении на свет составляет, по данным ВОЗ, **2,5-3%**. Однако с возрастом она увеличивается до **5-7%** за счет проявления не выявленных при рождении ВПР, когда происходит нарушение функции тех или иных органов (сердце, сосуды, почки, легкие и др.). Ежегодно регистрируемое число ВПР у детей до 1 года с 1999 по 2005 год в Алтайском крае возросло с **431 до 820**.

Причины возникновения ВПР разнообразны: генетические (20%), хромосомные (10%), тератогенные (9%), неизвестной этиологии (35-40%).

В зависимости от срока возникновения ВПР условно делятся на гаметопатии, бластопатии, эмбриопатии и фетопатии.

Лечение большинства грубых и, особенно, множественных ВПР **невозможно**. Поэтому огромное значение придается их активной профилактике, которая включает в себя медико-генетическое консультирование, прекоцепционные мероприятия, пренатальную диагностику.

Медико-генетическое консультирование (МГК) – специализированный вид медицинской помощи – является наиболее распространенным видом профилактики врожденных и наследственных болезней. *Суть его заключается в оп-*

ределении прогноза рождения ребенка с врожденной патологией, объяснении вероятности этого события будущим родителям, помощи семье в принятии решения о деторождении, определении подходов к дородовой диагностике.

Показания для обязательного медико-генетического консультирования:

- ◆ наличие ребенка с врожденным пороком развития или наследственным заболеванием;
 - ◆ наличие в родословной одного из супругов наследственных заболеваний, случаев ВПР;
 - ◆ возраст будущей матери старше 35 лет;
 - ◆ наличие самопроизвольных выкидышей, мертворождений, бесплодия супругов;
 - ◆ воздействие неблагоприятных факторов в ранние сроки беременности;
 - ◆ неблагоприятное течение беременности (угроза, многоводие, маловодие, изменения показателей сыровоточных маркеров крови матери);
 - ◆ кровнородственный брак.
- В идеале, начинать планирование здорового ребенка надо с визита к врачу-генетику. **Каждая супружеская пара должна пройти медико-генетическое консультирование до планирования деторождения**



(проспективно) и, безусловно, после рождения больного ребенка (ретроспективно). Успех в профилактике врожденных и наследственных заболеваний у детей в значительной мере зависит от информированности лиц, вступающих в брачные отношения. Знание собственной родословной, наличие сведений о состоянии здоровья своих ближайших и отдаленных родственников, а также чувство ответственности за состояние здоровья своих детей служат стимулом самостоятельного решения о необходимости добрачного медико-генетического консультирования и определения степени возможного риска для будущего потомства.

Прекоцепционная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на обеспечение оптимальных условий для созревания зародышевых клеток, их оплодотворения и образования зиготы, ее имплантации и раннего развития плода. Она включает в себя выбор времени зачатия, диагностику носительства инфекций, витаминотерапию, исключение профессиональных вредностей и др.

Выбор времени зачатия. Многочисленными исследованиями было показано, что риск рождения ребенка с ВПР является особенно низким, если зачатие происходит на конец лета - начало осени. Самая высокая вероятность появления больного потомства регистрируется при начале беременности в весенние месяцы.

Проведенные исследования показали, что точность диагностики ВПР в популяции составляет 87%, в группе повышенного риска - 90%.

Диагностика инфекций, тесно связанных с репродуктивной системой. Наиболее опасно первичное заражение во время беременности такими инфекционными агентами, как **цитомегаловирус, вирус простого герпеса, токсоплазмоз, микоплазма, которые могут быть причиной самопроизвольных выкидышей, пороков развития центральной нервной системы у плода (гидроцефалия, микроцефалия).** Наиболее тяжелое повреждающее действие на плод оказывает **вирус краснухи.** По последним данным, краснуха встречается чаще у взрослого населения, чем у детей, что обусловлено иммунопрофилактикой данного заболевания в младенчестве. Перенесенная во время бере-

менности краснуха (особенно в I триместре) является абсолютным показанием к прерыванию беременности, поскольку является причиной выкидышей, врожденных глухоты, слепоты, пороков сердца.

Таким образом, при обнаружении какой-либо инфекции необходимо ее лечение, неспецифическая иммунопрофилактика. При отсутствии иммунитета к краснухе необходимо **вакцинация за 3 месяца до беременности.**

Витаминотерапия. Клинические испытания показали, что потребление витаминных препаратов с высоким содержанием **фолиевой кислоты** за 2-3 месяца до зачатия и до 10-12 недели беременности может предотвратить некоторые, хотя и не все, случаи дефектов нервной трубки, анэнцефалии, дефектов верхней губы и твердого неба, пороков конечностей, мочевых путей. Механизм, через который фолиевая кислота предотвращает фолат-зависимые ВПР, изучается. *Ежедневное употребление фолиевой кислоты или поливитаминов, содержащих ее 0,8 мг, снижает риск первичного и повторного рождения детей с ВПР головного и спинного мозга и другими пороками развития.* Этот метод первичной индивидуальной профилактики ВПР имеет большое практическое значение и является приемлемой альтернативой пренатальному скринингу ВПР и селективным абортам плодов с ВПР.

Гипергомоцистеинемия. По результатам исследований, гипергомоцистеинемия является частой и одной из важнейших причин возникновения ВПР плода, а также развития различной акушерской патологии у беременной женщины. **Гомоцистеин** - это аминокислота, которая не содержится в продуктах питания, а образуется в организме из другой аминокислоты - метионина, которых богаты продукты животного происхождения, прежде всего - мясо, молочные продукты и яйца. *Возникающее в результате повышения уровня гомоцистеина микротромбообразование и нарушение микроциркуляции в плаценте приводит к целому ряду осложнений: фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода, позднему токсикозу.* Гомоцистеин свободно переходит через плаценту и может оказывать тератогенное и фетотоксическое действие на плод.

Очень важно знать, что своевременная нормализация уровня гомо-

цистеина в крови женщины зачастую позволяет избежать не только невынашивания беременности, бесплодия, акушерской патологии, но и рождения ребенка с ВПР - анэнцефалией и спинномозговой грыжей. Для этого женщине необходимо принимать препараты, содержащие повышенные дозы фолиевой кислоты, витаминов В6 и В12 не только во время беременности, но и до нее.

Общепризнанными факторами риска для развития ВПР являются прием лекарственных препаратов с тератогенным действием, алкоголь, курение, наркотики, недостаточное питание, профессиональные вредности.

Проведение мероприятий, таких, как охрана и улучшение состояния окружающей среды, проверка на мутагенность и тератогенность лекарств, продуктов питания, пищевых добавок, бытовых и прочих средств, контроль за рентгенологическими процедурами, улучшение условий работы на вредных производствах, приведут к улучшению общего здоровья, а значит, к снижению риска рождения ребенка с ВПР.

Пренатальная диагностика является наиболее эффективным средством профилактики врожденной и наследственной патологии, позволяет отойти от вероятностного прогноза и однозначно решить вопрос о возможном поражении плода. Выявление аномального плода и последующее прерывание беременности позволяют многим женщинам, у которых велик риск рождения больного ребенка, решиться на повторную беременность.

Основными методами пренатальной диагностики являются:

- ◆ ультразвуковое исследование,
- ◆ определение уровня сывороточных маркеров крови матери,
- ◆ инвазивные методы.

Использование только этих технологий дает возможность снизить число рождений детей с врожденной и наследственной патологией плода приблизительно на **30%**. Следует отметить, что эффективность таких исследований пропорциональна полноте охвата ими беременных.

Ультразвуковой скрининг. Для своевременной диагностики ВПР плода УЗИ проводят всем беременным **не менее 3 раз в течение беременности, а по показани-**



▲ **ям** (анамнез или подозрение на ВПР плода) – **через каждые 3-4 недели**, с тщательным исследованием всех органов и систем плода.

Скрининг сывороточных маркеров крови матери играет важную роль в выявлении женщин «группы риска» по рождению детей с врожденной и наследственной патологией.

Первое УЗИ проводится на **10-14 неделях** беременности. В эти сроки оценивается главным образом *толщина воротникового пространства и размер косточек плода*. Кроме того, *можно обнаружить грубые дефекты развития* (анэнцефалия, голопроэнцефалия, экзэнцефалия, лимфангиомы шеи, омфалоцеле, гастрошизис, ахондрогенез I типа, аморфный плод при многоплодной беременности, неразделившиеся плоды, амелия). Толщина воротникового пространства от 3 мм и более – важный маркер хромосомной патологии у плода.

Второе УЗИ проводится в 20-24 недели. В этот срок достигается максимальная эффективность УЗИ в выявлении ВПР разной природы – **до 80-85%**. Помимо выявления ВПР, при проведении УЗИ оценивается *наличие эхогенных маркеров хромосомных болезней*, к которым во 2-м триместре относятся: мало- и многоводие, водянка плода, внутриутробная задержка развития, кистозные гигромы шеи, вентрикуломегалия, гиперэхогенный кишечник, наличие только двух сосудов в пуповине и другие.

Третье УЗИ проводится в 32-34 недели с целью обнаружения ВПР с поздним проявлением и функциональной оценкой состояния плода. На этом этапе принимается тактика предстоящего родоразрешения.

Ложноотрицательные результаты в основном обусловлены проведением исследования до появления видимых анатомических изменений, наличием небольших пороков развития (чаще всего сердца, лицевой части черепа, дистальных отделов конечностей), положением плода, затрудняющим визуализацию его отдельных органов или частей, недостаточно тщательным проведением исследования. По данным литературы, специфичность метода составляет **94,7%**, а чувствительность – **91,5%**.

Оптимальными сроками для проведения исследования альфа-фе-

топротеина (АФП), хорионического гонадотропина (ХГЧ), эстриола (Е3) и 17-гидроксипрогестерона (17-ОП) являются **16-20 недель** беременности. Нормальными значениями сывороточных маркеров для любого срока беременности принято считать показатели МоМ от **0,5 до 2,0**.

Инвазивные методы (биопсия хориона, амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез и биопсия кожи плода) обоснованы и целесообразны тогда, когда:

◆ имеется вероятность рождения ребенка с тяжелым наследственным заболеванием, лечение которого невозможно или малоэффективно;

◆ риск рождения больного ребенка выше риска осложнений после применения методов пренатальной диагностики;

◆ существует точный тест для пренатальной диагностики и имеется лаборатория, оснащенная необходимой аппаратурой и реактивами;

◆ получено согласие консультируемой семьи на прерывание беременности.

С помощью инвазивной пренатальной диагностики патология у плода определяется примерно в 3,2% случаев, а общее число осложнений в результате ее проведения не превышает 1%.

Основными показаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются:

◆ структурная перестройка хромосом у одного из родителей;

◆ возраст матери старше 35 лет;

◆ рождение ранее ребенка с множественными врожденными пороками развития;

◆ пренатально диагностируемые моногенные заболевания;

◆ наличие маркеров хромосомной патологии по данным УЗИ или результатам исследования АФП, ХГЧ, Е3, 17-ОП.

Если в результате пренатальной диагностики выявляется патология плода, не поддающаяся внутриутробной или постнатальной терапии, беременность может быть прервана, после чего необходимо осуществить верификацию данных пренатальной диагностики с использованием лабораторных методов исследования и провести патологоанатомическое исследование плода.

На заметку



Маленькие женские хитрости

● Храните помаду в холодильнике, тогда она прослужит вам дольше.

● Чтобы избежать следов помады на зубах, когда наносите помаду, приложите указательный палец между губ, тогда помада останется на пальце, а не на зубах.

● Если оттенок вашей помады оказался ярче, чем вы ожидали, покрасьте губы карандашом, который на несколько оттенков темнее помады, и лишь затем покрасьте губы – это поможет уменьшить яркость.

● Тонкие губы кажутся полнее, если их обвести контурным карандашом бледного цвета, немного выходя за естественную линию губ, а затем нанести на них яркую помаду и много блеска.

● Слишком полные губы можно уменьшить: сначала нанести на них тональный крем и пудру, а затем обвести темным карандашом, чуть отступая внутрь от естественной линии (при этом лучше пользоваться помадой темных тонов).

● Если одна губа полнее другой, то нужно обвести их контурным карандашом, а затем на ту, что полнее, нанести помаду более темного оттенка.

На ногах удержит вода

У людей подгибаются ноги, и они падают в обморок:

● вследствие эмоционального напряжения;

● слишком долго находились в вертикальном положении;

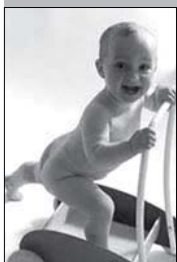
● являются донорами, сдавшими кровь;

● от палящего солнца и летней городской духоты.

Американские ученые экспериментировали на 22 человеках. Одной половине из них дали по 450 мл воды. Затем всех уложили на стол под углом 60°. Через час у людей из второй группы давление понизилось, пульс упал. Испившие «живой воды» чувствовали себя лучше, поскольку жидкость повышает давление крови.

Совет: донорам перед сдачей крови выпить 4 стакана воды. Остальным, опасаящимся обмороков, достаточно и двух.





Физиотерапия

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

Занятие 2

для ДЕТЕЙ

В 1948 году Совмин тогдашнего СССР специальным постановлением указал на необходимость внедрения закаливания в программу физического воспитания детей.



НАТАЛЬЯ АНАТОЛЬЕВНА ТЕРЕЩЕНКО,
главный городской детский физиотерапевт,
заведующая физиоотделением,
МУЗ «Детская городская поликлиника №7», г.Барнаул

Закаливание детей

Закаливание следует проводить с первых месяцев жизни, ибо оно предохраняет от заболеваний гриппом, ангиной, воспалением легких, бронхитом. Положителен и тот факт, что закаливание не требует какой-то специальной обстановки и оно доступно для любой семьи. **При закаливании детей необходимо помнить следующее:**

- 1) начинать закаливание нужно с малых доз;
- 2) увеличивать дозы (время и интенсивность процедур) надо постепенно.

Закаливание должно быть систематичным. Это позволит достичь укрепления организма ребенка. Повысить его приспособляемость к условиям существования в меняющейся среде обитания. Закаливание позволяет адаптироваться организму к сезонным изменениям погоды. Известно, что сезонные колебания температуры достигают 40°C, суточные – 7-10°C и более, а колебания более 11-12°C считаются раздражающими.

Лучшим средством сделать организм ребенка устойчивым к низким температурам, предохранить его от последствий охлаждения – является **закаливание водой.**

Последнее **лучше начинать с обтирания, вводя эту процедуру с**

трехмесячного возраста ребенка. Смочив в воде фланелевую рукавицу, обтирают тело ребенка по частям и тут же растирают сухим полотенцем. Сначала обтирают конечности, затем шею, грудь, живот и спину. Температура воды при первых обтираниях должна быть не ниже **33°C**, в течение 9 месяцев ее постепенно снижают до **28°C**. **Во второй год ее доводят до 25°C, а после трех лет – до 24-22°C.**

С 1,5 лет вводят в обиход обливание, как более эффективное закаливающее средство. Вода при обливании должна быть на **1°C** выше, чем при обтирании, снижаться через каждые 4 дня на **1°C**.

При обливании под душем к влиянию температуры присоединяется **давление струей воды, которая массирует кожу.** Время процедуры около 40 секунд. После душа и других водных процедур малыша следует растереть мохнатым полотенцем до покраснения кожи.

Ножные ванны - также доступный вид закаливания. Ребенок погружает ноги до голеностопных суставов в таз с водой, подогретой до **34-36°C**. Через каждые 3-4 дня температуру воды снижают и доводят до **24-20°C**. При этом меняют не только температуру, но и про-

должительность ножной ванны. В первый день процедура длится **2-3 секунды**, к пятому дню ее доводят до **10-15 секунд**. После снижения температуры воды время процедуры возвращают снова к **2-3 секундам**, а затем в течение 4 дней вновь доводят до **15 секунд**. Так, снижая температуру воды и увеличивая продолжительность процедур, доводят воду до ее нижнего предела – **20°C**.

При водных процедурах контролируется температура воздуха в помещении. Для детей до года она должна быть не ниже **20°C**, а для детей старше полутора лет – **18°C**.

В летний период температуру снижают на **1 градус**, а зимой - повышают. В хорошую погоду водные процедуры можно проводить на свежем воздухе. **Поскольку закаливание водой возбуждает, его следует проводить после сна до еды.** Для того чтобы приучить детей к ежедневным водным закаливающим процедурам, лучше прививать им характер игры, находить в них занимательные стороны, увлекать ребенка.

Сильным средством является закаливание купанием. Его особенность состоит в том, что **на ребенка одновременно действу-**



▲ **ют несколько факторов:** температура воды, ее давление, ветер, солнечная радиация. Кроме того, ребенок много двигается, играет на берегу, тренирует мышцы, легкие, сердце, мозг.

Перед купанием детей следует подготовить к действию холодной воды и ветра, например, проведением предварительного курса водных и воздушных ванн.

Рекомендуется начинать купание в 2-3-летнем возрасте с температуры воды не ниже 22°C, при безветренной погоде и температуре воздуха 24-26°C. Продолжительность первых купаний – 1-2 минуты, в дальнейшем – не более 5-7 минут. Согревшись на солнце, дети склонны много раз подряд входить в воду. **Лучше ограничивать купание двумя-тремя разами в день. Не разрешать купание вспотевшему или охладившемуся ребенку. После купания обязательно протереть ребенка сухим полотенцем. Не рекомендуется купание детей натошак или сразу после еды.**

При закаливании воздухом температура воздуха чаще всего ниже температуры тела в течение всего года. **Закаливание воздухом в связи с этим можно осуществлять в течение всего года,** причем, летом его лучше производить на улице, в другие сезоны – можно в помещении.

При приеме воздушных ванн ребенком температуру воздуха регулируют открыванием окон и проветриванием помещения. Первоначальная температура 22°C постепенно снижается до 18°C. Периодическая смена белья и пеленок - также своеобразные **воздушные ванны.** После двух месяцев ребенка мож-

но оставлять обнаженным по 2-3 минуты 3-4 раза в день. Если воздушная ванна сочетается с массажем или гимнастикой, то ее продолжительность увеличивается **до 10 минут.** Перед сном полезно позволять ребенку побыть несколько минут в одной рубашке.

Воздушно-солнечные ванны также проводят начиная с 2-3 месяцев. Ребенок лежит или находится в движении под навесом, в тени деревьев или на террасе. Его обнаженное тело подвергается воздействию воздуха и отраженных и рассеянных солнечных лучей. Не допускается длительное воздействие прямых солнечных лучей, так как их ультрафиолетовая компонента способна разрушать верхние слои кожи, а инфракрасные лучи могут вызывать перегрев.

Воздушно-солнечные ванны – сравнительно сильное закаливающее средство. Начинать ванны нужно при температуре 22-23°C в тени. По мере привыкания температура снижается, а после окончания ванн полезен душ или обливание прохладной водой. **Детям от 3 до 7 лет рекомендуется также купание в водоемах.**

Если воздушно-солнечные ванны проводятся ежедневно, то нет необходимости подвергать детей прямому действию солнца, так как и рассеянный свет вызывает появление загара. Продолжительность пребывания ребенка под прямыми солнечными лучами не должна превышать 10-15 минут. При этом ребенок должен носить легкий головной убор.

Итак, для правильного проведения закаливания свежим воздухом

и предотвращения каких бы то ни было осложнений необходимо выполнять следующие условия:

● начинать закаливание с малых доз. Необходимо проводить ежедневно утренние гимнастические упражнения обнаженным до пояса;

● необходимо постепенно увеличивать время контакта с окружающей природой, особенно городским жителям;

● искусственное ограничение человеком времени общения с природой отрицательно влияет на его здоровье. Понижается устойчивость его организма к действию природно-климатических факторов: тепла, холода, атмосферного давления, воздушных потоков, солнечной радиации, а также к воздействию инфекционных агентов;

● закаливающие процедуры следует выполнять в любую погоду, не укутывайтесь;

● не принимайте процедуры потными, разгоряченными, сразу после приема пищи;

● в случае появления чувства познания – холодовую процедуру закаливания следует прекратить;

● приучайте себя спать с открытой форточкой или фрамугой;

● больше ходите босиком по полу, летом – по земле и песку, вначале по сухой, а затем и по росистой траве, выезжайте на выходные за город;

● сочетайте закаливание воздухом с водными процедурами;

● закаливание должно стать неотъемлемой систематической составной частью сегодняшнего образа жизни;

● процедуры должны приниматься и в рабочие, и в выходные дни, а также во время летнего или курортного отдыха.

В теплое и прохладное время года рекомендуют длительное пребывание на воздухе, солнечные и воздушные ванны, купания в водоемах. В холодные месяцы необходимо предпочитать прогулки на улице, в парках, дневной и ночной сон на открытых верандах с дополнительным укрытием в меховых спальнях мешках.

Холодовые процедуры следует дозировать с ориентировкой на самочувствие человека, памятуя о том, что охлаждающее действие сырого (полностью насыщенного парами воды) воздуха больше, чем сухого при одной и той же температуре – в три-четыре раза.



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Профессиональная сестринская ассоциация в 2006 году

Об итогах работы профессионального общественного объединения медицинских работников края, имеющих среднее специальное образование, рассказывает Президент ПАСМР Лариса Алексеевна Плигина.



На конференции определены мероприятия по решению существующих проблем в сестринской профессии Алтайского края. От имени конференции направлены адресные обращения к руководителям Управления и комитетов здравоохранения, ЛПУ городов и районов края, профессиональной ассоциации СМР. Резюлюция и материалы конференции были опубликованы на страницах журнала «Вестник Ассоциации» и направлены во все учреждения здравоохранения региона.

Впервые в Алтайском крае был проведен профессиональный курс на лучшую медицинскую сестру края «Моя профессия» ►

На 1 января 2006 года численность Ассоциации составляла **6915** человек, в течение прошлого года членство получили **1427** человек, в том числе **13** человек восстановились.

В прошедшем году одним из основных направлений в своей работе мы определили перерегистрацию членов Ассоциации. В результате на 1 января 2007 года членство в Ассоциации имеют **7200** специалистов со средним медицинским образованием.

За 2006 год к сестринскому движению присоединилось **16** лечебно-профилактических учреждений. Расширилась география нашего представительства за счет шести районов края. Таким образом, на 1 января 2007 года Ассоциация работает со **146** учреждениями городов и районов Алтайского края. Перерегистрация в **7** ЛПУ отдаленных районов края еще не закончена.

Мы не изменили за весь период своей деятельности существующую систему уплаты членских взносов: однократный вступительный взнос составляет **25 рублей**, а членский взнос в размере **1%** только от долж-

ностного оклада ежемесячно. Но при таком корректном размере взноса на 1 января 2007 года задолженность составила **10%**. Причины этого остаются те же, что и раньше: в регионе отмечается задержка заработной платы бюджетникам. И не только это, но и отказ главных врачей, а чаще главных бухгалтеров ЛПУ заключать договор о перечислении взносов через бухгалтерию (хотя в нем предусмотрено вознаграждение в размере **1%** от общей суммы ежемесячных членских взносов).

Краевые и республиканские мероприятия

11 ноября 2006 года проведена Краевая научно-практическая конференция «Роль сестринского персонала в повышении качества и доступности медицинской помощи населению Алтайского края», на которой присутствовали 350 делегатов - членов Ассоциации, представители Главного управления здравоохранения, главные врачи ЛПУ городов и районов Алтайского края.

- моя гордость» и конкурс на лучший фотоальбом в области сестринского дела. Итоги этих конкурсов подведены в октябре. Победителем профессионального конкурса названа медицинская сестра МУЗ «Городская больница №4» г.Барнаула **Ольга Михайловна Семенчук**. Именно она стала обладательницей ленты победителя, диплома I степени, плазменного телевизора.

Признанием важности такого рода профессиональных конкурсов стало не только участие первых лиц Управления по здравоохранению края в конференции, но и дополнительные награды победителям - Ольга Семенчук, например, получила путевку в г. Сочи.

Продолжается эксперимент по внедрению сестринского процесса на базе ГУЗ «Краевая клиническая больница», его результаты освещены старшей медицинской сестрой ГУЗ «Краевая клиническая больница» **Н.Н. Крапивиной** на краевой конференции.

В ежемесячном краевом медико-социальном журнале «Здоровье алтайской семьи» продолжаем выпуск своего издания «Вестник Ассоциации». Его материалы используются сестринскими коллективами для повышения профессионального уровня и обмена опытом. Рубрика «Практические советы медицинской сестры» социально ориентирована на население края. В октябре был выпущен специальный выпуск журнала «Здоровье алтайской семьи» - «Вестник Профессиональной ассоциации средних медицинских работников», приуроченный к краевой конференции.

За отчетный период с моим участием в девяти районах края проведены сестринские конференции, а также три конференции в лечебно-профилактических учреждениях г.Барнаула.

Продолжается работа членом Правления в краевой аттестационной комиссии, а также в качестве экспертов Краевого центра по лицензированию. Их участие в лицензировании и аккредитации по разделам «сестринское дело», по инфекционной безопасности и качеству сестринских услуг - эффективно.

Наша Ассоциация продолжает сотрудничать с такими российскими журналами, как «Сестринское дело», «Главная медицинская сестра», «Вестник РАМС».

Делегаты от профессиональной Ассоциации в течение отчетного пе-

риода приняли участие в работе всероссийских и международных конференций, семинаров, которые прошли в гг. Санкт-Петербург, Москва, Чебоксары, Кемерово, Омск. Материалы об этих конференциях публиковались в «Вестнике Ассоциации» в журнале «Здоровье алтайской семьи».

Кадры. Повышение квалификации

За 2006 год оплачено постдипломное обучение **782** членов Ассоциации на общую сумму **220305** рублей. Для популяризации и нашей профессии, и Ассоциации мы используем любую возможность.

В 2006 году прозвучали поздравления сестринских коллективов с Международным днем медицинской сестры со страниц газеты «Алтайская правда», журнала «Здоровье алтайской семьи», по радио; по телевидению был подготовлен сюжет о работе медицинских сестер, рассказано о деятельности Ассоциации.

По уже устоявшейся традиции, мартовские членские взносы (сумма составила **81540** рублей) возвращены в сестринские коллективы, которые были использованы на проведение праздничных сестринских конференций.

Для формирования библиотечек в ЛПУ за счет Ассоциации выдано медицинской литературы на сумму **59520** рублей.

В соответствии с Положением в 2006 году была оказана благотворительная помощь: так, для МУЗ «Детская инфекционная больница №2» г.Барнаула куплены 16 туалетных стульчиков и двухконфорочная электрическая плитка в отделение брошенных детей. Собраны книги и оформлено 60 подарков с фруктами и сладостями для пациентов хосписа в г.Барнауле. Единовременная социальная помощь членам Ассоциации в течение прошлого года была оказана на сумму **70873** рубля.

Наша Ассоциация продолжает принимать участие в реализации социальных проектов, осуществляемых журналом «Здоровье алтайской семьи» и краевым фондом «Содействие», в частности - обучающие семинары «Школа больных артериальной гипертензией», «Научи учителя», «Школа ответственного материнства» для медицинских работников в десяти районах Алтайского края.

Организационные мероприятия

В 2006 году был изменен Устав Ассоциации, проведена перерегистрация новой редакции Устава. С июля наша Ассоциация - профессиональная. Это дает нам законодательное право заниматься аттестацией СМР. Заявление об этом руководителям Управления здравоохранения Алтайского края прозвучало на научно-практической конференции, внесено в Резолюцию конференции и в план работы Ассоциации на 2007 год.

Подводя итоги 2006 года, хочется отметить, что нами достигнуты определенные успехи, мы вышли на новый, более высокий уровень развития, но следует признать, что главная проблема, которая тормозит более активное развитие, внедрение новых технологий, а значит, и наступление тех перемен, о которых мы так много говорим и желаем, кроется в нас самих, в нашем сознании и отношении к сестринской профессии. Неоправданный страх, боязнь отстаивать свои права, двойственное поведение, недоверие, иждивенческая позиция, все это укрепляет существующую несправедливость, равнодушие власти, руководителей к нашим общим бедам.

Кроме того, недопустимо, когда главная медицинская сестра, являясь руководителем сестринского коллектива, уклоняется от самосовершенствования, тем самым подвергает своих коллег информационной изоляции.

И что бы ни утверждали «доброжелатели», но развитие нашей профессии - за профессиональными ассоциациями. Мы, как говорится, в двух шагах находимся от аттестации, а значит, - мы в двух шагах от независимой аттестационной комиссии.

Все зависит от вас, уважаемые коллеги, чем быстрее вы будете в наших рядах, тем быстрее наступит справедливость.

В заключение хочется выразить самые искренние слова благодарности нашим партнерам, руководителям ЛПУ, главным медицинским сестрам, членам Ассоциации, которые с пониманием и ответственностью относятся к нашим начинаниям, поддерживают нас, тем самым способствуют решению существующих проблем, повышению статуса специалистов сестринской профессии.

В следующем выпуске нашего журнала мы будем обсуждать план работы Ассоциации в текущем году.



У вас диабет?

Профилактика осложнений при сахарном диабете

НАДЕЖДА ВАСИЛЬЕВНА БАШКОВА,
старшая медицинская сестра,
высшая квалификационная категория по специальности
«Сестринское дело в эндокринологии»,
городское эндокринологическое отделение,
МУЗ «Городская больница №5», г.Барнаул

Сахарный диабет опасен не сам по себе, а своими осложнениями. Сахарный диабет, если его плохо контролировать, может привести к неблагоприятным последствиям: из-за повышенного содержания сахара в крови постепенно возникают и очень быстро прогрессируют специфические для диабета осложнения со стороны глаз, почек, ног.

При сахарном диабете повреждаются кровеносные сосуды и нервы. Заболевания мелких кровеносных сосудов обычно наблюдаются только у больных с сахарным диабетом. Заболевания крупных кровеносных сосудов могут быть у всех, но при сахарном диабете они значительно усиливаются и наблюдаются чаще. Сахарный диабет ускоряет повреждение кровеносных сосудов, поэтому эти проблемы у больных сахарным диабетом появляются в более молодом возрасте, чем у других людей.

При сахарном диабете происходит поражение нервов, которое называется «**диабетической нейропатией**», и встречается при любом типе диабета. Его проявлениями могут быть **боли различного характера, чувство жжения, «бегания мурашек», прокалывания, онемения стоп.** Для диабетической нейропатии характерно снижение всех видов чувствительности (например, болевой, температурной), что представляет большую опасность для больного в связи с возможностью возникновения не замечаемых вовремя микротравм. Такие травмы кожи

могут возникнуть при хождении босиком, попадании в обувь посторонних предметов, ношении неправильно подобранной обуви, обработке ногтей, мозолях.

Кожа ног при сахарном диабете претерпевает серьезные изменения: становится очень сухой, на ней появляются участки уплотнений, образуются болезненные мозоли и трещины. На фоне снижения иммунитета и значительного ухудшения регенерации кожи любое, даже самое незначительное, повреждение может привести к инфицированию и образованию язв. Воспалительный процесс в условиях сниженной чувствительности протекает без боли, что может привести к недооценке текущего состояния, и как следствие, к серьезным последствиям: гангрене и ампутациям нижних конечностей.

Не ждите, когда наступит беда

Для предупреждения развития опасных осложнений необходимо особенно внимательный и тщательный уход за ногами.

Каждый больной должен быть знаком с комплексом профилактических

мероприятий, позволяющих снизить риск развития очень тяжелых осложнений, которые являются причиной ранней инвалидизации в трудоспособном возрасте.

Проводите профилактические мероприятия! Они очень просты, но очень действенны! Профилактика – лучшая защита Ваших ног!

Проблем с ногами при сахарном диабете можно избежать, соблюдая эти простые правила.

✓ **Осматривайте свои стопы ежедневно.** Особенно важно оценить состояние кожи на подошве, в области пяток и межпальцевых промежутков. Если Вам это трудно сделать, пользуйтесь зеркалом или попросите об этом родственников. Это позволит своевременно заметить ранки, трещины, потертости и принять соответствующие меры.

✓ **Мойте ноги ежедневно с мылом под проточной водой.** Если принимаете ножные ванны, обязательно контролируйте температуру воды (она должна быть не выше +37°C). Если нет водного термометра, попробуйте воду локтем.



Очень важно после душа или мытья ног тщательно высушить кожу стоп, особенно между пальцами.

✓ **При избыточной сухости кожи пользуйтесь специальными средствами по уходу за кожей ног.** Не наносите крем между пальцами.

✓ **Обработку ногтей проводите регулярно** (не реже 1 раза в неделю) с помощью пилки для ногтей, чтобы избежать травматизации окружающих кожных покровов и сформировать правильный, горизонтальный край (уголки ногтя не закруглять). Для удаления мозолей используйте пемзу. Если Вам не удастся самостоятельно справиться с утолщенным ногтем или мозолью, обратитесь в кабинет диабетической стопы.

✓ **Ваши ноги надежно защищены, если Вы носите специально подобранную обувь.** Советы по подбору обуви можете получить в кабинете диабетической стопы. Каждый раз перед тем, как надеть обувь, проверяйте ее рукой изнутри. Посторонние предметы, завернутые стельки, проступающие острые гвоздики травмируют поверхность слоя кожи. Идеальная обувь – это Ваша личная обувь. Она должна придавать Вашим ногам устойчивость. Для каждого случая – своя идеальная обувь. ▶



✓ В случае выявления повреждений стоп обработайте кожу вокруг ранки дезинфицирующим раствором (антисептиком), закройте область повреждения стерильной повязкой и обратитесь к врачу. В домашней аптечке следует иметь антисептики, а также стерильные салфетки и бинт, бактерицидный пластырь. **Не забудьте взять все это с собой, собираясь в поездку.** Если у Вас возникли проблемы (боли в ногах, незаживающие ранки и т.д.), то обратитесь в кабинет диабетической стопы. Приготовьтесь к осмотру таким образом, чтобы удобно было полностью обнажить стопы. Желательно продемонстрировать врачу ту обувь, в которой Вы постоянно ходите.

✓ Если мерзнут ноги, **носите шерстяные и хлопчатобумажные носки.** Ежедневно надевайте чистые носки. Не носите заштопанных носков.

✓ **Делайте простые упражнения для стоп:** сгибание и разгибание пальцев, круговые движения стопы.

Внимание! Опасно!

◆ **Не пользуйтесь для обработки ногтей или мозолей острыми и режущими предметами** (ножницы, кусачки, бритвы) ввиду высокого риска травматического повреждения. Никогда не пользуйтесь также никакими препаратами для размягчения мозолей или ногтей (мозольными жидкостями, пластырями).

◆ **Не применяйте спиртовые растворы** (спиртовый раствор йода, бриллиантовой зелени – «зеленку»), а также концентрированный, темный раствор перманганата калия («марганцовки») для обработки повреждений кожи на стопах.

◆ **Не согревайте ноги с помощью грелок** (в том числе электрических), батарей парового отопления, электронагревательных приборов.

◆ **Не ходите без обуви** (даже по дому) не только из-за риска травматического повреждения кожи стопы, но и ввиду значительного увеличения нагрузки на подошву стопы. Не допустимо ношение обуви на босую ногу из-за большой вероятности образования потертостей.

◆ **Никогда не надевайте новую пару обуви на целый день** или если предстоит интенсивная физическая нагрузка (быстрая ходьба, другая двигательная активность).

◆ **Курение вредно** для Вашего здоровья в целом, но особенно опасно в отношении здоровья Ваших ног. Никогда не поздно бросить курить!

Адрес кабинета диабетической стопы: поликлиническое отделение МУЗ «Городская больница №5», г.Барнаул, ул.Кулагина, 10, тел.77-02-42

Пьянеющая Россия или пьющая Россия?

ВЕРА ПЕТРОВНА МИХАЙЛОВА,
старшая медицинская сестра
отделения токсикологии, МУЗ «Городская
больница №3», г.Барнаул

Современная медицина стоит перед проблемой неуклонного роста алкогольной патологии. Это связано с повышением употребления спиртных напитков и суррогатов алкоголя.



В настоящее время Россия не отстает от мировых лидеров по потреблению алкогольной продукции. На долю общего населения в год, в расчете на одного человека в России (сюда входят младенцы и старики), приходится **19 литров чистого алкоголя, и в 1,5 раза больше** приходится на долю взрослого работоспособного населения (это люди от 25 лет и до 50 лет, как мужчины, так и женщины).

Немного статистики

По данным токсикологического отделения МУЗ «Городская больница №3»: количество больных, поступивших в 2002 году за оказанием специализированной помощи, составило **1522** человека; летальный исход составил **6,2%**. В 2005 году поступило **1726** человек, из них умерло – **3,4%**.

Особое место занимают **летальные случаи острого отравления этиловым спиртом и спиртосодержащими жидкостями.** Уровень контроля качества алкогольной продукции не соответствует современным требованиям. На подпольных производствах для приготовления алкогольных напитков, кроме этилового спирта, используют технические спирты, спиртосодержащие жидкости бытового назначения.

В клинической практике очень часто встречаются отравления не только этиловым спиртом, но и **метиловым (метанол), изопропиловым (изопропанол) спиртами, этиленгликолем.**

Этиловый, или винный спирт – бесцветная летучая жидкость. Быстро всасывается в пищеварительном тракте и быстро распространяется в тканях организма. Наибольшая часть поглощенного спирта концентрируется в головном мозге, остальная часть – в легких, селезенке, почках. От количества употребляемого спирта зависит клиническая картина состояния больного.

В состоянии отравления этиловым спиртом могут возникнуть грозные ос-

ложнения: западение языка, попадание рвотных масс в дыхательные пути, что может привести к нарушению дыхания и смерти. Смертельная доза составляет 30-40 мл на 1 кг веса.

Этиленгликоль – двухатомный спирт. Бесцветная спиртосодержащая жидкость без запаха, по вкусу слегка напоминающая этиловый спирт. Входит в состав антифриза, тормозной жидкости. Употребление внутрь 100 мл этой жидкости вызывает острую почечно-печеночную недостаточность, что приводит к смерти больного.

Изопропанол – резиновый спирт, бесцветная прозрачная жидкость с характерным запахом, напоминающим запах ацетона, и вкусом этилового спирта. Широко применяется в промышленности при производстве дезинфицирующих средств, лаков, красок, стеклоочистителей, растворителей. Смертельная доза при приеме внутрь составляет 200 мл.

Метанол – древесный спирт. Бесцветная, прозрачная, по вкусу напоминающая этиловый спирт, жидкость. Токсикологическое действие связано с угнетением центральной нервной системы, поражением сетчатки глаза, дистрофией зрительного нерва, вплоть до полной потери зрения. Смертельная доза для взрослого человека – 200 мл.

Категорически недопустимо приобретение алкогольных напитков «из-под полы», у частных лиц, употребление спиртосодержащих растворов бытового назначения.

Оказание помощи при острых отравлениях спиртами должно проводиться только в медицинских учреждениях, что сохранит пациенту не только здоровье, но и, порой, жизнь.



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





Запоры у детей разного возраста

ВАЛЕРИЙ МИХАЙЛОВИЧ ГОРОБЧЕНКО,
краевой внештатный детский гастроэнтеролог,
руководитель Центра детской гастроэнтерологии и питания, доцент кафедры
педиатрии ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук;
ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА МИЛЛЕР,
врач-неонатолог,
ассистент кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей
Алтайского государственного медицинского университета;
ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА КАШИНСКАЯ,
клинический ординатор кафедры педиатрии ФПК и ППС
Алтайского государственного медицинского университета



Под запором понимают урежение частоты, затруднение или отсутствие опорожнения кишечника. Однако для различных возрастных периодов частота стула различна. Так, *ребенок первых месяцев жизни* на грудном вскармливании может опорожнять кишечник *от 4 до 7 раз* в сутки и для него дефекация 1-2 раза будет склонностью к запорам. *Дети на искусственном вскармливании* могут опорожнять кишечник в норме *1-3 раза* в сутки. *Для детей после года* нормой считается частота стула *1-2 раза* в день, а *после 4-5 лет – 2 раза* в сутки или *1 раз* в 2 суток при свободном опорожнении кишечника.

В Алтайской краевой клинической детской больнице нами проведен анализ историй болезни **102** детей первых трех месяцев жизни в отделении выхаживания недоношенных и **45** детей в гастроэнтерологическом отделении, имевших те или другие нарушения со сто-

роны толстого кишечника.

Нашими исследованиями установлено, что в периоде новорожденности у недоношенных детей частота запоров составляет **23-25%** от общего количества детей и **48-50%** у детей, имеющих патологию толстого кишечника.

Среди детей старшего возраста (от 1 до 15 лет), поступивших в гастроэнтерологическое отделение с патологией желудочно-кишечного тракта, **6-7%** имели запоры той или иной степени выраженности, что составило **56%** от количества детей с заболеваниями толстой кишки.

При проведении исследований по выявлению характера запоров в различных возрастных группах нами учитывалась частота дефекаций, степень плотности каловых масс и их форма, наличие признаков воспаления и повреждения слизистой кишечника, исходя из копрограммы. Проводилось исследование кала на дисбактери-

оз. У детей старшего возраста при наличии показаний использовали ректороманоскопию (метод эндоскопического обследования прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки). При стойких запорах для исключения врожденной аномалии проводили ирригографию (метод исследования кишечника, при котором используется рентген).

Согласно классификации, тяжесть запоров оценивали по частоте дефекаций. Стул ежедневно, но опорожнение затруднено - компенсация. Стул отсутствует более 2 суток, но самостоятельный - субкомпенсация. Самостоятельно стула нет - декомпенсация.

Характер запоров в зависимости от нарушений моторики оценивался по форме и плотности калового столба и данным ирригографии. Жидкий, кашицеоб-



◀ разный или цилиндрической формы объемный стул имел место при гипомоторной дискинезии толстого кишечника. Фрагментированный характер стула имел место при гипермоторных (спастических) нарушениях и сочетание фрагментированного с объемным и часто кашицеобразным - при смешанных формах.

В наших наблюдениях болезнь Гиршпрунга удалось выявить у новорожденных детей в 1 случае из 176 детей с запорами. В старшей возрастной группе 3 ребенка с болезнью Гиршпрунга выявлены за 2 года работы в гастроэнтерологическом отделении.

При изучении характера запоров у детей раннего возраста установлено, что они имели, как правило, компенсированный или субкомпенсированный характер с явлениями гипомоторной дискинезии толстого кишечника. При этом стул был жидким или кашицеобразным, и у половины наблюдаемых детей в копрограмме имелись воспалительные изменения. У всех детей ставился диагноз дисбактериоз 2, 3 степени. В отдельных случаях даже признаки лактазной недостаточности сопровождалась запорами. Выборочно проведенные рентгенологические исследования подтверждали диагноз гипомоторной дискинезии. При длительности запоров - более 3-4 месяцев - запоры чередовались с поносами, что соответствовало времени ухудшения состояния биоценоза кишечника, а рентгенологически формировался мегаколон (расширение отдельных участков или всей толстой кишки) дистальных отделов.

У детей старше 1 года запоры, как правило, носили гипомоторный либо смешанный характер. При ирригографии во всех случаях определялся сформированный функциональный мегаколон, иногда сочетавшийся с долихосигмой (удлиненной сигмовидной кишкой). Изменения слизистой толстого кишечника носили признаки субатрофии и атрофии. Дисбактериоз ки-

шечника 1-2 степени определялся у всех больных. Чисто спастические запоры в наших наблюдениях установлены у 2% детей старшего возраста.

Лечебные мероприятия были тесно связаны с характером патогенеза запоров и синдромами, возникшими в их результате, то есть дисбактериоз, воспаление.

Лечебное питание для детей первых месяцев жизни включает раннее введение соков с мякотью (слива, абрикос, груша, свекла), введение смесей (при грудном вскармливании частично) с загустителями «Нутриллон-антирефлюкс», «Омнео» и т.д. В некоторых случаях перед каждым кормлением ребенку дается загуститель в виде картофельного пюре сметанообразной консистенции. Рекомендуется стимулирующий массаж брюшной стенки и сигмовидной кишки, а также амплипульс по стимулирующей методике. Не допускается отсутствие стула у ребенка более одних суток. Так как у этих детей имеется неврологическая патология, то после консультации невропатолога применяются препараты, улуч-

шающие нервно-мышечную проводимость. С ростом ребенка, с лечебной целью, используется более раннее введение прикормов: овощные и овощно-фруктовые пюре.

Коррекция дисбиоза и воспалительных изменений проводится, исходя из тяжести микробиологических изменений и признаков воспаления в копрограмме.

У детей старшего возраста большое значение придается диетотерапии. Исключаются или ограничиваются легкоусвояемые продукты (сладости, хлебобулочные изделия). Перед каждым кормлением вводятся овощные или овощно-фруктовые салаты (пюре) на растительном масле. Непосредственно в пищу добавляются распаренные пшеничные отруби. Увеличивается объем жидкости в 1,5 раза. При стойких запорах в утренние часы допустимы 0,5-1 стакан прохладной воды и ложка растительного масла. Добиваясь ежедневного стула, мы применяли очистительные клизмы, вазелиновое масло, растительные слабительные и прокинетики.

У всех детей в программу лечения входят стимулирующий массаж и лечебная физкультура. Физиотерапевтические процедуры - амплипульс, электрофорез с прозергином, а у детей после 10 лет - ультразвук, использовались нами в случаях декомпенсации и субкомпенсации. Коррекция дисбиоза и лечение воспалительных изменений слизистой кишечника осуществляются параллельно с методами стимуляции.

В результате наших исследований мы пришли к выводу, что запоры функционального характера имеют высокую частоту распространения среди детей, а наиболее часты они - в раннем детском возрасте. Своевременная диагностика и индивидуализация терапии позволяют у всех детей добиться положительных результатов лечения.



Еще раз о правильной чистке зубов

ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ СЕМЕННИКОВ,
профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии,
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул

Основой индивидуальной гигиены полости рта является правильная и регулярная чистка зубов и языка. Она является неотъемлемой частью общей гигиены человека, и от качества ее выполнения зависит здоровье зубов, десен и слизистой оболочки полости рта.

Известно, что остатки пищи и зубной налет скапливаются в межзубных промежутках, на жевательной поверхности зубов - в фиссурах и десневой бороздке. **Удалить их можно с помощью зубной щетки, флоссов-нитей и зубной пасты.**

Существует большой набор щеток, отличающихся друг от друга размерами, гибкостью ручек, длиной щетинок, способностью щетинок изменять свою окраску, сигнализируя о необходимости смены зубной щетки и т.д.

Для выбора индивидуальной щетки необходимо учитывать три момента:

◆ *щетки из искусственного волокна*, у которых поверхность щетинок гладкая, закругленная, непористая, конец закругленный, являются предпочтительными в сравнении со щетками из натуральных щетинок;

◆ *жесткость щетки должна соответствовать особенностям строения и чувствительности слизистой и тканям зубов*. Жесткие щетки могут травмировать слизистую и способствовать быстрой стираемости эмали и дентина, особенно в области шеек зубов. Мягкие щетки используются только при воспалении околозубных тканей. Щетки средней жесткости, занимая промежуточное положение, являются наиболее оптимальным вариантом для повседневной чистки зубов. На обратной стороне щетки располо-

жена щетка для чистки языка, которую используют в качестве скребка. При выборе жесткости щетки нужно руководствоваться собственными ощущениями и советом стоматолога. Флоссы используют как основное средство для очистки межзубных промежутков;

◆ *зубную щетку нужно менять один раз в 2-3 месяца, содержать в чистоте, промывая ее под струей воды, очистив от остатков пищи и пасты*. Хранить так, чтобы она хорошо высохла, поэтому нельзя хранить в футляре.

Зубные пасты являются одной из главных составляющих эффективности очистки зубов. Они обладают реминерализующим действием, укрепляя твердые ткани зуба, подавляют развитие бактерий, уменьшают образование зубного налета, камня, препятствуют возникновению неприятного запаха изо рта.

Выбор паст индивидуален и может быть подобран с учетом свойств пасты и рекомендаций стоматолога. Анализ опроса пациентов показывает, что более половины пациентов неправильно чистят зубы, не говоря уже о чистке языка. Поэтому считаем необходимым остановиться на этом более подробно.

Чистить зубы необходимо после каждого приема пищи в течение трех минут. Если такой возможности нет, то необходимо использовать жевательную резинку в течение 15-



20 минут. Следует обратить внимание на то, что антибактериальные и реминерализующие свойства зубных паст проявляются только при условии их нахождения в полости рта не менее 3-5 минут, а промежуток между чистками зубов не должен превышать 12 часов. В противном случае это является благоприятным условием для образования и укрепления налета и зубного камня.

Таким образом, необходимость чистки зубов после еды и особенно после завтрака и ужина в течение 3-5 минут - необходимое условие высокой эффективности гигиены полости рта.

Для очищения языка используется обратная поверхность зубной щетки, которая выполнена в виде пластины с мелкими выступами. Ее использование в качестве скребка движениями сзади наперед по спинке языка способствует удалению не только остатков пищи, но и остатков эпителия и микробной флоры различных бороздок языка. Если на щетке нет этого приспособления, **можно использовать специальную нить, которой соскабливают со спинки языка налет, закрепив ее на больших пальцах обеих рук.** ►



◀ При чистке зубов выделяют три основных типа движения:

1. **вертикальные** - подметающие от десны к режущей, жевательной поверхности зубов. Этими движениями чистятся наружные и внутренние поверхности зубов, межзубные промежутки, удаляется налет с прилегающей части десен;



2. **горизонтальные** - возвратно - поступательные движения для очистки наружных, внутренних и жевательных поверхностей зубов;



3. **круговые** движения для очистки всех поверхностей зубов.



Порядок действий здесь не имеет значения. **Главное - почистить все поверхности зубов, межзубные промежутки и десневую борозду с прилегающей десной.**

Хочется обратить особое внимание на то, что только систематичность, тщательность выполнения методики очищения зубов с правильно подобранными качественными зубной щеткой и пастой дадут высокий лечебно-профилактический эффект.

Наличные - смертельно опасная зараза

Это доказали сотрудники Кемеровской городской больницы №3. Они подвергли лабораторным испытаниям российские дензнаки: купюры и монетки. Их выводы оказались не самыми оптимистичными для тех, кто любит деньгам счет: от «денюжки» можно подцепить не только расстройство желудка, но и кое-что посерьезней.

Утверждение, что деньги не пахнут, - всего лишь метафора. С санэпидстанцией обитателям наших кошельков неплохо было бы познакомиться. Сотрудники бактериологической лаборатории кемеровской больницы ради интереса решили проверить «чистоту» банкнот, которые каждому из нас практически ежедневно приходится держать в руках.

Для исследований были взяты купюры из банкоматов, сдача с рынков, залежавшиеся в карманах медяки и бумажки. Далее сделали с них смывы, а потом произвели посевы в среде. Две недели выращивали этих «динозавров», а потом изучали их под микроскопом.

Оказалось, что деньги любят не только люди, но и всяческая гадость. Например, **споровая и кишечная палочки, бактерии рода стафилококки.** Ученые даже составили своего рода рейтинг самых грязных денег. **Наиболее «заразными» оказались демократичные «десятки».** На них исследователи обнаружили самый большой набор патогенных микроорганизмов. **Наиболее «чистые» - пятисотки и пятидесятые купюры.**

Объяснить этот феномен можно просто: купюры меньшего номинала чаще всего встречаются в денежном обороте. В один день они могут поменять нескольких хозяев. «Десятка» - наиболее ходовая «деньга» у тех, кто и вовсе кошельков не имеет, а ходит по миру с протянутой рукой.

Опасность подхватить «золотую лихорадку» подстерегает далеко не каждого, зато каждая купюра может сделать нас жертвой лихорадки настоящей. **Если на банкноте есть достаточное количество микроорганизмов, а у человека к тому же ослаблена иммунная система и на руках микророссадины, то он имеет все шансы подхватить как минимум кишечное расстройство.**

Коварство денег заключается в их материальном носителе. Банкноты печатаются на бумаге, которая для «бактериальных и вирусных динозавров»



почти курорт: она плотная, слоеная, истрепанная после долгого хождения из рук в руки. В ее микротрещинах радостно гнездятся патогенные микроорганизмы. Причем, здесь можно говорить обо всех дензнаках, имеющих хождение во всем мире.

Ученые также выяснили, что **спастись от микробов, используя мелочь, не удастся.** Они и там умудряются плодиться. А уж если монетка зажата в потной ладонке - вообще для них счастье великое.

Чтобы возбудители болезни попали в организм, достаточно подержать денежную купюру, а потом нематыми руками взять, к примеру, бутерброд. И уж совсем недопустимо слюнявить пальцы во время пересчета денег!

Проверкой этих теоретических предположений никто серьезно не занимался. Обычно причину желудочно-кишечных расстройств ищут в еде. Дальше вопроса пациенту, что тот ел на завтрак, фантазия большинства докторов не простирается. **Специалисты определили и группы риска. Это, например, кондукторы и рыночные торговцы.** А вот у взяточников шансы заболеть гораздо меньше. Они «десятками» не мелочатся.

Для того чтобы сберечь свое здоровье, есть один древний и банальный метод - чаще мыть руки и соблюдать правила личной гигиены. Правда, мздоимцев это не касается: руки-то отмыть можно, а вот совесть - нет.



ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ В 2006 ГОДУ

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ

«Здоровая семья - это здорово!»
в рамках соглашения о социальном
партнерстве в Калманском районе



«Вахта памяти»

Встречи с предста-
вителями общественных
организаций



Работает обучающий семинар
«Школа больных
артериальной гипертонией»



Молодые
художники
встречаются
с ветеранами
Великой
Отечественной
войны



Выставка
заслуженного
художника России
Ильбека
Хайрулинова



Военно-
патриотический
клуб «Русский витязь» -
участник
мероприятия

МАРТ

Общественная женская палата при главе
администрации Алтайского края
обратилась к губернатору А.Б. Карлину
с предложением о разработке краевой
целевой программы
«Здоровье алтайской семьи»



ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ В 2006 ГОДУ

АПРЕЛЬ

Редакционный совет журнала «Здоровье алтайской семьи» и Попечительский совет краевого Фонда «Содействие» объявили победителей по итогам работы в городах и районах края. Ими стали

Н.Г. Арсеньева,
г.Рубцовск



А.В. Мартышкина и Т.Л. Альшанская,
Топчихинский район



И.Ю. Карманова,
Завьяловский район



МАЙ

Международный день семьи в крае отмечен месячником активных действий в поддержку семьи.



«Здоровая семья - это здорово!» -
под таким девизом прошли мероприятия
в Бурлинском районе



«Место жительства -
место воспитания» - тема круглого стола и
название программы, которая начала
действовать в Октябрьском районе г.Барнаула



«Папа, мама, я -
спортивная семья»
г.Новоалтайск

ИЮНЬ

Сформирована Общественная палата Алтайского края - членом Совета, исполнительным секретарем ее стала представитель женских общественных организаций, главный редактор журнала Ирина Валентиновна Козлова

Целинная районная больница
отметила 40-летний юбилей

