

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№ 5 (53)  
МАЙ  
2007



“Не только лечить,  
но и помочь человеку не заболеть -  
высшее предназначение врача”



## Поразмышляем о... счастье!

Что дает людям и мне работа? Как сделать ее более эффективной, не воспринимать ее как тупое исполнение обязанностей, которое приносит деньги? Способна ли она сделать нас счастливыми? - Манфред Кетс де Врис, один из известных консультантов в области психологии лидерства, формулу счастья определил так:

«Во-первых, нужно что-то делать, т.е. иметь интересную работу.

Во-вторых, кого-то любить.

В-третьих, на что-то надеяться, т.е. оставлять себе возможность для смены деятельности».

Трудоголизм достаточно долго, да и сейчас, рассматривается как непереносимое условие эффективного менеджмента. «Неужели вы думаете, что работники, лишенные досуга и личной жизни, на самом деле эффективны? Современные русские руководители (предприниматели) слишком большую ставку делают на деньги. Но сколько денег? Вы на самом деле хотите быть самым богатым человеком на кладбище? - такой вопрос уместен тем, кто ничего не видит, кроме работы, - так считает Кетс де Врис. Если такая внутренняя установка сохранится у российских руководителей и дальше, то в краткосрочной перспективе это приведет к всплеску нервных расстройств». Многие жалуются на то, что растеряли друзей, что на них постоянно обижаются жены.

Я считаю, трудоголизм - это очень узкий взгляд на смысл жизни. На самом деле есть очень важные жизненные якоря: семья, творчество, а не только деньги...

«Это безумие. У меня нет личной жизни! Я не знаю своих детей» - все большее число людей по этим причинам отказываются от карьерной гонки.

Вопрос не в том, чтобы отказаться от работы или филонить... Почаще спрашивайте себя: сколько времени на самом деле я работаю эффективно? Сколько мне реально нужно денег для жизни? Что мне еще важно и интересно, необходимо для счастья?».

«Люди, которые сегодня руководят компаниями, должны почувствовать дыхание смерти. Большинство менеджерских смертей приходится на возраст 40-45 лет. Сегодняшним менеджерам - 35, через 5 лет они осознают ценности жизни и зададут себе вопрос: куда и зачем я бегу?» - именно такой срок отводит Кетс де Врис на осознание проблемы, определение для себя иных жизненных ценностей российскими предпринимателями.

Тогда встанет другая, не менее важная задача - развивать эмоциональный интеллект, т.к. на смену такой ценности, как деньги, должны прийти другие. Но этому должно сопутствовать и избавление от избытка рациональности, и навыки чувствовать чужую боль, и готовность узнать себя - правду о своих слабостях и недостатках.

Думаю, что такие рекомендации актуальны не только для менеджеров крупных компаний, но и для предпринимателей в широком смысле слова, для людей творческих профессий и занятых в привычных сферах деятельности, - педагогов, медиков, муниципальных и государственных служащих. Заключая трудовой договор с работником, компания заключает еще и некий психологический контракт. И от того, будет ли человек счастливым, зависит, отработает ли он этот контракт или нет. Большинство из нас даже не допускают «крамольной мысли» разделить свои обязанности по принципу «важно и не важно», «нравится и не нравится». Позволить роскошь сконцентрироваться на том, что важно и что нравится, могут себе немногие!

Чтобы не утратить интереса к работе - нужна пауза.

Что поможет нам услышать самих себя, поговорить с собой, расспросить себя о хороших и плохих временах и узнать правду о себе?.. И стать режиссером своего внутреннего театра личности - мыслей, страстей, эмоций, преодолев собственные слабости.

Например, вышеупомянутый гуру по психологии управления советует: «Задействуйте стыд, вину и надежду. Когда вы признаете свой недостаток, вы испытаете стыд и скажете себе: через несколько месяцев я стану лучше. Когда вы не выполните обещание, вы испытаете вину. И тогда единственным мотиватором становится надежда».

А как думаете вы? Что вы успели сделать для своего счастья?

№5 (53) май 2007г.

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 22.05.2007г.  
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: Галина Александровна Чума-  
кова, доктор медицинских наук, профессор,  
Председатель Алтайского краевого научного  
общества кардиологов

# Содержание

«Здоровое сердце» в Алтайском крае .....	2-5
Г.А. Чумакова. Атеросклероз. Мы и холестерин .....	5-6
Кардиология на Алтае: реальность и перспективы .....	7-9
Как выглядит типичный приступ стенокардии? Что нужно делать? .....	9
Мир и медицина. Кардиология .....	10
О выплате предварительной компенсации (компенсации) по вкладам .....	11
Как вы к себе относитесь? .....	12-13
Мир и медицина .....	14
О.М. Тырышкина. Прегравидарная подготовка - залог рождения здорового ребенка .....	15-16
Семейные кризисы .....	17
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 15). Т.А. Корнилова, И.И. Белякова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Что Вы знаете об астме? .....	18-19
Что говорит о нас наш дом .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b> Л.А. Плигина. Дорогие коллеги! .....	21-22
И.А. Антонова. Дорога жизни .....	22
В.Г. Корниенко. Дружный сплоченный коллектив - залог профессионального успеха .....	23-24
Т.В. Манина. Мой ребенок - обманщик и вор... ..	25-26
Актуальные вопросы об антиретровирусной терапии .....	27-28
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА.</b> С.Д. Яворская. Этапы большого пути. Шаг за шагом .....	29-30
Я поведу тебя в музей .....	31
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	32-33
50 интересных фактов о человеке .....	34
<b>ДОМАШНЯЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ.</b> Т.Б. Кожанова, И.М. Антонова, Л.В. Плешкова. «Живая» вода .....	35-37
Е.В. Замятина. Стали плохо слышать? Обратитесь к сурдологу ..	38-39
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Сезон салатов для фигуры .....	40-41
Мир и медицина .....	42
В.И. Семенников, Н.В. Семенникова. Запах изо рта – что делать? .....	43-44



# «Здоровое сердце»

В марте-апреле т.г. состоялись два круглых стола, организованных по инициативе единороссов - «Здоровое сердце» и «О состоянии и перспективах демографической политики в Алтайском крае». Мы считаем не просто важным, а необходимым ознакомить наших читателей с мнением по проблемам, обсуждаемым участниками круглого стола.

Помимо специалистов-медиков, в их работе приняли участие заместитель главы администрации края **Н.П. ЧЕРЕПАНОВ**, депутат ГД РФ **А.Ф. КНОРР**, депутаты КСНД, представители общественности, прессы. Основные доклады на обоих круглых столах сделал депутат ГД РФ **Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО**. В данном выпуске журнала мы обратимся к работе круглого стола по теме «Здоровое сердце».

По мнению Николая Федоровича, выработка единого мнения группой наиболее авторитетных российских специалистов в области здравоохранения в части необходимости принятия самых неотложных мер по снижению сверхсмертности населения в России, их активная позиция в донесении этого мнения до президентской



администрации - в значительной мере определили приоритеты в государственной социальной политике, которые изложены в Послании Президента России **В.В. ПУТИНА** к Федеральному Собранию РФ.

«...Уверен, что нам надо прежде всего обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи, возродить профилактику заболева-



ний как традицию российской медицинской школы. ...Подчеркну также, что задачи по модернизации здравоохранения должны решаться, но решаться предельно аккуратно.

...О главном. Вы знаете, что в среднем число жителей нашей страны ежегодно становится меньше на 700 тысяч человек. Мы неоднократно поднимали эту тему, но по большому счету мало что сделали. Для решения этой проблемы необходимо следующее.

◆ Первое - снижение смертности.

◆ Второе - эффективная миграционная политика.

◆ Третье - повышение рождаемости».

В России действи-

тельно угрожающие показатели смертности.

Еще в 1990 году смертность в РФ была ниже, чем в Германии, к 2004г. смертность в РФ стала на 60-80% выше, чем в странах

**«Россия по численности населения занимает седьмое место в мире, а по числу больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, – второе!!!»**

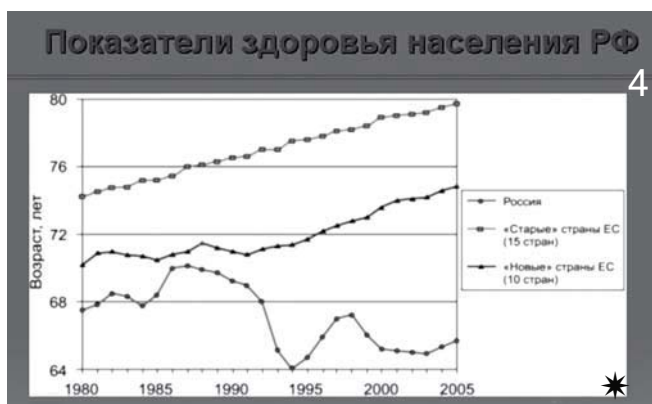
Лео Бокерия, главный кардиохирург России

Европы, и продолжает расти. Основными причинами смерти являются неинфекционные заболевания, что достаточно наглядно представлено в таблице №3.

В последние 15 лет общая заболеваемость населения России посто-



# в Алтайском крае



янно растёт. Она увеличилась с 158,3 млн. случаев в 1990 г. до 207,8 млн. в 2005 г., т.е. на 31%.

Такое состояние здоровья россиян определяет и длительность предстоящей жизни.

Разрыва в 14 лет между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин нет ни в одной стране мира! Причина - в 6 раз большее удельное потребление алкоголя мужчинами по сравнению с женщинами и в 4 раза большая распространённость курения в России у мужчин, чем у женщин.

Курильщики в России составляют 65% среди мужчин и 27% - среди женщин; злоупотребляют алкоголем 70% мужчин и 47% женщин; повышенный вес регистрируется у 47% мужчин и у 53% жен-

**В Польше с 1991 г. было достигнуто ежегодное снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний на 10% в возрасте от 20 до 44 лет и на 7% в возрасте 45-64 лет, в результате пропаганды здорового образа жизни и увеличения потребления растительных жиров (снижение их стоимости благодаря дотациям государства).**

щин; не занимаются спортом вообще 38% мальчиков и 59% девочек.

Состояние здоровья россиян сегодня стало предметом внимания



международного сообщества. Всемирный банк в докладе «Рано умирать», 2005г., приводит следующие цифры: «По данным ВОЗ, потеря ВВП в РФ от преждевременных смертей от инфарктов, инсультов и осложнений сахарного диабета составит 300млрд. долларов (!!). Китай за тот же период (в расчете на одного жителя) потеряет в 5 раз меньше. Сегодня продолжительность жизни в Китае, по данным ВОЗ (население

1,3 млрд.), на 5,7 лет выше, чем в России (население 0,143 млрд.). Демографически к 2050г. Россия потеряет 30% населения: численность сократится со 143 до 100 млн.».

Четыре фактора риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя - определяют 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% - в количестве лет жизни с утратой трудоспособности.

Что касается состояния системы здравоохранения, то Николай Федорович охарактеризовал состояние материально-технической базы здравоохранения как катастрофическое, применяемые технологии - устаревшими, а уровень квалификации врачей и их мотивацию - как низкую. Все это является следствием и хронического недофинансирования системы. Особого внимания, по мнению докладчика, требуют не только оснащение ЛПУ, но и повышение качества подготовки и работы врачей, усиление системы контроля за ре-

**Пример достижения целевых показателей в 2005г. в Великобритании: увеличение государственного финансирования в 2 раза с 1997 по 2005 г. (всего - с 33 млрд. фунтов стерлингов, на душу населения в год - с 680 до 1350 фунтов стерлингов (\$2300) - в РФ \$180).**

◆ Снижение распространенности курения у мужчин с 28% (1993г.) до 24% (2004г.) (пропаганда здорового образа жизни - национальная программа «Курение убивает» стоимостью 138 млн. фунтов стерлингов на 3 года и Закон об ограничении курения).

◆ Увеличение почти до 2 млн. числа пациентов, принимающих статины (препараты, снижающие холестерин в крови).

◆ Уменьшение времени ожидания кардиохирургических операций с 6 до 3 мес.

◆ Увеличение числа пациентов, которым назначены тромболитические препараты в рекомендуемые сроки с 38% (2000г.) до 84% (2004г.).

**Результат:** снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний с 1997г. по 2005г. на 31,4%.

зультатами их труда. С 2004-2006 гг. государственные расходы увеличены с 2,9% до 3,3% ВВП, затраты федерального бюджета, включая национальный приоритетный проект «Здоровье» и ДЛО, увеличились в 4,4 раза, с 46 млрд. до 202,6 млрд. рублей.

В выступлении **Ростислава Сергеевича КАРПОВА**, директора НИИ кардиологии Томского научного центра, академика РАМН, главного внештатного кардиолога СФО, ▶

была отражена специфика кардиологических аспектов медико-демографической ситуации в СФО. Особый акцент был сделан на состоянии с артериальной гипертонией (АГ), выделив достаточно высокий уровень ее в Алтайском крае - **1794,8** на 100 тысяч населения против **5582** - в России и **6897,5** - в СФО; а также на необходимость внедрения профилактических программ: «...Не нужно идти в этом направлении своим путем, есть достаточно серьезный международный опыт программы СИНДИ, рекомендованный ВОЗ еще в 1996 году. В России уже действуют СИНДИ-Москва, СИНДИ-Бийск. Стратегии СИНДИ просты и понятны:

- ◆ создание межсекторального сотрудничества и партнерства;
- ◆ смещение приоритетов на профилактическую помощь;
- ◆ всесторонняя активизация населения;
- ◆ лучшее использование ресурсов;
- ◆ усиление международного сотрудничества.

**В Финляндии с 1970 по 2002 г. снизилась смертность мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний на 65% благодаря борьбе с факторами риска: пропаганда здорового образа жизни, сокращение числа курящих, увеличение потребления фруктов и растительных жиров. Одновременное снижение смертности от онкологических заболеваний увеличило продолжительность жизни на 7 лет.**

Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных

ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие на-

**По опыту стран ЕС, Америки, профилактика факторов риска позволяет снизить сердечно-сосудистую заболеваемость почти в 2 раза!**

учных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Но, кроме того, резко повысилась актив-



ность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья. В конечном счете, изменился весь социальный климат, в котором протекает повседневная жизнь людей.

До тех пор, пока подобное изменение социального климата не произойдет и у нас, Россия не сможет ответить на становящийся все более грозным вызов смертности и » .

Были и другие интересные сообщения в рамках круглого стола - о состоянии кардиохирургии и интервенционной аритмологии в регионе доложили

д.м.н, профессора - **А.М. КАРАСЬКОВ**, директор Новосибирского НИИ патологии кровообращения, и **С.В. ПОПОВ**, заместитель директора Томского НЦ СО РАМН. О перспективах развития кардиологической помощи в Алтайском крае рассказал руководитель управления по здравоохранению **В.А. ЕЛЫКОВ**. Об опыте работы и влиянии Школ артериальной гипертонии на снижение осложнений гипертонической болезни - сообщение было сделано д.м.н., профессором



ке АГ - таковы цели обучения в Школе.

Очевидно, что наиболее авторитетным источником медицинской информации для больных людей являются врач и медицинская сестра.

Обучающий Вас врач должен дать соответствующие знания, обучить необходимым навыкам и умениям, сформировать мотивацию к изменениям нездоровых привычек и поддержать стремление пациента к оздоровлению и выполнению рекомендаций и назначений врача.

Но и врачу необходимо иметь ряд дополнительных профессиональных знаний и умений. Это - знание основ коммуникационного процесса (техникой эффективного общения), знание психологических принципов формирования поведения (привычек) и методов их изменения, вла-

**Г.А. ЧУМАКОВОЙ:** «Изменение поведения пациента, новый образ жизни; повышение ответственности пациента за контроль над заболеванием; достижение именно сознательного, активного участия лиц с АГ и членов их семей в мероприятиях по первичной и вторичной профилакти-

## Эффективность обучения

- Увеличилось количество пациентов, достигающих целевой уровень АД с 25,8% до 56,3%
- Уменьшение числа больных
  - с ожирением на 7,8%
  - с гиперхолестеринемией на 43,6%
  - с курением на 56,8%
- Увеличилось число больных, принимающих регулярно гипотензивные препараты с 38,6% до 95,6%
- Уменьшилось кол-во случаев временной нетрудоспособности в 1,8 раза и госпитализаций в 2,3 раза

(Н.Н. Пономарева, Г.А. Чумакова 2005г)



дения активными формами обучения, лекторскими способностями.

Наш опыт работы «Школ для больных АГ» показал их высокую эффективность».

Специалисты констатируют, что демографическая ситуация в России развивается по пессимистическому сценарию, и настаивают на том, что для ее улучшения приоритетом должно быть снижение сверхсмертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травм и отравлений, материнской и младенческой смертности.

**Для такого снижения необходимы программы по:**

- ◆ уменьшению избыточного веса и стресса;
- ◆ ориентации СМИ (прежде всего телевидения) на пропаганду здоро-



вохранения и коррекция национального проекта «Здоровье» с сетевого на программно-целевой принцип.

Необходимо повысить качество и объемы высокотехнологичной медицинской помощи (под определенные приоритеты) путем увеличения финансирования, внедрения научно обоснованных стандартов, переоснащения,



вого образа жизни и оптимизм;

◆ подготовке информационных материалов по медико-санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни;

◆ работе с медицинскими работниками и разъяснению необходимости медико-санитарного просвещения населения, а также пропаганде здорового образа жизни личным примером.

Должна быть адекватная ситуации реформа

расширения существующих и строительства новых центров высоких технологий, но это даст ожидаемый эффект лишь при условии, что в стране удастся развернуть общенациональную программу по пропаганде здорового образа жизни.

**Также необходима разработка федеральной Программы (национального проекта) демографического развития страны с адекватным финансированием (не менее 2% от ВВП).** Ⓢ

# Атеросклероз. Мы и холестерин

На сегодняшний день никто в мире не знает, сколько людей в нашей стране имеют атеросклеротическое поражение сосудов. К сожалению, долгое время атеросклероз может протекать бессимптомно, не иметь никаких клинических проявлений и создавать полную иллюзию здоровья.

Поэтому, когда у человека появляются такие клинические проявления атеросклероза, как стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, перемежающаяся хромота и другие, пациент всегда удивленно говорит врачу: «Доктор, я же был абсолютно здоров!». Врач начинает объяснять, что человек рождается с гладкими, эластичными сосудами. Долгие годы внутренняя выстилка сосудов - эндотелий - защищает сосуд от формирования атеросклеротических бляшек. Но слишком много людей совершенно безразлично, даже агрессивно безразлично относится к собственному здоровью. Упорное курение, отсутствие регулярных физических тренировок, «нездоровое питание» с преобладанием жиров и углеводов и малым потреблением овощей и фруктов, избыточный вес постепенно приведут к тому, что сосуды потеряют способность защищаться от атеросклеротической бляшки.

**Что такое атеросклеротическая бляшка**

Попробуйте сдавить жгутом руку, ногу, палец. Достаточно быстро из-за нарушения нормального тока крови появятся бледность кожи, боль, онемение. Если кислородное голодание из-за сдавления сосудов снару-



**жи продлится более двух часов, орган может погибнуть.** То же самое происходит при сужении сосуда изнутри атеросклеротической бляшкой. При увеличении физической нагрузки и соответствующем увеличении потребности в кислороде «страдающий» орган на недостаток крови отреагирует болью за грудиной (стенокардия), нарушением сердечного ритма, болью в ногах (перемежающаяся хромота), расстройствами памяти и других функций головного мозга. При полной закупорке сосуда тромбом (а риск такого развития событий достаточно высок у пациента с атеросклерозом) могут развиваться самые опасные для жизни осложнения - инфаркт миокарда, инсульт, гангрена и даже внезапная смерть.

**Холестерин и атеросклероз**

Для развития атеросклероза имеется множество факторов риска, но особая роль в этом



процессе принадлежит холестерину, который является одним из главных компонентов ядра атеросклеротической бляшки.

Интересно, что **холестерин - основной строительный материал всех (!) клеток в организме**, в том числе клеток печени, нервной ткани, а также некоторых гормонов, желчи. Но, к сожалению, **при избыточном содержании холестерина в крови его излишки откладываются в стенку сосуда** и становятся основным строительным материалом и для атеросклеротических бляшек. Холестерин переносится в крови только в виде специальной транспортной формы - **липопротеидов**. **Липопротеиды - это комплексы жиров (холестерина и других) и белков**. Липопротеиды низкой плотности содержат много холестерина. Эти частицы разносят холестерин по организму и, в том числе, **участвуют в формировании атеросклеротической бляшки**. Другой вариант липопротеидов - высокой плотности - обеспечивает транспорт холестерина из тканей в печень в виде специальной транспортной формы - **липопротеидов**. Липопротеиды высокой плотности содержат много холестерина. Эти частицы разносят холестерин по организму и, в том числе, **участвуют в формировании атеросклеротической бляшки**.

В состав липопротеидов входит еще один тип жиров - **триглицериды**, которые являются основным источником образования энергии для всех процессов, протекающих в организме. Если триглицеридов много (избыток), то они участвуют и в формировании атеросклеротических бляшек.

Нам должно стать очевидно, что **контроль за уровнем холестерина является важным методом профилактики атеросклероза**, а значит, и снижения риска развития инфаркта миокарда, инсульта и других его осложнений.

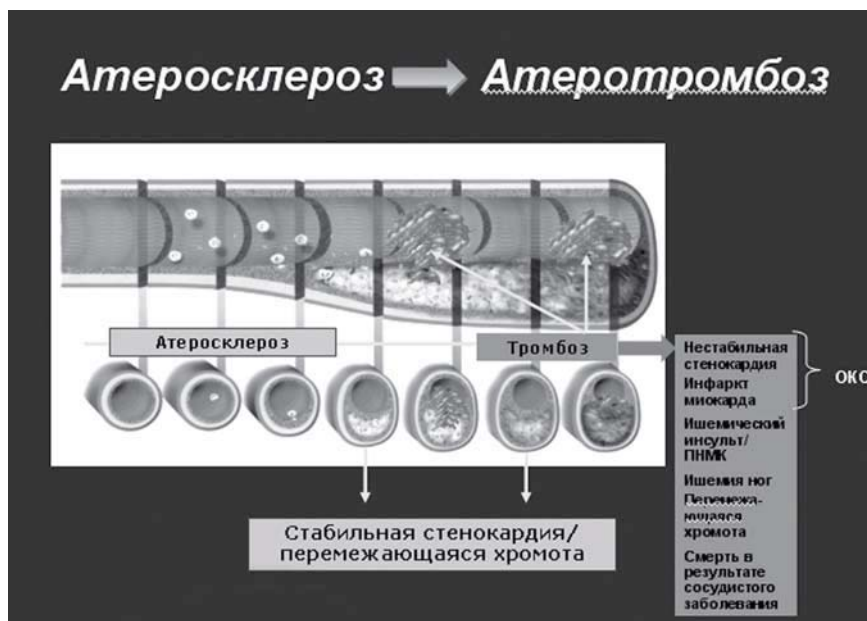
### Нормальный уровень холестерина

**В идеале каждый человек должен знать нормальный уровень холестерина разных типов:**

- ◆ уровень общего холестерина в крови - менее 5 ммоль/л;
- ◆ уровень холестерина липопротеидов низкой плотности («плохого холестерина») - менее 3 ммоль/л;
- ◆ уровень холестерина липопротеидов высокой плотности («хорошего холестерина») - более 1 ммоль/л;
- ◆ уровень триглицеридов менее - 2 ммоль/л.

**Эти нормы действуют для людей, которые еще не имеют клинических проявлений атеросклероза.**

**Внимание!** Если же болезнь уже проявилась (например, пациент уже перенес инфаркт миокарда, имеет стенокардию) или имеется высокий риск ее развития (который рассчитывается по специальным табли-



цам) и он составляет более 2% в год, а также если пациент имеет сахарный диабет, - нормы холестерина разных типов и триглицеридов значительно снижаются:

- ◆ уровень общего холестерина в крови - менее 4,1 ммоль/л;
- ◆ уровень холестерина липопротеидов низкой плотности («плохого холестерина») - до 1,8 ммоль/л;
- ◆ уровень холестерина липопротеидов высокой плотности («хорошего холестерина») - более 1,2 ммоль/л;
- ◆ уровень триглицеридов - менее - 1,7 ммоль/л.

### Как и зачем нужно контролировать уровень холестерина?

На вопрос «зачем» мы, пожалуй, уже ответили: чтобы снизить риск развития атеросклероза и его тяжелых, жизнеопасных осложнений - инфаркта миокарда, инсульта, венозной смерти и других.

Чтобы решить, «как снижать», необходимо сначала определить уровень общего холестерина и липопротеидов. **Чтобы анализ получился точный, необходимо кровь сдать натощак (12-14 часов после последнего приема пищи).**

Если полученные результаты не порадовали, - необходимо начинать лечение. Первое, что назначает врач, именно **назначает, как необходимый и очень важный элемент терапии - изменение образа жизни и коррекция факторов риска**. Об этом на страницах журнала мы говорили неоднократно. **Врач назначает и лекарственную терапию.**

Современные препараты для снижения уровня холестерина позволяют не только предупредить формирова-

ние атеросклеротических бляшек, но замедлить рост уже имеющихся. **Самые эффективные препараты с таким механизмом действия относятся к группе статинов** (Крестор, Липримар и др.). Они не только снижают уровень общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, но и повышают уровень липопротеидов высокой плотности. Поразительно, но эти препараты дополнительно доказали свою способность сдерживать рост атеросклеротической бляшки, а при длительном применении в достаточных дозах даже уменьшить размеры бляшки. Это очень важно, так как подобный эффект позволяет снизить риск развития грозных осложнений атеросклероза **на 40-50%**.

**Не стоит забывать: подобное улучшение эластичных свойств сосудов позволяет снизить риск развития гипертонии.**

Очень важно, что такие препараты назначаются только врачом, который проследит не только за эффективностью лечения, но и за его безопасностью.

Современные возможности терапевтического лечения атеросклероза поразительны. **Сочетание здорового образа жизни и современных медикаментозных препаратов (но не пищевых добавок) позволяют творить чудеса в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.** Это давно поняли во многих странах мира, где заболеваемость и смертность от этих заболеваний за последние 25 лет снизились почти в два раза. Но этого можно добиться только **совместными усилиями** врачей и пациентов. **Наших с вами усилий.**

д.м.н., профессор **Г.А. ЧУМАКОВА**





# Кардиология на Алтае: реальность и перспективы

Наш разговор - со специалистами Алтайского краевого кардиологического диспансера: главным врачом **Виктором Федоровичем Гридасовым**, начмедом **Алексеем Ивановичем Дуда**, заведующей реабилитационного отделения **Людмилой Андреевной Старковой**.



**В.Ф. Гридасов:**

- Усилия алтайских медиков направлены на изменение системы оказания помощи больным ишемической и гипертонической болезнью от доврачебного этапа до высокотехнологичных кардиохирургических операций.

В крае функционируют **краевые целевые программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Кардиохирургия»**. Их реализация в течение 1998-2006г.г. позволила существенно увеличить объемы операций аортокоронарного шунтирования, имплантации постоянных водителей ритма, диагностических коронарографий, баллонной ангиопластики и стентированием коронарных сосудов.

Открытие пяти новых операционных с поэтапным увеличением операций с искусственным кровообра-

щением до 1000 в год, позволит существенно **повысить доступность кардиохирургической помощи** населению края.

**- Почему это важно?**

- В частности, в 80% случаев инфаркта миокарда, инсульта или гангрены нижних конечностей является **атеротромбоз**. Тромботические осложнения атеросклероза (стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, угроза гангрены нижней конечности) ежегодно развиваются более чем у 1,9 миллионов жителей России, и их частота превышает заболеваемость всеми видами рака в целом.

**Атеротромбоз - это не новое заболевание, а опасное прогрессирующее осложнение атеросклероза, угрожающее миллионам людей. Как он развивается?** Уже в молодом возрасте в различных артериях человека начинают формироваться бляшки (плотные отложения жира, в т.ч. холестерина). С возрастом их образование может ускориться под влиянием различных факторов, включая особенности образа жизни и наследственности. Атеросклеротическая бляшка может разорваться. При этом поврежденный участок покрывается тромбоцитами из крови (как царапина на коже). При склеивании тромбоцитов образуется сгусток (тромб), который в большей или меньшей степени перекрывает просвет сосуда и ограничивает кровоток по нему.

**Формирование тромба в артерии, кровоснабжающий головной мозг, приводит к инсульту.**

**Формирование тромба в артерии, кровоснабжающий сердце, приводит к обострению стенокар-**

**дии и инфаркту миокарда.**

**Формирование тромба в артерии нижней конечности приводит к угрозе гангрены конечности.**

**Риск развития атеросклероза периферических артерий повышается при наличии следующих факторов:**

- сахарный диабет;
- курение, в том числе в прошлом;
- высокое артериальное давление;
- избыточная масса тела и ожирение;
- высокий уровень холестерина и сахара крови;
- возраст более 50 лет.

Особый разговор - кардиохирургия. Число больных, нуждающихся в оперативном лечении велико, и мы не в состоянии были удовлетворить потребность в этом виде лечения.

**Существуют два основных метода оперативного лечения поражения артерий сердца – ангиопластика коронарных артерий сердца с установкой стента и аорто-коронарное шунтирование (АКШ).** Эти методы позволяют восстановить нормальное кровоснабжение сердца.

**Баллонная ангиопластика** позволяет расширить суженные артерии сердца. Для этого кардиолог вводит через надрез в бедренной артерии в пораженную артерию катетер, на конце которого находится маленький баллончик, а затем раздувает его и расширяет просвет сосуда. После баллонной ангиопластики в коронарную артерию обычно устанавливают стент (металлическую сетку). Он расширяется и препятствует спадению артерии.

**При аорто-коронарном шунтировании** накладывают шунт, который обеспечивает обходной кровоток вокруг суженного участка коронарной артерии. Хирург удаляет небольшую часть вены голени для формирования шунта. Один конец шунта пришивают к аорте (основная артерия, отходящая от сердца), а другой – к коронарной артерии ниже участка сужения. Кроме того, ниже сужения коронарной артерии можно присоединить также артерию, питающую мышцы грудной стенки. ▶



В других странах эти операции достаточно распространены. Есть такие состояния, когда операция практически единственный шанс.

**- Краевой кардиодиспансер находится в г. Барнауле. а как же можно повлиять на качество лечения жителей других территорий края?**



**А.И. Дуда:**

- Мы делаем ставку на применение прогрессивных технологий (в том числе и организационных) в лечении, например, таких заболеваний как острый инфаркт миокарда (ОИМ). В 2006 году в крае зарегистрировано **3045** случаев ОИМ, из них в г. Барнауле - **1083**. **В 37% случаев инфаркт развился в трудоспособном возрасте!**

Учитывая значимость проблемы для здравоохранения края, в АККД разработаны и широко применяются **две современные технологии лечения ОИМ:**

1. «реперфузионная» технология, направленная на восстановление коронарного кровотока и, как следствие, - сохранение жизнеспособности миокарда;

2. технология поэтапной реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

**Очень важно, чтобы больному с острым инфарктом миокарда своевременно и правильно был поставлен диагноз!**

**С 1989 года в крае внедрена технология круглосуточной дистанционной диагностики и мониторинга больных острым инфарктом миокарда и впервые возникшей стенокардией.**

В 2006 году в краевом кардиологическом диспансере было проведено более **3313** консультаций (половина из них (**1408**) - экстренные), ди-

агностировано около **464** острых инфарктов миокарда!

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» муниципального ЛПУ края уже поставлено **167 аппаратов ЭКГ**, их эффективное использование также должно существенно повлиять на улучшение ранней диагностики заболеваний сердца.

Однако нужно признать, что существует дефицит данного вида специализированной консультативной помощи. **Из почти двух тысяч случаев инфаркта миокарда, зарегистрированных в сельских ЛПУ, по системе дистанционного мониторинга прошли не более 23%.**

Кроме того, мы работаем над тем, чтобы обеспечить раннюю доставку больных ОИМ в краевой кардиодиспансер.

**Восстановление коронарного кровотока в диспансере достигается как назначением тромболитических средств, так и выполнением экстренной транслюминальной баллонной ангиопластики.**

Из **868** больных ОИМ, пролеченных в АККД в 2006г., экстренная коронарография выполнена **436**, экстренная пластика коронарных артерий - **251**, успешно прооперированы **127** больных с нарушением ритма, требованиями неотложного вмешательства.

Применение таких современных методов позволяет достичь более высокой эффективности, обеспечивающей прогноз жизни и в последующем трудоспособности для таких пациентов.

**Для сравнения:** стационарная летальность от острого инфаркта миокарда в группе консервативного лечения составила **15%**, в то время как при тромболитической терапии - **7%**, а при эндоваскулярных вмешательствах - **5,2%**. В 2004-2006гг. достигнуто значительное снижение первичного выхода на инвалидность и средней длительности больничного листа у больных, перенесших баллонную ангиопластику коронарных артерий. В группе больных работоспособного возраста, подвергшихся высокотехнологичным вмешательствам на фоне острого инфаркта миокарда, возврат к труду составил **100%**.

Наш опыт стабильно подтверждает преимущество «реперфузионных» технологий в лечении острого инфаркта миокарда.

**- Что включает технология «поэтапной реабилитации»?**



**Л.А. Старкова:**

- Технология поэтапной реабилитации состоит из стационарного этапа реабилитации (включающего в себя физическую, психологическую и социальную реабилитацию больных) и долечивания в кардиологическом отделении санаториев «Барнаульский» и «Белокуриха».

**- А если больной с ОИМ не поступил в краевой кардиодиспансер?**

- Дистанционный мониторинг, о котором мы рассказали выше, позволяет не только проводить коррекцию медикаментозной терапии и режима физической активности, прогнозировать течение заболевания, но и своевременно проводить отбор больных на следующий (в том числе и санаторный) этап реабилитации.

**- Как вы оцениваете результаты такой работы?**

- В 2006г. по ДДЦ зарегистрировано **536** случаев ОИМ и впервые возникшей стенокардии. Направлено на реабилитацию в АККД **397** больных (**74%**). Отделение реабилитации АККД - единственное специализированное отделение на территории Сибири и Дальнего Востока, где проводится реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда и реконструктивные операции на коронарных сосудах.

**Цель реабилитации - не только восстановление физического, психического, социального здоровья, но и профилактика прогрессирования и обострения ишемической болезни сердца.** В открытой в отделении «Школе для больных ишемической болезнью сердца» недельный цикл занятий проводят кардиолог, психолог, врач лечебной физкультуры. Полученные знания закрепляют-



ся ежедневно на занятиях лечебной физкультуры, релакс-терапии и т.д.

По окончании стационарного лечения и долечивания в кардиологические отделения санаториев, в течение двух лет больные работоспособного возраста продолжают комплекс реабилитационных мероприятий на базе поликлиники Алтайского краевого кардиологического диспансера.

Проведение комплексной реабилитации позволяет существенно влиять на качество и продолжительность жизни кардиологических больных. Так, за последнее десятилетие выживаемость больных в течение первого года после перенесенного острого инфаркта миокарда увеличилась на 17%, количество повторных госпитализаций уменьшилось с 18,2 до 3,6%. Среди больных, подвергшихся реабилитации, переносимость высоких физических нагрузок в среднем на 32,6% выше, чем у не реабилитированных.

**От редакции.** Мы имеем возможность ознакомиться с опытом работы «Коронарного клуба», а специалисты кардиологического центра Л.А. Старкова, Е.Д. Косоухова, Н.С. Пешкова, А.А. Суворова провели цикл занятий на страницах нашего журнала «Здоровье алтайской семьи».

**- Что предполагается сделать в этом направлении?**

**В.Ф. Гридасов:**

- Мы очень рассчитываем на усовершенствование дистанционных технологий посредством внедрения системы «Телеальтон», которая включает в себя современные средства передачи ЭКГ и возможность формирования электронной базы таких консультаций.

**От редакции:** по факту внедрения системы «Телеальтон» мы планируем опубликовать перечень населенных пунктов, попавших в зону ее влияния, что должно сказаться на результатах лечения больных с ОИМ.

Кроме того, нами определены центральные районные и участковые больницы (врачебные амбулатории) в радиусе 150км от г.Барнаула, из которых, в случае диагностики острого инфаркта миокарда, пациент в течение 1,5-2 часов может быть доставлен в краевой кардиодиспансер.

Этот этап помимо возможности диагностировать получение ЭКГ и консультирование предполагает наличие в этих ЛПУ реанимобиля, а также специалиста-реаниматолога, обеспечивающего транспортировку таких больных.

## Как выглядит типичный приступ стенокардии? Что нужно делать?

**Трудно найти двух пациентов, которые одинаково описывали бы свои ощущения во время приступа стенокардии. Наиболее типичны - боль или дискомфорт, ощущение тяжести, тесноты, жжение, давление или сжатие, локализованное за грудиной. Может быть одышка или нехватка воздуха, боли в области желудка. Чувство боли или дискомфорта может распространяться (иррадиировать) на другие части тела, например, плечи, руки, челюсть, шею, зубы.**

Приступ стенокардии короток по продолжительности и длится не более нескольких минут. После приступа больные, как правило, чувствуют себя вполне удовлетворительно. Но это не значит, что он больше не повторится. Поэтому, если у Вас или у Ваших родственников появились подобные симптомы, то нужно срочно обследоваться у кардиолога, а если приступ длится более 20 минут - немедленно вызвать Скорую помощь.

**Нет ли у Вас повода беспокоиться о здоровье? Предлагаем Вашему вниманию опросник по выявлению стенокардии.**

**1. Бывает ли у Вас боль, тяжесть, давление в грудной клетке?**

1.1 ДА

1.2 НЕТ

Если ДА - продолжить опрос, если НЕТ - опрос прекратить.

**2. Боль возникает:**

2.1. при быстрой ходьбе, подъеме в гору (+7)

2.2. при ходьбе обычным шагом, по ровному месту (+3)

2.3. в покое, в положении сидя, лежа (-3)

**3. Характер боли:**

3.1. сжимающая, давящая (+4)

3.2. жгучая, тупая, ноющая (+2)

3.3. колющая (-1)

**4. Где ощущаете боль, покажите:**

4.1. за грудиной, в области шеи, челюсти (+4)

4.2. в левой передней части грудной клетки (+3)

4.3. в левой руке (+2)

4.4. в правой передней части грудной клетки (-1)

4.5. в другом месте грудной клетки (-3)

**5. Длительность болевого приступа:**

5.1. до 15 минут (+4)

5.2. до 30 минут (+2)

5.3. несколько секунд (+1)

5.4. более 30 минут (-3)

**6. Что Вы делаете при появлении боли?**

6.1. останавливаетесь и (или) принимаете нитроглицерин (+5)

6.2. замедляете темп ходьбы (+3)

6.3. продолжаете идти (-2)

**7. После остановки и (или) приема нитроглицерина**

7.1. Боль полностью проходит (+7)

7.2. проходит полностью быстрее, чем за 5 минут (+10)

7.3. проходит быстрее, чем за 10 минут (+5)

7.4. проходит более, чем за 10 минут (-2)

7.5. не проходит (-3)

**8. Возраст**

8.1. более 36 лет (+3)

8.2. более 46 лет (+7)

8.3. более 56 лет (+9)

\*Другие варианты ответов оцениваются «0» баллов.

Посчитайте сумму «заработанных» баллов.

**Сумма баллов менее 20 - тест отрицательный.**

**Сумма баллов 20 или более - обратиться к терапевту в течение недели!**





# АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

**Татьяна Александровна КОРНИЛОВА**, главный пульмонолог г.Барнаула,

заведующая отделением, врач высшей категории;

**Инна Ивановна БЕЛЯКОВА**, врач-пульмонолог;

**Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;

**Евгения Витальевна НИКИТИНА**, врач-пульмонолог

**Занятие 15**

## Что Вы знаете об АСТМЕ?



На занятиях Астма-школы мы разобрали основные вопросы, необходимые для того, чтобы достичь максимального взаимопонимания с врачом, а Вам удавалось контролировать заболевание. Предлагаем ответить на наши вопросы, чтобы проверить, чему Вы научились, а о чем нам еще следует рассказать.

**На каждый вопрос есть только один правильный вариант ответа!**

**1. Бронхиальной астмой болеет...**

- а) менее 1% людей;
- б) 1-2% людей;
- в) 5-10% людей.

**2. Основные проявления бронхиальной астмы - это...**

- а) одышка при ходьбе;
- б) приступы затрудненного дыхания, хрипы и заложенность в груди, сухой кашель;
- в) кашель с мокротой по утрам.

**3. Бронхиальная астма может впервые появиться...**

- а) в любом возрасте;
- б) только в детстве;

- в) только у взрослых людей.

**4. Бронхиальная астма - заболевание в основном...**

- а) психогенное;
- б) аллергическое;
- в) инфекционное;
- г) вследствие курения.

**5. Приступ астмы может вызвать...**

- а) контакт с аллергеном;
- б) физическая нагрузка;
- в) инфекция дыхательных путей;
- г) нервный стресс;
- д) любой из этих факторов.

**6. Обычно не является аллергеном...**

- а) клещ домашней пыли;
- б) эпидермис кошки;

- в) запах духов;
- г) пыльца березы.

**7. Лечение бронхиальной астмы...**

- а) обычно не требуется;
- б) заключается во внутривенных инъекциях и проводится в больнице;
- в) обычно ингаляционное, проводится регулярно;
- г) заключается только в снятии приступов.

**8. Для снятия приступа астмы можно воспользоваться...**

- а) сальбутамолом или беротеком;
- б) инталом или тайледом;
- в) бекотидом или фликсотидом;
- г) нитроглицерином или валидолом.



### 9. Гормональные ингаляторы при астме назначают...

- а) только при обострении;
- б) только при тяжелом течении астмы;
- в) для профилактического применения, начиная с легкой астмы;
- г) для купирования приступа.

### 10. Не относится к гормональным ингаляторам...

- а) бекотид;
- б) бенакорт;
- в) беротек;
- г) беклазон;
- д) фликсотид.

#### ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

**1 - в.** *Бронхиальной астмой болеет 5-10% людей.*

В разных странах этот процент варьирует, достигая, например, в Австралии (Мельбурн), 12%. В индустриально развитых странах астма более распространена и считается одной из «болезней цивилизации».

**2 - б.** *Основные проявления бронхиальной астмы - это приступы затрудненного дыхания, хрипы и заложенность в груди, сухой кашель (хотя каких-то симптомов у конкретного человека может и не быть).*

Одышка при ходьбе более характерна для других легочных и сердечных заболеваний. Кашель с мокротой по утрам - основной симптом хронического бронхита, ХОБЛ.

**3 - а.** *Бронхиальная астма может впервые появиться в любом возрасте.*

Ранее считалось, что чаще эта болезнь возникает в детстве. Однако последние данные свидетельствуют о том, что почти у половины людей астма возникает после 18 лет.

**4 - б.** *Бронхиальная астма - заболевание в основном аллергическое. Другие факторы могут играть некоторую, но не главную роль.*

**5 - д.** *Приступ астмы может вызвать любой из этих факторов: контакт с аллергеном, физическая нагрузка, инфекция дыхательных путей, нервный стресс.*

Эти факторы (и ряд других) называют триггерами. У разных людей наборы триггеров различаются.

**6 - в.** *Обычно не является аллергеном запах духов.*

Резкие запахи могут вызывать приступ у некоторых астматиков, но это происходит без вовлечения аллергических механизмов.

**7 - в.** *Лечение бронхиальной астмы обычно ингаляционное, проводится регулярно. Оно направлено на подавление воспаления в бронхах и профилактику приступов. Ингаляционный путь введения лекарств наиболее эффективен и безопасен при астме. Госпитализация необходима только при выраженном обострении.*

**8 - а.** *Для снятия приступа астмы можно воспользоваться сальбутамолом или беротеком. Это бронхорасширяющие ингаляционные лекарства с быстрым началом действия. Используют также саламол, сальбен, бриканил и др. Интал, тайлед, бекотид, беклазон, фликсотид - средства для базисного (профилактического) лечения, при приступе они неэффективны. Нитроглицерин и валидол используют для снятия приступа сердечных болей.*

**9 - в.** *Гормональные ингаляторы при астме назначают для профилактического применения, начиная с легкой астмы. Раньше гормональные ингаляторы назначали только при среднетяжелой и тяжелой астме, но теперь доказана необходимость такого лечения и при легкой астме (когда симптомы беспокоят 1 раз в неделю или чаще).*

**10 - в.** *Не относится к гормональным ингаляторам беротек. Это бронхорасширяющий препарат.*

**Подсчитайте число правильных ответов:**

**0-1** - Этого просто не может быть!

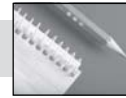
**2-3** - Кое-что Вам следует повторить.

**4-5** - Неплохо. Не исключено, что просто астма не доставляет вам больших проблем, чего и всем желаем.

**6-8** - Очень хорошо. Особенно с учетом того, что некоторые вопросы были весьма заковырыстыми.

**9-10** - Отлично! Сознаться, у вас есть медицинское образование? Или «жизнь заставила»?

**Всем ответившим на вопросы большое спасибо. Читайте нашу Астма-школу и дальше, каждый найдет для себя что-то полезное.** ☺



*На заметку*

## Диабет - по дыханию

**Американские ученые разработали простой и неинвазивный метод диагностики диабета первого типа с помощью анализа состава выдыхаемого воздуха.**

В настоящее время диабет первого типа выявляют измерением уровня глюкозы в крови больного. Ежедневный мониторинг уровня сахара, также необходимый таким больным, требует нескольких достаточно неприятных процедур забора крови в день. Предложенный метод значительно удобнее нынешних: отслеживание уровня глюкозы по концентрации в выдыхаемом воздухе ацетона - одного из продуктов неполного метаболизма глюкозы.

Устройство оценивает содержание ацетона в воздухе по скорости затухания инфракрасного лазерного луча в герметичной камере с зеркальными стенками и позволяет определять его концентрацию до 0,45 частиц на миллион в единице объема. У типичного диабетика этот показатель соответствует 1,4.

Разработчики отмечают, что сегодня предложенная ими техника подходит только для диагностики сахарного диабета, однако в будущем, по мере совершенствования аппаратуры, она может быть приспособлена и для ежедневных измерений уровня сахара.

## Язва каменного века

**Язва - самая древняя болезнь человека, утверждают европейские исследователи, узнавшие возраст бактерии *Helicobacter Pylori*, которая вызывает заболевания желудка. Она поселилась в теле человека около 100000 лет назад, говорят специалисты.**

Они сравнивали 532 образца бактерий, полученных от представителей 51 этнической группы по всему миру, и утверждают, что распространение желудочных заболеваний хорошо согласуется с миграцией человека по Земле. Нет ничего удивительного в том, что самая древняя болезнь связана с желудком. Ведь примерно в то далекое время первобытные племена человека начали мигрировать и изменять свой рацион питания.



# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## Дорогие коллеги!

*12 мая сестринские коллективы лечебно-профилактических учреждений Алтайского края отметили свой профессиональный праздник – Международный день медицинской сестры. В этот день в ЛПУ городов и районов края проводились «Посвящения в профессию», профессиональные конкурсы, праздничные конференции.*

Наша Ассоциация традиционно, третий год, финансировала эти мероприятия. В прошлом году сумма затрат на проведение мероприятий в городах и районах края составила 83-85, а в текущем году - сто тысяч рублей. Накануне праздника со всех уголков России мы получили поздравления от своих коллег - сестринских ассоциаций: из Санкт-Петербурга, Москвы, Кемерова, Новоси-

бирска, Омска, Читы, Самары, Ставрополя, Архангельска, Астрахани, Ижевска, Ярославля, Вологды, Марий Эл, Чебоксар. Это говорит о крепнущем сообществе медицинских сестер России. **Мы, в свою очередь, поздравляем российских коллег и все сестринские коллективы ЛПУ края.**

**18 апреля состоялось очередное заседание Правления, на котором**



**Л.А. ПЛИГИНА,  
Президент АРОО «ПАСМР»**

**подводились итоги работы за 1 квартал 2007 года.** Помимо большой организационной работы, существенно возросли наши финансовые возможности: проведена частичная оплата за повышение квалификации **372** членов Ассоциации на сумму **107085** рублей. Выдана единовременная социальная помощь в соответствии с Положением **17** членам на сумму **22500** рублей.

**Пятого апреля проведен обучающий семинар по «Школе профилактики артериальной гипертонии. Научи учителя».** На семинаре присутствовало около **200** делегатов, из которых **145** - члены Ассоциации. По программе семинара были заслушаны сообщения **Г.А. ЧУМАКОВОЙ**, д.м.н., профессора, председателя Алтайского краевого научного общества кардиологов, по теме «Современные представления об артериальной гипертонии, профилактике заболевания» **И.В. КОЗЛОВОЙ**, к.м.н., главного редактора журнала «Здоровье алтайской семьи» - «Школы артериальной гипертонии. Научи учителя» - о формах участия общественных организаций в вопросах первичной и вторичной профилактики, предотвращению социальных последствий»; **М.М. КАМНЕВОЙ**, главной медицинской сестры МУЗ «Заринская Центральная городская больница» - «Роль сестринского

**Что может быть надежней рук,  
Тебя обнявших в одночасье?  
Профессия бывает счастьем -  
Не зря тебя сестрой зовут.**

**И в слове этом есть родство  
И трепет радости безбрежной,  
И белый цвет, и голос нежный.  
Так просто, словно естество,  
Союз сердец - святое дело.  
Вступай в него надежно, смело,  
Дерзай, работай, помогай,  
Святое братство создавай!**

**Н.И. Голова,  
медицинская сестра,  
МУЗ «Городская больница №11», г. Барнаул**

персонала в работе «Школы для пациентов с артериальной гипертензией» из опыта работы в г.Заринске.

В заключение семинара проведено обсуждение организационно-технических мероприятий по реализации программы «Профилактика артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний в сестринских коллективах ЛПУ». Ответственными за выполнение мероприятий рекомендованы лидеры «триады» сестринских коллективов: главная медицинская сестра, представители профсоюза ЛПУ, неформальный представитель Ассоциации. Все делегаты семинара получили от Ассоциации и Фонда «Содействию» спецвыпуски журнала «Школа больных артериальной гипертензией» и Сертификаты участника семинара.

Проведение семинара является первым этапом в создании постоянно действующей системы по оздоровлению медицинских работников, созданию сестринских «Школ артериальной гипертензии», поскольку другого пути у нас нет, если хотим изменить состояние своего здоровья, своих семей, качество своей жизни.

**Это не пустые слова. Это сложно. Но только сообща мы сможем преодолеть существующую инертность.** ☺

**В единстве наша сила!  
Нет в мире прекрасней  
призванья,  
Чем быть на земле  
Медсестрой,  
Людей избавлять  
от страданья  
И души лечить их порой!**

**Сестра для больного отрада  
И верный помощник врача,  
Они всегда чувствуют рядом  
Надежность родного плеча.**

**И знания нужны, и умение,  
Чтоб стали с годами мудры,  
Но главное – это терпенье  
И доброе сердце сестры.**

**Славные сестры  
великой страны!  
Если мы вместе,  
то значит сильны,  
И наша правда  
проста и стара:  
Жить и работать  
во имя добра!**

**И.А. Смокотин,  
фельдшер  
г.Анжеро-Судженск  
Кемеровской области**

# Дорога жизни

**ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА  
АНТОНОВА,  
директор клуба ветеранов  
здравоохранения, г.Бийск**

Удивительные люди живут у нас на Алтае - добрые, сердечные. Они творят добро, помогая тем, кому трудно, и забывая порой о себе. Одна из них, с трудной, военной поры судьбой, живет в г.Бийске. Это - Маргарита Васильевна Щербакова. Ей за 80, но она бодр и энергична.



О себе и своей судьбе поведала, что в далеком 1933 году приехала в Алтайский край из Пермской области. В 1939 году поступила на фельдшерское отделение Горно-Алтайского медицинского училища, и после окончания, семнадцатилетней девушкой, была направлена в Турочак заведующей фельдшерским пунктом на лесозаготовительном участке. Рассказывает Маргарита Васильевна:

*- Кругом горы, тайга и бездорожье. Ни опыта работы, ни, конечно же, житейского опыта. Но люди шли за помощью, как к специалисту, «доктору», и я старалась, как могла. В мой адрес от руководства никаких нареканий не было. А весной начинался сплав леса по Бии, и я уходила вместе со сплавщиками в тайгу на все лето. Техники никакой, даже лошадей, и тех не было. Бревна с берега волоком и баграми тащили к воде. И так каждый день, до самого октября.*

А зимой 1943 года нагрянула беда - вспышка сыпного тифа, слегли девяносто человек! В школе организовали изолятор и разместили больных.

*- А из медиков одна я, - говорит М.В. Щербакова, - помощниками были неграмотные женщины из поселка. Я сутками не отходила от больных, там и спала. О выходных в то время даже не думали. Позже приехала бригада из четырех человек, в том числе и врач, но мои больные уже почти поправились, и ни один человек не умер.*

После этого Маргариту Васильевну, как опытного специалиста, направляют в село Кебезень, где был стационар на 15 коек, но врач погибла во время эпидемии. И Маргарита Васильевна опять вступила в борьбу за жизни людей. Помимо этого, обслуживала близ-

лежащие села, куда приходилось добираться верхом на лошади. И каждый раз, приезжая в райцентр, бежала в военкомат и со слезами на глазах умоляла отправить ее на фронт. Но ее не отпускали: здесь был свой фронт, трудовой, где нужно было работать в невыносимо трудных условиях.

Лишь в 1948 году вернулась Маргарита Васильевна к родителям в Красногорский район, а в 54-м переехала в г.Бийск, где работала участковой медицинской сестрой в городской больнице №1, а по совместительству - медсестрой в кабинете ЛОР-врача до самой пенсии.

Трудовой стаж Маргариты Васильевны - сорок лет. Муж вернулся с фронта инвалидом. За 50-летнюю совместную жизнь воспитали троих детей: двух сыновей и дочку. Дочь, Ольга Михайловна Гарус, пошла по стопам мамы, стала врачом и работает начмедом Центральной городской больницы г.Бийска. Ее сын, внук Маргариты Васильевны, работает там же врачом-урологом. Еще одна внучка, тоже врач, живет и работает в г.Новосибирске. Вот такая замечательная династия медработников получилась!

*- Семья у меня большая, - смеется Маргарита Васильевна, - семь внуков и две правнучки. Я счастлива, когда у них все хорошо.*

Так и живет эта замечательная женщина, ветеран труда, великая труженица тыла, посвятившая всю жизнь служению людям и награжденная за свой труд правительственными наградами.

**В канун праздника Победы желаем Вам, дорогая Маргарита Васильевна, крепкого здоровья, тепла и уюта в Вашем доме!** ☺



# Дружный сплоченный коллектив - залог профессионального успеха

**ВЕРА ГРИГОРЬЕВНА КОРНИЕНКО,**  
специалист по организации сестринского дела,  
высшая квалификационная категория,  
главная медицинская сестра  
МУЗ «Городская детская поликлиника №2», г.Барнаул

Реформы здравоохранения, проходящие в нашей стране в последние годы, произвели значительные перемены в сестринском деле вообще и в нашем коллективе в частности. Активизировалась работа по повышению квалификации персонала. Многие из наших медсестер продолжают учебу в вузе.

Так, постепенно разрушается стереотипное представление о медицинской сестре как о помощнике врача. Медсестра становится активным соучастником лечебного процесса.

В нашей старейшей поликлинике города работает 81 человек сестринского персонала. Хочу отметить, что и область обслуживания поликлиникой - довольно большая: это 4 филиала, 13 школ, 18 детско-дошкольных учреждений. В них работают достойные люди, среди которых много и ветеранов сестринского дела.

Мне всегда интересны деятельные люди, чьи усилия направлены на общественное благо. Это - фельдшер высшей категории школы №70 **Г.А. Ковыркина**; медсестра хирургического кабинета, специалист высшей квалификационной категории **Л.В. Прощельгина**; медсестра КФД **В.А. Жукова**; медсестры физиоотделения, имеющие высшие квалификационные категории, - **М.З. Батукова** и **Н.П. Блошкина**; медсестра высшей категории дневного офтальмологического стационара **Н.П. Бадулина**. **Т.Г. Ряпосова** всю сознательную жизнь проработала в поли-

клинике на «Восточном» - вначале фельдшером участка, затем медсестрой физиоотделения.

Правительство России обратило внимание на специалистов первичного звена, достойно увеличив оплату за их тяжелый труд. За достойную зарплату - достойный труд.

Хочется отметить наших ветеранов, «прослуживших» на участке по 25-30 лет, это медсестры высшей квалификационной категории - **Л.Г. Побигайло** и **Р.В. Галушко**. Наряду с мэтрами своего дела назову и медсестер, только начинающих свой жизненный путь, но уже уверенно и с любовью к профессии - **Н.В. Коломеец**, медсестра участка филиала №3; **Т.И. Кудинкина**, медсестра участка основной поликлиники.

Приоритетное направление в работе участковой медсестры - **сохранение грудного вскармливания новорожденного**, и надо сказать, свой успех в этом есть: процент по поликлинике составляет 61, по городу - 51%.

Проводится большая работа с инвалидами детства, которые посещаются медсестрами участка на дому ежеквартально с рекомендациями для родителей и информацией врачу.



В связи с работой участковой медсестры хочется отметить работу ветерана труда поликлиники, старшей участковой сестры высшей квалификационной категории **З.Н. Чуйковой**, которая много тепла отдает молодым специалистам, прививая им любовь к своей профессии.

Большое внимание уделяется в коллективе санитарному просвещению. В поликлинике работает **школа беременных женщин**, которую еженедельно посещают до 25 человек. Проводит занятия ассистент кафедры педиатрии **И.И. Мироненко** и фельдшер кабинета здорового ребенка **М.Н. Второва**. Женщины получают полезные знания по самой беременности, родам и по воспитанию здорового ребенка.

В рамках **школы репродуктивного здоровья** фельдшеры школ совместно с гинекологом, фельдшером КЗР читают лекции, проводят беседы со школьницами. Организовываем для сестринского персонала профилактическую работу в рамках проекта «Школа профилактики гипертонической болезни. Научи учителя».

Сплочению коллектива способствуют не только работа, но и **совместные праздники, конкурсы** «Лучший по профессии», стенной печати, посещение театров.

Ежегодно в поликлинике проводится **праздник «Посвя-**







**Наши ветераны: Л.В. Прощельгина (наверху); 1 ряд: Г.А. Ковыркина, М.З. Батукова; 2 ряд: Л.Г. Побигайло, З.Н. Чуйкова, главная медсестра поликлиники В.Г. Корниенко, Н.П. Бадулина; 3 ряд: Р.В. Галушко, М.К. Башева, Т.Г. Ряпосова, Н.П. Блошкина**

«**щение в профессию молодых специалистов**», и это стало уже хорошей традицией. Ежегодно коллектив пополняется выпускниками ББМК. К чести сказать, молодые специалисты медицинского колледжа - надежные, грамотные, настоящие медики.

Хочу отметить двух выпускников 2006 года – **М.Н. Запольских** и **А.В. Медникову**, фельдшеров школ №№40 и 69.

Работа в школе разнообразна, ответственна, объемна, но она оказалась молодым коллегам по пле-

чу, что очень радует. Единственно - несоответствие трудовых затрат вознаграждению. Но мы надеемся, что следующий шаг по достойной оплате труда будет касаться и фельдшеров школ и дошкольных учреждений.

**2007 год объявлен в стране Годом чтения.** Отрадно отметить, что сотрудники нашей поликлиники с удовольствием выполняют это решение – специализированную и методическую литературу и журналы мы получаем через Профессиональную ассоциацию средних медицинских работников. Они являются хорошим

материалом для санитарного просвещения населения. Во всех начинаниях большая заслуга совета по сестринскому делу поликлиники, особенно старших сестер **М.К. Башевой, Н.А. Танцыревой, Г.П. Маггеромовой** и всех других.

**По национальному проекту «Здоровье»** поликлиникой получена очередная аппаратура, обновлены инструменты, емкости для их обработки, мы используем современные дезинфицирующие средства. Каждое рабочее место медсестры стараемся устроить так, чтобы оно было удобным, эстетичным и рациональным, везде есть методическая литература. Считаем, что благоприятная производственная среда улучшает качество обслуживания пациента.

**Уважаемые коллеги!**

12 мая мы отмечаем Международный день медсестры. Пользуясь случаем, поздравляю всех с нашим праздником, желаю здоровья и успехов!

С удовольствием хочу поздравить тех, кто на заслуженном отдыхе, кто отдал свои силы, здоровье на благо нашей профессии, работа не за награду, а для души, исполняя профессиональный долг, помогая всем, кто в них нуждался...

**Это - бывшая главная медсестра В.Е. Гурович, фельдшер Н.А. Мартынова, клинический лаборант Е.И. Ситникова, П.Л. Трифонова, медсестра-офтальмолог М.И. Наумова, фельдшеры школ А.И. Чугуева, А.Г. Минакова, Л.Л. Богаева, медсестра инфекционного кабинета Л.Р. Осинцева. Низкий им поклон и любви близких! Добро-го всем здоровья!**



**В апреле состоялись конференции сестринского персонала в Хабаровской и Бурлинской Центральные районных больницах. В мероприятиях принимала участие Президент Профессиональной сестринской Ассоциации края Л.А. Плигина, а в Бурле - и главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи» И.В. Козлова.**



## Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



# Мой ребенок - обманщик и вор...

ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА МАНИНА,  
клинический психолог,  
Алтайская краевая клиническая детская больница

...Мелкий дождь со снегом сыпал и сыпал. Пасмурное небо навевало грустные думы. В душе что-то ныло, теребило нервы. Грусть, одиночество, безысходность, страх... И казалось, не будет этому конца.

Василий возвращался из школы медленным шагом, опустив вниз голову от тяжелых мыслей. Дверь открыла мама. При виде сына лицо ее омрачилось нескрываемой тревогой, взгляд удивленно вопрошал: «Что случилось?». На новенькой, испачканной в грязи куртке, был оторван карман. Лицо Васи с огромным синяком под глазом казалось подавленным и испуганным». «Подрался», - сухо ответил мальчик и ушел в комнату под видом необходимости делать домашнее задание. Весь оставшийся день он просидел за письменным столом с растерянным лицом, якобы за уроками.

На следующий день мама обнаружила дома пропажу крупной суммы денег.

На прием к психологу мама с сыном пришли спустя месяц. Со слов мамы ее сын стал замкнутым и раздражительным. На ее вопросы все больше отмалчивался или отвечал односложно. Он и раньше не отличался словоохотливостью, всегда считался обидчивым, слезливым, не уверенным в себе ребенком. В последнее время еще более замкнулся в своих мыслях. Из рассказа мамы следо-

вало, что ее сын стал жертвой вымогателей - старшеклассников соседней школы. Узнала об этом она случайно, сам Вася держался до последнего, боясь мести обидчиков. Все тайное стало явным.

Но как пережить мальчику случившееся с ним? Дома не отсидеться, ведь ходить в школу все равно придется. В душе ребенка осталась болезненная отметина - страх перед насилием. В этом случае следует действовать сообща правоохранительным, социальным службам, педагогам и родителям. И просто обязательным становится участие в жизни мальчика опытного психолога.

**На индивидуальных или групповых занятиях психолог научит умение держать эмоциональный удар, собраться в сложной ситуации и, по возможности, предвидеть ее, быть гибким в общении с разными людьми, поможет ощутить свою уверенность и силу.**

Однако описанный случай указывает лишь на одну из причин детского воровства. Здесь ребенок украл и солгал во имя своего спасения, испугавшись угроз вымогателей.



Чаще дети крадут совсем по другой причине. **Наличие денег в кармане дает им почувствовать себя взрослыми, значимыми**, дает возможность занять более престижную позицию в социальном окружении, дает им власть над сверстниками. Такие кражи чаще случаются у детей **в момент взросления** - в подростковом периоде, когда наиболее остро перед личностью встает вопрос: кто я в коллективе и какое место мне принадлежит? Именно поэтому дети крадут, чтобы выделиться. Тратят направо и налево, щедро угощая своих друзей и бывших недругов, которые автоматически, благодаря подаркам, превращаются в друзей. **Деньги дают им мнимую свободу и независимость.**

В семьях с попустительским воспитанием, где контроль со стороны родителей совсем отсутствует, **воровство затягивается и постепенно становится привычным делом для ребенка**, вступившего на пре-



# Поедатели крапивы

Витамина С в листьях крапивы в 2 раза больше, чем в ягодах смородины, а витамина А - больше, чем в моркови и плодах облепихи.

**Богата** крапива и минеральными солями, особенно **железом**, причем витамины и железо в ней находятся именно в таких пропорциях, что как нельзя лучше нормализуют основной обмен веществ, способствуют повышению гемоглобина в крови, что сопровождается повышением тонуса сердечно-сосудистой системы.

**Крапива улучшает свертываемость крови**, увеличивает содержание в ней гемоглобина и количество эритроцитов, сужает сосуды. Поэтому в народной медицине ее применяют в качестве кровоостанавливающего средства. Она улучшает аппетит, активизирует работу почек, способствует очищению организма от шлаков.

**Особенно полезна крапива при заболеваниях крови и кожи, для борьбы с перхотью.**

Используют ее и в кулинарии. **Молодые побеги и листья крапивы добавляют в салаты, зеленый борщ, щи.** Порошок из листьев крапивы добавляют в соусы, омлеты, каши.

Но это не единственные листья, употребляемые в пищу. Вспомните хотя бы **капусту, салат, шпинат, щавель.**

Если в вы увидите в лесу низко стелющееся растение с листиками, похожими на три сросшихся сердечка, можете приступить к «заготовкам». Это **кислица**, которую еще называют «заячьим клевером» или «заячьей капустой». Она вполне **заменяет щавель**. Более того, ее сушат на зиму, солят, засахаривают, закатывают в банки. Она так богата аскорбиновой и другими органическими кислотами, что ее охотно используют для приготовления освежающих напитков, компотов и киселей.

Отдельного рассказа заслуживает **одуванчик**. Во многих странах мира его даже культивируют как огородную культуру. Из него делают салаты и вино, варят супы и варенье.

**Универсальное растение.** Но больше всего его используют в качестве лекарственного растения. Еще Авиценна соком одуванчика лечил водянку, болезни печени, сводил бельма с глаз. **Да и сейчас его активно используют для исцеления печени, желудка, почек, мочевого пузыря, сводят бородавки, мозоли и пигментные пятна. Кашицей из листьев и цветков одуванчика снимают боль при подагре, ревматизме и артритах.**

Съедобны молодые листья **подорожника, лопуха, мать-и-мачехи, клевера лугового, ревеня.** Вполне съедобные листья могут расти на кустах и деревьях. Так, съедобны молодые листики, растущие на **ежевике, черной смородине, шиповнике, мелколистной липе.**



◀ ступный путь. На украденное они живут и порой содержат своих опустившихся родителей, покупают еду, спиртное, наркотики. В данном случае проблема напрямую адресуется правоохранительным и социальным службам, которые в силах повлиять на сложившуюся ситуацию и побороться за жизнь ребенка или подростка.

Однако **детское воровство процветает и в семьях, где, со слов родителей, всего в достатке, поддерживается строгий контроль и порядок.** В чем же дело? Может быть, **гиперопека** и есть причина подобного поведения и подросток изо всех сил старается вырваться из-под контроля, чтобы ощутить себя свободным и независимым? **Не получая эмоционального тепла** в строгом режиме семьи, он ищет понимание, поддержку и уважение в среде не всегда благонадежных друзей, на улице, и билетом в этот мир для него, порой, становятся деньги или украденные вещи.

**В любом случае, детское воровство и ложь - это, прежде всего, проблема семейных отношений.** Поэтому психологическая работа с ребенком, на мой взгляд, должна начинаться с семейной консультации.

Необходимо совместно с родителями **отыскать причину** содеянного их чадом и так же совместно работать над ее устранением, рассмотрев кричащие потребности ребенка, развивая его ресурсные возможности.

Самое главное - **наладить в семье эмоциональный комфорт**, вернуть в очаг тепло. **Акт воровства - это проступок, конечно, конечно же, требует наказания.** Однако подойти к этому нужно мудро. И следует помнить, что **за одну провинность не стоит наказывать многократно, тем более вывешивать на личность ребенка ярлык** - «вор», что из уст самых близких людей, родителей, звучит как установка на жизнь. Не следует своим поведением и словами закреплять в сознании ребенка то, что он теперь уже навсегда плохой и нет ему прощения: всячески демонстрируя свое недоверие к нему, показательно следя за каждым его шагом, создавая от него семейные тайники, вечно стыдя за любую провинность.

**Не лучше ли составить спокойный доверительный разговор в кругу семьи, утвердив ребенка в любви и доверии к нему, несмотря ни на что, припомнив в противовес случившемуся те моменты его жизни, когда он повел себя достойно и успешно?** Неплохо было бы помочь почувствовать ребенку «трудовой пот», увлечь его в трудовую деятельность с последующим заработанным денежным вознаграждением. А также можно позволить поучаствовать ему в подсчетах расходов и доходов бюджета семьи, в котором он, благодаря своему проступку, сделал солидную брешь, а также выслушать его «взрослое» мнение по поводу того, как можно эту брешь залатать и все восстановить.

К сожалению, детское воровство случается все чаще. Иногда ребенок совершает кражу единожды и, благодаря мудрости родителей, встает перед осознанием всей пагубности и горечи такого опыта. Иногда за первым случаем следует череда других. Взрослые по понятным причинам - блюдя достоинство и благополучие семьи, - стараются самостоятельно решить подобную проблему, не привлекая помощь со стороны. Однако, чтобы расценить ситуацию объективно, суметь рассмотреть социальные и психологические причины воровства и провести коррекцию личности ребенка, **стоит обратиться за помощью к психологу.**

**А для начала попробуйте, несмотря ни на что, выслушать и понять своего ребенка. Ведь, как верно заметил Мартин Лютер Кинг: «Беспорядки - это язык невыслушанных».** ☺



# Актуальные вопросы об антиретровирусной терапии

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», у людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВС), появилась возможность лечения.

Противовирусные препараты начали поступать в Алтайский край в октябре 2006 года. Все, нуждающиеся в противовирусном лечении, могут получить его.

В этой связи возникает очень много вопросов: что за лечение? в чем оно заключается? почему не всем людям с ВИЧ показано данное лечение?

## Что такое комбинированная терапия?

Под комбинированной терапией подразумевают **использование двух и более антиретровирусных препаратов**. Также можно встретить термины «тройная или четверная терапия», «политерапия» или «Высокоактивная Антиретровирусная Терапия (ВААРТ)». Препараты антиретровирусной терапии **действуют на разные жизненные стадии вируса**, не давая ему развиваться и размножаться.

## Эффективны ли лекарства?

В каждой стране, которая использует ВААРТ, наблюдается **резкое снижение смертных случаев и стадии СПИД**. Препараты действуют независимо от пола. Они также работают независимо от того, как Вы были инфицированы, - через сексуальный контакт, через введение наркотиков или при переливании крови.

Если принимать препараты, которые прописал врач и в соответствии с его рекомендациями, то **количество вируса в организме ВИЧ-положительного резко уменьшается**. Постоянный контроль за состоянием крови поможет узнать, насколько эффективно действуют препараты.

## Какие анализы крови надо делать?

◆ **Вирусная нагрузка** позволяет измерить количество вируса, содержащегося в крови.

◆ **Иммунограмма** определяет количество CD4-клеток (клетки иммунной системы, которые атакуют ВИЧ). Даже если в начале лечения достаточно низкое количество CD4-клеток, то с помощью терапии можно восстановить иммунную систему для того, чтобы не дать развиваться ВИЧ-сопутствующим заболеваниям и инфекциям.

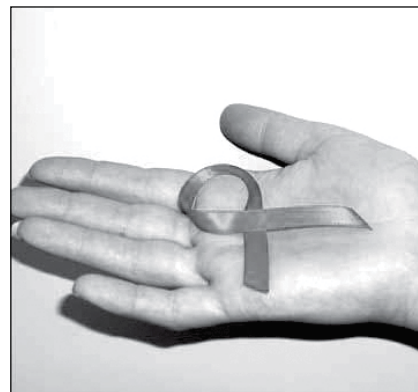
Если ВИЧ-положительный правильно использует антиретровирусную терапию, то будет чувствовать себя лучше намного дольше, чем без приема лекарств.

## Как долго работают лекарства?

Раньше нижняя граница определения вируса в крови была равна примерно 500 копиям вируса на миллилитр крови. В настоящее время во всех клиниках используют более новый метод, у которого нижняя граница определения вируса равна 20-50 копиям.

## Каждый ли ВИЧ-инфицированный должен принимать антиретровирусную терапию?

Настает такой момент, когда большинство ВИЧ-позитивных людей нуждается в подобной терапии. ВИЧ-инфекция переходит в стадию СПИДа по-разному: у одних очень



быстро, у других медленнее. Для 60% такой момент наступает через 4-5 лет после инфицирования. Для 25% - через 10 лет после инфицирования. Для 10% - через 15-20 лет после инфицирования. Для 5% - через 2-3 года после инфицирования.

Решить, нуждается ли пациент в лечении на данный момент, **может только врач** - на основании результатов осмотра, показателей СД4 и вирусной нагрузки.

## Когда начинать терапию?

Именно ВИЧ-положительный должен **сначала решить для себя**, готов он или нет начать терапию, ведь именно ему предстоит принимать лекарства. Попросите, чтобы доктор сообщил о лекарствах, которые будут использоваться, об их положительных и отрицательных эффектах.

Если вы инфицированы недавно, то не торопитесь с принятием решения. **Подумайте. Посоветуйтесь** как можно с большим количеством специалистов. И не позволяйте, чтобы на вас кто-то оказывал давление, будь то доктор, друзья или родственники.

Если число CD4-клеток падает **ниже 300 единиц**, то **настоятельно рекомендуют начинать терапию**, чтобы иммунный статус не упал ниже 200. Но даже при таком низком иммунном статусе не стоит торопиться начинать терапию, если не готовы морально.

**Когда иммунный статус выше 300** CD4-клеток, это еще достаточно хорошая иммунная система, ►



но существует опасность заражения другими инфекционными заболеваниями. Если уровень CD4 падает ниже 200, то увеличивается риск развития пневмонии. Если же уровень CD4 падает ниже 100, то повышается риск заболеть другими серьезными болезнями.

**Низкий уровень CD4 не подразумевает, что ВИЧ-положительный обязательно подвергается какой-либо другой инфекции, это означает только то, что увеличивается риск.** Также большинство лекарств, которые борются с сопутствующими болезнями, могут быть более токсичными, чем регулярная антиретровирусная терапия.

Следует помнить, что ВИЧ-инфекция - это еще не СПИД, но, откладывая лечение, пациент подвергается опасным сопутствующим инфекциям и при иммунном статусе ниже 200 CD4-клеток эти болезни могут быть смертельными.

**При беременности ВИЧ-положительной женщине необходимо использовать специальную эффективную терапию,** которая поможет снизить вирусную нагрузку ниже границы обнаружения, что сведет риск передачи вируса от матери к ребенку до низкого уровня.

## Поздний диагноз ВИЧ-инфекции и низкий уровень CD4

Некоторые люди, независимо от их возраста, выясняют, что они ВИЧ-позитивны, случайно или когда они попадают в больницу. В этом случае антиретровирусную терапию начинают немедленно, особенно для тех людей, у которых количество CD4 ниже 100. Не стоит отчаиваться, даже если этот уровень, например, 10, 20 или даже 0 CD4-клеток. Если строго соблюдать все рекомендации по лечению специальной терапией, то вирусная нагрузка понизится, а иммунный статус повысится до более безопасного уровня.

## Побочные эффекты

Многие люди боятся начинать комбинированное лечение, опасаясь побочных эффектов. Однако большинство побочных эффектов выражены незначительно; их можно ослабить другими препаратами или средствами нетрадиционной медицины; вероятность серьезных побочных эффектов очень низка; большинство людей считают комбинированную терапию обычной частью своей ежедневной жизни.

**Тошнота, диарея и усталость** - наиболее типичные побочные эффекты. Они часто ослабляются, а иногда и вообще проходят после нескольких дней или недель приема препаратов.

**Периферийная нейропатия** может быть очень серьезна и болезненна, но она прогрессирует медленно. Если ВИЧ-положительный почувствует ранние признаки (нечувствительность или покалывание в руках или ногах), следует поговорить с доктором об изменении терапии или препарата, вызывающего тяжелый побочный эффект. Изменение схемы лечения более предпочтительно, нежели снятие побочных эффектов с помощью болеутоляющих средств.

**Липодистрофия**, как побочный эффект, достаточно хорошо изучена. Это относится к изменениям уровня сахара и жира в крови. Также изучены изменения в распределении жира в организме. Жировые накопления в животе, груди, плечах связаны с ингибиторами протеазы и, возможно, с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы, принимая во внимание, что потеря жировых отложений происходит в руках, ногах, лице и ягодицах.

Причины липодистрофии изучены недостаточно, и ее признаки могут наблюдаться (более редко) у людей, не использующих АРВ-терапию. Обычно, но не всегда, липодистрофия развивается несколько месяцев, а не проявляется сразу. Ранние симптомы часто обратимы, если изменить схему терапии и перейти на другие препараты. Некоторые физические упражнения, а также диета могут помочь справиться с симптомами липодистрофии.

Внимательное наблюдение за всеми изменениями тела, а также наблюдение у врача помогут контролировать эти изменения.

## Почему терапия не всегда эффективна?

У некоторых людей комбинированная терапия работает недостаточно эффективно. Это происходит по ряду причин. **Ни одна из комбинаций и ни один из препаратов не могут быть эффективны на все 100%.** Но если и следовать всем рекомендациям приема препаратов, то любая комбина-



ция должна помочь получить **результат снижения вирусной нагрузки ниже границы определения.** Успех от терапии у людей, которые уже поменяли комбинацию несколько раз, обычно ниже чем у тех, кто принимает свою первую комбинацию.

Некоторые люди никогда не могут достичь необнаруживаемых результатов вирусной нагрузки, но при этом хорошо себя чувствуют много лет. Если невозможно получить низкий уровень вирусной нагрузки, все же **не следует прекращать их прием**, так как иначе вирусная нагрузка начнет расти.

## Наркотики и ВААРТ

Некоторые препараты высокоактивной антиретровирусной терапии могут взаимодействовать с наркотиками. Поэтому врачу очень важно знать о других лекарствах, добавках или наркотиках, которые принимает пациент, даже если это случается редко.

Алкоголь не взаимодействует с препаратами, однако злоупотребление алкоголем может отрицательно сказаться на лечении.

## Избавляет ли комбинированная терапия от ВИЧ?

**В настоящее время антиретровирусная терапия не избавляет организм от ВИЧ.** Эти препараты **останавливают прогрессию ВИЧ** и позволяют иммунной системе начинать восстанавливать себя, но все равно человек будет оставаться ВИЧ-позитивным.

Антиретровирусные препараты со временем становятся более удобными в применении и более эффективными. **И это означает - вероятность не умереть от ВИЧ, а дожить до старости!**

**Информационный телефон по вопросам ВИЧ/СПИДа в г.Барнаул: (3852) 33-45-99.** ☎



## Этапы большого пути. Шаг за шагом

СВЕТЛАНА ДМИТРИЕВНА ЯВОРСКАЯ,  
врач акушер-гинеколог первой категории,  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

Первые три месяца позади. Наступила золотая пора младенчества, волнующий и полный прекрасных открытий период. Веселый, улыбочивый малыш является генератором прекрасного настроения для всех членов семьи. Нам всем интересно общаться с ним, ведь теперь кроха - благодарный слушатель, активный участник беседы, да и просто жизнерадостный человек.



**игрушки по комнате** во все стороны, а также вверх и вниз, при этом малыша укладываю то на живот, то на спину.

Друзья подарили нам ценный подарок - детский коврик в виде клоуна. Он очень яркий и содержит множество забав для малыша: двигающиеся стрелки часов на ноге, пищалку на ладони клоуна, кольцо на веревочке, расположенное на животе, мягкий красный отрывающийся нос и др. Он непромокаемый и легко стирается. Сын очень полюбил играть на этом ковре.

**Он уже тянется до лежащей поблизости игрушки, может дотронуться до заинтересовавшей его вещицы и даже схватить ее рукой, а схватив, сразу тянет ее в рот.** Умение тянуться и захватывать предмет - первый шаг на пути развития совместных и координированных движений всего тела, считают психологи. Постепенно, когда исчезнет тонус всех мышц, движения станут более плавными и естественными, и ребенок начнет управлять своим телом.

Пока малыш развлекается на ковре, у меня есть немного времени для домашних дел. Когда сыну самостоятельная игра надоедает, мы переходим к совместным занятиям. Например, **ему очень нравится играть в прятки.** Я ложусь на спину, а малыша

### ПИСЬМО ЧЕТВЕРТОЕ. (Неотправленные письма подруге)

... На улице во всю бушует весна. Природа совершает новый цикл развития. Не стоим на месте и мы. Мой малыш из пищущего сморщенного красного комочка превратился в очаровательного карапуза, который внимательно следит за нами своими ясными голубыми глазами.

У нас с сыном изменился график жизни. Теперь он способен выдерживать большой интервал между кормлениями, лучше спит ночью, а днем больше бодрствует. **Ему хочется общаться и познавать окружающий его мир.** Он уже всех нас узнает, улыбается,

причем каждому из членов семьи по-разному. Например, при моем появлении он оживает: улыбкой свою он «приправляет» движениями ручек и ножек, а при виде папы сразу начинает гулить. Встреча с нашей озорной сестренкой сопровождается громким обоюдным смехом. Улыбка и смех - носители хорошего настроения и комфорта для всей семьи, поэтому мы не боимся веселить малыша, а, наоборот, **выбираем игры, которые вызывают у малыша бурю эмоций и веселья.**

**Чем занять ребенка, когда он не спит?** Как сделать так, чтобы его жизнь была интересна и полна ярких впечатлений?

С каждым днем наши **игры становятся все более подвижными.** Малыш уже может поворачивать голову, чтобы **наблюдать за происходящим вокруг.** Для гармоничного развития всех мышц головы в игре я перемещаю **яркие**



◀ кладу себе на грудь. В руках держу легкий шарф или платок и привлекаю к нему внимание сына. Затем закрываю шарфом свое лицо: «Ку-ку. Нет мамы!». Выглядываю, сказав: «Вот мама!». Сначала на лице сына удивление, затем улыбка и смех. Через несколько минут игры он уже сам тянется ручкой к шарфу, пытается его схватить и убрать с моего лица. Когда это у него получается, я его хвалю, давая понять, что рада его действиям.

Многие ошибочно считают, что в этом возрасте ребенок не понимает обращенную к нему речь. **Интонация очень информативна: она несет то, что для малыша сейчас важнее всего - эмоциональную окраску речи.** Обратите внимание, как дети чутко реагируют на сердитый окрик, даже если он адресован кому-то другому. Младенец учится понимать нас и «разговаривать». Он уже достаточно **много гулит**, а я подпеваю и подражаю звукам любимого чада. Вот такой у нас диалог.

Активно проведенное время бодрствования приносит малышу приятную усталость и **моя задача - уловить правильно момент, когда начать готовиться ко сну.** Я заметила: чем больше сын наиграется и потратит собственной энергии, тем крепче и дольше будет его сон.

В этом месяце мне пришлось в очередной раз столкнуться с вечной проблемой «отцов и детей». Бабушки стали беспокоиться, что мальчику уже недостаточно только грудного молока, и настаивать на введении какой-либо дополнительной пищи. Ну хотя бы сок и

фруктовое пюре - для начала. Мол, так всегда делали, и нас так кормили, и вон какие здоровые выросли.

Участковый педиатр, наоборот, рекомендовал кормить только грудью, желательно до 6 месяцев, и только потом вводить прикорм. Я сама перечитала кучу медицинской литературы. И сделала для себя вывод - прикорм вводить пока не буду. Дело в том, что **до 6 месяцев у детей нет хорошей координации глотательных движений и движений языка** (чтобы продвигать твердую пищу). Кроме того, до 5-6 месяцев кишечник крохи развит недостаточно, многие ферменты пока еще не вырабатываются, а они необходимы даже для усвоения соков, а уж о твердой пище и говорить не приходится. **Кишечник полностью созревает для переваривания твердой пищи только к 6-7 месяцам, тогда же и появляются, как правило, первые зубы.** Поэтому лучшим моментом для начала введения прикорма можно считать время появления первого зуба. Мудрая природа сама дает нам сигнал: у малыша есть чем жевать, значит - пора жевать!

Мои аргументированные доводы пока заставили бабушек отступить, хотя в душе, может быть, они и не согласились с аргументами современной педиатрии. Так или



Нам четыре месяца

иначе, но мы по-прежнему только на грудном вскармливании. И этому не помешало даже то обстоятельство, что с этого месяца я вышла на работу (несколько часов в неделю). Просто в те дни, когда мне необходимо отлучиться из дома, я предварительно сцеживаю молоко ручным методом или молокоотсосом. **Сцеженное молоко можно хранить при комнатной температуре до 8 часов, в основном отделении холодильника - до 24 часов, а в морозильной камере (при температуре -18°C) - до 3-х месяцев.** После размораживания молоко должно быть использовано в течение 24 часов. **Охлажденное молоко перед кормлением необходимо подогреть в специальном детском подогревателе или под струей воды.**

Изучая литературу и обдумывая вопросы о сроках прикорма и возможностях, в связи с необходимостью отлучаться из дома, перехода на кормление искусственными смесями, я случайно натолкнулась на высказывание одного из великих врачей, ярого сторонника естественного вскармливания. Его реакция на изобретение первых искусственных смесей буквально потрясла меня. Он сказал: **«Грудничковый период безвозвратно проходит, натягивая важные струны жизни, на которых будет исполняться мелодия судьбы».** А что прозвучит, «Героическая симфония» или «Собачий вальс», - решать матери. Нетрудно догадаться, что я выбрала для своего малыша. ☺



# Домашняя физиотерапия



Занятие четвертое



**ТАТЬЯНА БОРИСОВНА КОЖАНОВА,**  
врач-физиотерапевт высшей категории,  
главный физиотерапевт г.Барнаула,  
заведующая физиотерапевтическим отделением  
МУЗ «Городская поликлиника №11»



**ИННА МИХАЙЛОВНА АНТОНОВА,**  
врач-физиотерапевт первой категории,  
заведующая физиотерапевтическим отделением  
МУЗ «Городская поликлиника №1»



**ЛЮДМИЛА ВИТАЛЬЕВНА ПЛЕШКОВА,**  
старшая медсестра первой категории  
физиотерапевтического отделения  
МУЗ «Городская поликлиника №1»

«Минералка» сейчас дефицитом не является. Огромное количество названий на прилавках магазинов и аптек... Но, находясь в радостном созерцании разноцветных этикеток, нужно обратить внимание на некоторые «тонкости».

## «Живая» вода

**«Тонкость» первая** - не вся бесцветная жидкость с пузырьками углекислого газа, продающаяся в аптеках, является минеральной. Внимательно прочитайте этикетку - возможно, это просто питьевая (родниковая, горная и т.д.) вода.

**«Тонкость» вторая** - не вся минеральная вода обязательно содержит углекислоту. Вообще-то CO<sub>2</sub> является консервантом, но сейчас (как утверждают производители, благодаря новым технологиям) есть минеральная вода и без газа.

**«Тонкость» третья** - не все минеральные воды имеют сертификаты соответствия качества. Поэтому, даже покупая воду в аптеке, не поленитесь спросить о сертификате.

Тут будет кстати упомянуть о емкостях, в которых продается минеральная вода. Раньше, согласно ГОСТу, природная минеральная вода разрешалась *только в стеклянных бутылках из желто-зеленого стекла*. Сейчас имеются в продаже и *пластиковые*. Производители утверждают, что от этого качество минеральной воды при хранении не изменяется.

**«Тонкость» четвертая** - не вся минеральная вода является природной. Опять же внимательно прочитайте этикетку. Настоящую природную воду ничем не обогащают.

И, наконец, **«тонкость» пятая** - не вся природная минеральная вода является лечебной (той самой «живой» из сказок). Это тоже указано на этикетке.

Так что же такое «живая» вода? **Лечебными минеральными водами называются природные воды, содержащие в повышенных концентрациях или особых сочетаниях минеральные (реже органические) компоненты и газы либо обладающие какими-то физическими свойствами и оказывающие благодаря этому лечебно-профилактическое действие на организм.**

Начало изучения и использования минеральных вод в медицине относится к первой половине 18 века. Петр I, посетив европейские курорты и убедившись в лечебной ценности минеральных вод, специальным указом предписал разыскать в России «лечительные» минеральные воды. В 1714 году обнаружены на Олонце близ Петрозаводска железистые воды, через 4 года они были открыты и близ Петербурга. Позже, по указу Петра, были обследованы Сергиевские минеральные воды, а также источники Кавказа (Пятигорский и Кисловодский). В 1810 году известный московский врач Ф.П. Гааз открыл источники в Железноводске и Ессентуках.

**Лечебные минеральные воды используются для внешнего и внутреннего применения.** Естественно, в домашних условиях их можно потреблять в основном для питьевого лечения. Многолетний опыт применения бутылочных минеральных вод свидетельствует об **их высоком терапевтическом эффекте при лечении заболеваний органов** ▶





пищеварения и мочевого выведения, нарушений обмена веществ и др. Это указывает на целесообразность организации в домашних условиях одного из распространенных методов курортной терапии - лечения питьевыми минеральными водами.

**Бутылочные минеральные воды делят на три группы: лечебные, лечебно-столовые и столовые.**

К лечебным относятся минеральные воды с общей минерализацией от 8 до 12 г/л. В отдельных случаях допускают применение лечебных вод и более высокой минерализации (например: «Баталинская» – 21 г/л, «Лугела» – 52 г/л). К лечебным минеральным питьевым водам относятся воды и с минерализацией менее 8 г/л, если они содержат повышенное количество мышьяка, железа, брома и других микроэлементов. Лечебные минеральные питьевые воды обладают выраженным действием и применяются только по назначению врача в определенной дозировке.

К лечебно-столовым минеральным питьевым относят воды с общей минерализацией от 2 до 8 г/л. Их используют также по назначению врача и могут несистематически применять в качестве столовых вод.

К столовым причисляют воды с минерализацией менее 2 г/л, не содержащие биологически активных компонентов.

**Каждому, кто использует бутылочные минеральные воды, следует знать о них следующее:**

- ◆ по внешнему виду бутылочная минеральная вода должна быть прозрачной, бесцветной, без посторонних включений. Допускается незначительный естественный осадок содержащихся в воде солей;

- ◆ каждая бутылка должна иметь этикетку с указанием предприятия-изготовителя, названия воды, номера скважины или названия источника, химического состава, назначения воды, рекомендаций по применению и хранению, даты розлива, срока хранения. Выпуск и использование минеральных вод без этикеток запрещается;

- ◆ хранить бутылки с минеральной водой **нужно в горизонтальном положении при температуре от +4 до +14°C**. В домашних условиях их лучше хранить в холодильнике. При хранении допускается появление на внешней поверхности проб-



ки отдельных пятен ржавчины, не нарушающих герметичности упаковки;

- ◆ **срок хранения** бутылочных вод при соблюдении указанных условий равен **четырем месяцам со дня розлива для железистых вод и одному году - для всех остальных**. Лишь минеральные воды (например, «Нафтуса»), содержащие органические вещества, хранятся не больше 1-2 недель.

Среди различных методов внутреннего применения минеральных вод на дому наиболее распространено и доступно **питьевое лечение**.

**При питье минеральная вода оказывает многообразное действие.** Оно начинается еще до поступления ее в желудок и кишечник. Раздражая многочисленные рецепторы слизистой оболочки полости рта, она влияет не только на слюноотделение, но и на моторную функцию желудка и кишечника, функциональное состояние мочеполовой и других систем. Рефлекторное действие минеральной воды продолжается и при дальнейшем перемещении воды по желудочно-кишечному тракту. Скорость ее движения, как и раздражающее действие, зависит прежде всего от минерализации и температуры. Взаимодействие со слизистой оболочкой желудка и кишечника сопровождается рефлекторными изменениями со стороны печени, поджелудочной железы, почек и ряда других органов и систем. При этом минеральная вода оказывает непосредственное воздействие на полостное пищеварение. В общем, **минеральная вода, раздражая чувствительные**

**окончания слизистой оболочки рта и желудка, стимулирует желудочную секрецию.** Воды (в первую очередь, содержащие углекислоту и гидрокарбонатные ионы), поступившие в двенадцатиперстную кишку, тормозят желудочную секрецию: количество сока, содержание соляной кислоты и переваривающая способность уменьшаются. Этим в какой-то степени диктуется время приема минеральной воды.

Одновременно (особенно в верхних отделах кишечника) происходит всасывание выпитой минеральной воды и поступление ее в лимфатическую и кровеносную системы. Это приводит к изменению химического состава и кислотно-щелочного равновесия жидкостей и тканей, усиливает образование биологически активных веществ, что в конечном счете сказывается на функциональной активности многих органов и систем, на течение обменных процессов в организме.

**Питьевое лечение минеральными водами эффективно при заболеваниях: желудка и двенадцатиперстной кишки** (хронический гастрит, функциональные заболевания желудка, язвенная болезнь, болезни оперированного желудка, постваготомические синдромы); **кишечника** (хронические колиты и энтероколиты, функциональные нарушения); **печени, желчных путей и поджелудочной железы** (хронический гепатит, хронический холецистит и ангиохолит, остаточные явления после вирусных гепатитов, желчно-каменная болезнь, дискинезия желчных путей и желчного пузыря,



хронический панкреатит); **обмена веществ и эндокринных желез** (алиментарное ожирение, сахарный диабет легкой и средней степени, подагра, мочекаменный диатез и др.); **мочевых путей** (пиелиты, цисты, мочекаменная болезнь, послеоперационный период); **верхних дыхательных путей** (хронические бронхиты, ларингиты, фарингиты, ларинготрахеиты).

При лечении бутылочными водами в домашних условиях **режим**, по возможности, **надо приблизить к санаторному**. Прежде всего, необходимо в определенное время вставать и ложиться спать, принимать пищу, соблюдать назначенную диету, делать утреннюю зарядку, больше находиться на свежем воздухе, не курить и не употреблять спиртных напитков. **Чем больше домашний режим приближается к санаторному, тем эффективнее курс лечения бутылочными минеральными водами.**

Определенное значение в терапевтическом действии минеральных вод имеют время, характер и частота их приема, что требует **строгого соблюдения методики курсового лечения.**

Хотелось бы особо подчеркнуть, что для лечебного питья используют лечебные и лечебно-столовые минеральные воды. В наших аптеках их выбор, к сожалению, ограничен: «Ессентуки-4», «Ессентуки-17», «Ессентуки-2», «Славяновская». В домашней обстановке **продолжительность курса лечения минеральной водой составляет от 3-4 до 5-6 недель.** Повторные курсы лечения следует проводить не ранее, чем через 3-4 месяца. Обычно достаточно двух курсов лечения в течение года. **Категорически запрещено пить лечебные и лечебно-столовые воды постоянно**, так как при этом могут возникнуть осложнения, в частности, образование камней в почках. Обратите внимание, что при мочекаменной болезни минеральная вода тоже используется, но в строго оговоренном врачом режиме.

**Столовые воды можно пить длительно.** Их ассортимент в аптечной сети огромен. Однако годами их использовать тоже не стоит.

Наряду с питьевым лечением в домашних условиях минеральную воду можно использовать и для некоторых специальных методик.

**Полоскание рта.** Надо набрать в рот минеральную воду и держать ее в течение 2 минут, а затем выплюнуть. Повторить так 5-6 раз. Вся про-

цедура длится 10-12 минут, и на нее расходуется от 1 до 2 стаканов воды температурой от 33 до 42°C. Полоскание делают 3 раза в день, курс лечения – 15-20 дней. Для ванночек наиболее пригодны гидрокарбонатные и гидрокарбонатно-хлоридные воды.

**Показания для полоскания рта:** гингивит, воспалительно-дистрофическая форма пародонтоза, стоматита, артрит височно-нижнечелюстного сустава, глоссария (парестезия языка).

**Полоскание глотки.** Проводят 2-3 раза в день теплой минеральной водой (лучше щелочной). Курс лечения – от единичных полосканий до курсового использования в течение 20-25 дней. **Применяют** главным образом при атрофических и субатрофических фарингитах.

**Ингаляции.** Под ингаляцией понимают вдыхание мелкораспыленной минеральной воды. Простейшие ингаляторы («Муссон») поступают в продажу, что позволяет использовать этот лечебный метод на дому. Для ингаляций лучше всего применять гидрокарбонатные, йодобромные, радоновые, а иногда и сульфидные воды. Для ингаляций чаще всего используют воды малой и средней минерализации (до 10 г/л). Для индивидуальных ингаляций температуру минеральной воды устанавливают в пределах 40°C. Продолжительность ингаляции – 6-10 минут. Их проводят ежедневно, 10-15-20 процедур на курс лечения.

**Ингаляции минеральных вод целесообразно использовать при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и легких (ринит, фарингит, ларинготрахеит, тонзиллит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма).**

**В заключение хотелось бы вновь акцентировать внимание читателей на том, что минеральные воды - активный лечебный фактор, который можно использовать в домашних условиях при самых различных заболеваниях. Эффективность их внутреннего применения будет тем выше, чем правильнее подобрана минеральная вода и чем строже соблюдается рекомендованная врачом методика лечения. Принимать минеральную воду можно только после консультации с лечащим врачом.**

В статье использованы материалы из книги В.С. Улащик «Домашняя физиотерапия». ☺

Интересный  
ФАКТЫ



## Детство первых homo sapiens

**Немецких ученых удивили результаты исследования челюсти восьмилетнего ребенка, жившего примерно 160 тыс. лет назад на территории современного Марокко. Оказалось, что анатомия детей первых homo sapiens почти не отличается от анатомии современных детей.**

Динамику взросления человека можно вычислить (как у дерева) по кольцам. Такие невидимые глазу линии образуются у человека на костной ткани зубов. Расстояния между линиями и их количество могут рассказать о возрасте и скорости развития. Раньше предполагалось, что развитие и взросление первых homo sapiens (возраст останков 200 тыс. лет) происходило примерно так же, как и у высших приматов, к примеру, шимпанзе. У большинства современных млекопитающих, в том числе приматов, особи пребывают в счастливом детстве и «юношестве» довольно короткое время, после чего вступают в репродуктивный период. Однако человеческий ребенок рождается недоразвитым по сравнению с детенышами других приматов. Для того чтобы новорожденный человек сформировался так же, как новорожденные гориллы или шимпанзе, плод должен был бы находиться в утробе матери около двадцати месяцев, а новорожденный был бы размером с годовалого ребенка. Понятно, что все это не под силу ни одной женщине. Поэтому природа нашла другой выход - ребенок рождается недоношенным, но за счет этого у него значительно растягивается период детства, когда мать и другие родственники заботятся о нем.

Считается, что чем дольше у вида длится период детства и обучения, тем более сложное сообщество этот вид формирует. Выясняется, что человеческий механизм взросления появился практически сразу с появлением человека разумного, а не был сформирован значительно позже под влиянием условий среды, как считалось ранее.



# Стали плохо слышать? Обратитесь к сурдологу

**ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА ЗАМЯТИНА,**  
врач сурдолог-оториноларинголог,  
отдел слухопротезирования,  
АКГУП «Алтаймедтехника», г.Барнаул

**Ослабление слуха может быть связано с разными причинами. При необходимости врач назначит лечение. Однако часто после обследования встает вопрос о слухопротезировании.**

Установлено, что в этом виде помощи нуждаются **7%** населения. **Это 1,5% всех детей и подростков, 12% взрослых до 60 лет и 40% лиц старше 65 лет.** Несмотря на существующую потребность в слухопротезировании, за слуховыми аппаратами обращается лишь небольшая часть населения.

Этому есть несколько причин, среди которых основная - **психологический барьер**. Если, применяя очки, никто не скрывает дефект зрения, то ношение слухового аппарата, как манифестация дефекта слуха, является для большинства людей драматическим событием. Между тем утрата слуха имеет серьезные последствия. Человек через систему обратной связи с помощью слуха ощущает изменения, происходящие в обыденной жизни. **С утратой слуха окружающий мир для человека становится безжизненным и мало меняющимся.** В результате развивается чувство депрессии. Большинство больных считают эти ощущения проявлением слабости, стыдятся своих трудностей, ограничивают общение и другие социальные функции.

Из приведенных выше цифр ясно, что основная масса лиц с нарушением слуха - люди пожилого и старческого возраста. Являясь составной частью геронтологии и гериатрии, возрастная тугоухость представляет сложный и многогранный процесс, который и сегодня находится под пристальным вниманием специалистов. **Возрастные изменения органа слуха охватывают все его отделы,**

от ушной раковины до коркового отдела слухового анализатора. Возрастные нарушения слуха протекают на фоне общего старения человеческого организма, что влечет за собой дополнительные трудности.

Благодаря высокому развитию электроники восстановление слуха становится решаемой задачей.

## Типы слуховых аппаратов

По способу обработки звукового сигнала различают аналоговые и цифровые слуховые аппараты.

**Аналоговые аппараты** обладают, как правило, небольшим набором функций и возможностей. Аналоговый электронный усилитель обеспечивает лишь усиление и несложную обработку сигнала.

**Цифровые аппараты** последних поколений - настоящее чудо современной электроники. Их «мозг» - крошечная микросхема-чип - обладает быстродействием компьютера. В таких аппаратах реализованы сложные и эффективные алгоритмы обработки звука, обеспечивающие возможность компенсировать недостатки слуха в любых ситуациях.

По способу настройки различают **программируемые и непрограммируемые** слуховые аппараты. Непрограммируемые аппараты настраиваются отверткой с помощью регуляторов - триммеров, скрытых в корпусе аппарата.

Программируемые аппараты подключаются к компьютеру через кабель и с помощью специальной программы настраиваются по аудиограмме пациента. Такая настройка позволяет регулировать независимо друг от друга большое количество параметров аппарата, что обеспечивает более точную и гибкую настройку.



Новинка - **цифровые аппараты с триммерной настройкой**. Полностью цифровые, со сложной обработкой сигнала, но упрощенной настройкой, эти аппараты дешевле цифровых программируемых аппаратов.

## Виды слуховых аппаратов

**Заушные слуховые аппараты** размещаются за ушной раковиной и должны быть дополнены индивидуальным ушным вкладышем. Традиционные и широко распространенные, они надежны и предоставляют большие возможности для протезирования. Последние модели заушных аппаратов отличаются современным дизайном, изящны и миниатюрны.

**Внутриушные слуховые аппараты** размещаются в слуховом проходе. Их изготавливают индивидуально, в соответствии с формой слухового канала пациента. Они малозаметны, комфортны в ношении, обеспечивают более естественное звучание. Но существуют и ограничения: в силу технических причин пока невозможно изготовить сверхмощные внутриушные аппараты для протезирования глубоких потерь слуха. Кроме того, анатомические особенности слухового прохода у некоторых



людей препятствуют изготовлению для них внутриушного аппарата.

**Карманные слуховые аппараты** крепятся к одежде или размещаются в кармане, несмотря на размеры, используются до сих пор из-за более низкой стоимости и простоты в обращении.

Важно помнить, что существенной частью слухового аппарата является **ушной вкладыш**. Без него слуховой аппарат становится дорогой и бесполезной игрушкой. Мало того, комфорт при ношении слухового аппарата на 99% зависит от правильной посадки ушного вкладыша. Выражаясь иными словами, ушной вкладыш не должен обременять своего владельца больше, чем хорошо сидящий ботинок. Понятно, что подбор вкладыша **индивидуален**, его регулярная замена - не реже одного раза в год - обязательна, должна восприниматься как обязательное требование правил гигиены.

### О чем вы хотели спросить сурдолога...

**- Можно ли приобрести слуховой аппарат в отсутствие пациента? Какой слуховой аппарат подойдет моему дедушке, папе?..**

- Слуховой аппарат - сложный электроакустический прибор, обладающий множеством технических характеристик и требующий профессионального подхода. **Подбор и настройка слухового аппарата осуществляются с учетом индивидуальных особенностей слуха, психоакустических факторов и субъективных ощущений конкретного человека.** При этом во внимание обязательно принимается цель протезирования,

социальный статус клиента и материальные возможности. Поэтому во время приобретения аппарата желательно присутствие самого пациента. У специалистов есть правило: клиент должен примерить несколько различных моделей аппаратов и выбрать тот, в котором ощущает себя наиболее комфортно. Также присутствие самого плохо слышащего обязательно в случае оформления заказа на изготовление индивидуального ушного вкладыша или внутриушного слухового аппарата, так как они изготавливаются только по слепку слухового прохода.

Кроме того, покупатель должен учитывать, что слуховые аппараты обмена и возврату не подлежат, кроме случаев, установленных законодательством.

**- Правда ли, что прослушивание громкой музыки ведет к потере слуха?**

- Да. В этом случае возникает тугоухость, обусловленная внешними факторами, вызывающими изнашивание различных структур слуховой системы. По этой же причине возникает профессиональная шумовая тугоухость, обусловленная воздействием сильного промышленного шума.

**- Существует мнение, что ношение слуховых аппаратов способствует дальнейшему ухудшению слуха. Верно ли это?**

- Нет. Потеря слуха влечет изменения не только в поведении человека, но и приводит к необратимым последствиям в коре головного мозга, меняется речь, мыслительная деятельность. Эти процессы останавливаются при использовании слуховых аппаратов.

## Куда обращаться за помощью?

Отдел слухопротезирования в **АКГУП «Алтаймедтехника»** ориентирован на помощь людям с ослабленным слухом. В отделе слухопротезирования вам предложат консультацию врача сурдолога-оториноларинголога по вопросам нарушенного слуха и методам его коррекции, здесь вы можете пройти тестирование слуха (запись аудиограммы) с использованием современных аудиологических методик и аудиологического оборудования **фирмы «INTERACOUSTICS».**



**В отделе представлен широкий выбор моделей слуховых аппаратов ведущих отечественных и зарубежных производителей:** «Исток-Аудио», «Ритм», «Siemens», «Oticon», «Phonak», «CN Re Sound», «Bernafon». Слуховой аппарат вам подберут индивидуально, настроят в соответствии с вашим слухом. Проведут компьютерную настройку цифрового аппарата по данным вашей аудиограммы.

В отделе слухопротезирования можно изготовить **индивидуальный ушной вкладыш**, без которого невозможно задействовать все возможности даже самого современного и высокотехнологичного слухового аппарата.

**Комплекующие изделия, элементы питания и средства ухода за слуховыми аппаратами** вы также можете приобрести в отделе. Если у вас случились неполадки со слуховым аппаратом, вы можете получить **сервисное обслуживание, гарантийный и постгарантийный ремонт.** Специалисты отдела дадут рекомендации по адаптации и слуховому аппарату, расскажут, как ухаживать за ним.

**Практически любую проблему со слухом можно решить, если заметить ее вовремя!**

**Отдел слухопротезирования АКГУП «Алтаймедтехника»:**  
г.Барнаул,  
ул.Союза Республик, 30,  
тел. (3852) 66-70-92. ■

Федеральная лицензия № 22-01-000463 от 31.01.07г.



# Запах изо рта – что делать?



**ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ СЕМЕННИКОВ,**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой  
хирургической стоматологии,  
Алтайский государственный  
медицинский университет;

**НИНА ВЛАДИМИРОВНА СЕМЕННИКОВА,**  
врач-интерн,  
МУЗ «Городская стоматологическая  
поликлиника №1», г.Барнаул



Галитозом (так именуется неприятный запах изо рта) страдает каждый четвертый житель земного шара. Человек, имеющий подобную проблему, зачастую даже не догадывается об этом, поскольку адаптирован к собственному запаху. И тут уже приходится полагаться на честность окружающих: не многие способны откровенно сообщить, что разговаривать с вами вблизи не очень-то приятно.

Запах изо рта существенно вредит успешной карьере и является одним из самых отталкивающих физиологических проявлений человеческой персоны.

Зная о проблеме неприятного запаха изо рта, люди, как правило, пытаются решить вопрос самостоятельно, обращаясь к парфюму, освежающим ополаскивателям, спреям, жевательным резинкам. Чтобы победить несвежее дыхание, греки применяют полоскание белым вином, настоем анисовых семян и мирры, а итальянцы используют шалфей, корицу, семена можжевельника, корни кипариса и листья розмарина. Однако при этом неприятный запах изо


рта маскируется лишь на время. **Реальное решение проблемы может быть достигнуто лишь с помощью специалиста, который грамотно выявит причины галитоза и подберет адекватное лечение.**

Неприятный запах изо рта может быть вызван множеством факторов. Простейшая причина - это **употребление пищи с резким запахом**, например, мяса с чесноком, сыра с чесноком. Эта причина устраняется легко.

Но в большинстве случаев возникновение галитоза связано с **гигиеническим состоянием полости рта**. Также он может появиться **при заболеваниях же-**

**лудочно-кишечного тракта**, что сопровождается такими явлениями, как отрыжка, тошнота, урчание в животе. В этом случае нужна консультация **гастроэнтеролога**. При таких заболеваниях, как хронический тонзиллит, ринит, гайморит, сопровождающихся насморком, болями в горле и др., также может появиться неприятный запах. В этом случае необходима консультация **оториноларинголога**.

**Среди прочих причин галитоза можно выделить: курение и другие вредные привычки, периоды гормональных перестроек, специфические диеты и голодание, стрессы и нервное напряжение, применение некоторых лекарственных препаратов.**

Если у вас нет таких симптомов и заболеваний, то причина неприятного запаха изо рта «кроется», скорее всего, в полости рта. Его источниками могут явиться: **недостаточная и нерегулярная гигиена полости рта; разрушенные зубы; воспалительные заболевания десен и тканей пародонта; плохое состояние протезов** и т.д. 



◀ **Неприятный запах изо рта обычно вызывают бактерии**, обитающие в полости рта, а если точнее, то отходы жизнедеятельности бактерий. Продукты переработки остатков белковой пищи представляют из себя летучие сернистые соединения (сероводород, индол, скатол, кадаверин и др.), обладающие крайне неприятным запахом. Основная роль в выделении соединений, вызывающих запах, принадлежит анаэробным грамотрицательным бактериям, обитающим в глубине налета на зубах, языке. Запах появляется при заболеваниях пародонта, когда для роста анаэробных бактерий создаются прекрасные условия из-за наличия пародонтальных карманов.

**Проявления галитоза могут усиливаться с понижением секреции слюны и заболеваниями слюнных желез.** При этом нарушается естественная очистка полости рта, создаются максимально благоприятные условия для колонизации микроорганизмов, снижается местный иммунитет.

**Для диагностики галитоза можно воспользоваться следующими методами:**

1. *очистить флоссом межзубные промежутки в области верхних и нижних моляров и оценить запах флосса;*

2. *обработать гигиенической салфеткой заднюю треть спин-*

*ки языка и оценить запах снятого налета;*

3. *оценить интенсивность неприятного запаха изо рта с помощью прибора - галиметра - для измерения концентрации летучих сернистых соединений при выдохе, что позволит оценить, насколько успешно проводится лечение;*

4. *можно использовать микробиологическое исследование для выявления бактерий, ставших причиной галитоза.*

**Как же бороться с этим недугом?** Отправным пунктом лечения является **проведение курса профессиональной гигиены** и при необходимости - **санация** полости рта. Далее пациенту **подбирают средства и методы индивидуальной гигиены полости рта:** зубную щетку и пасту, способную выделять свободный кислород и содержащую пероксид карбамида; зубную нить; окислительные, безалкогольные, антибактериальные ополаскиватели для полости рта; щеточку или скребок для языка, который является крайне необходимым инструментом для лечения неприятного запаха изо рта. **Пациент получает рекомендации по использованию рекомендуемых ему средств гигиены и обучается технике чистки зубов.**

**Применение жевательной резинки** после приема пищи в течение 10-15 минут способствует повышению выделения слюны и профилактике гелитоза.

**Рациональное питание** с употреблением в пищу достаточного количества клетчатки, свежих овощей, фруктов и зелени снижает риск возникновения недуга.

**Обращение к специалистам по поводу неприятного запаха изо рта поможет избавиться вам от этой проблемы, сохранить свое здоровье и избавиться от психологического дискомфорта при общении с людьми. Свежего вам дыхания!** ☺



*На заметку*

## У курящих людей чаще выпадают зубы

**Согласно результатам двух различных 30-летних исследований соотношения между курением и потерей зубов среди мужчин и женщин, вероятность потери зубов курящими людьми приблизительно в два раза выше по сравнению с некурящими.**

Результаты первого исследования показали, что риск потери зубов уменьшается после того, как вы бросаете курить, но в то же время риск потери зубов среди людей, употреблявших когда-либо табачные изделия, все равно выше по сравнению с никогда не курившими людьми.

Результаты другого исследования показали, что риск потери одного или более зубов каждые 10 лет у курящих женщин приблизительно вдвое выше, чем у некурящих. И этот риск уменьшается среди женщин, бросивших курение. Суть в том, что курение ведет к развитию заболеваний пародонта, которые приводят к потере зуба.

Одна из теорий объясняет это тем, что табак может ухудшить кровоток в тканях пародонта, что снижает поступление питательных веществ к костной ткани и тканям пародонта, осуществляющим удерживающую функцию. Другая теория опирается на то, что курение является причиной возникновения в полости рта цепи взаимосвязанных процессов, приводящих к потере зуба. Эта цепь начинается с фиксации на зубах зубного налета, с его последующей минерализацией и образованием зубного камня, что становится причиной гингивита, прогрессирование которого, в свою очередь, приведет к более серьезным пародонтальным заболеваниям и в конце концов - к потере зуба. Эта цепь может быть нарушена путем регулярной тщательной чистки зубов, применения зубных нитей и прекращения использования табака.



# 12 мая - Международный день медицинской сестры!



Победительницей первого профессионального конкурса медицинских сестер, проходившего в три тура, стала медицинская сестра городской больницы №4 города Барнаула - **Семенчук Ольга Михайловна**.

«Мы не должны замалчивать проблемы нашей профессии» - так назвала свой доклад, посвященный проблемам здоровьесберегающих технологий, как неперемного условия сохранения здоровья медицинских сестер, на заключительном этапе конкурса Ольга.

*Мы выбрали свой путь,  
Нам было по семнадцать.  
Тогда все виделось  
Лишь в розовых тонах.  
Но оказалось, что дорога сострадания  
Усыпана и розами в шипах.*

Итоги конкурса были торжественно подведены в октябре прошлого года на конференции Профессиональной сестринской ассоциации.

Кроме Диплома I степени, Ленты победительницы, коллеги по Ассоциации вручили телевизор, а от краевого отдела здравоохранения - путевку на оздоровление... в Сочи!

Мы встретились с победительницей накануне профессионального праздника - доброжелательна, внимательна, четкие выверенные движения при проведении манипуляций во время работы. Званием «Лучшая медсестра 2006 года» - гордится и дорожит. Хорошая семья, любимая работа, еще свежи сочинские впечатления, но и сибирская зима - в радость!

*Такая она, Оля Семенчук -  
Лучшая медицинская сестра  
2006!*

*Счастливым человеком.*

**С профессиональным праздником, сестричка!**



# “Здоровая семья - это здорово!” В 2007 ГОДУ

АПРЕЛЬ



● Подписано Соглашение о социальном партнерстве в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» с администрацией Бурлинского района.

Работа по этому проекту в Бурле началась еще два года тому назад - инициатором и координатором выступила руководитель Центра помощи семье и детям **Чертовских Татьяна Семеновна**.

Проект был одобрен главой администрации района **Александром Николаевичем Авраменко**.



● Подписание такого Соглашения поддержала общественность района.

Апрель для проведения такого совместного мероприятия выбран не случайно - в районе проходил месячник активной работы по популяризации профилактических программ артериальной гипертонии среди населения. Руководитель проекта «Здоровая семья - это здорово!» **И.В. Козлова** рассказала о программах, реализуемых в крае в рамках проекта с 2003 года, возможных формах партнерства.



За сподвижничество Татьяне Семеновне были вручены от Фонда «Содействие» Благодарственное письмо и подарок.



● Главный врач района **Татьяна Александровна Волошина** ознакомила с сотрудниками и подразделениями Центральной районной больницы.



Рассчитываем на поддержку нашего проекта со стороны главного редактора районной газеты **Татьяны Валентиновны Заплатниковой**.



# “Здоровая семья - это здорово!” В 2007 ГОДУ

АПРЕЛЬ



Состоялась презентация проекта «Здоровая семья - это здорово!» в Хабаровском районе

Это был наш первый визит в район, и мы благодарны заместителю главы администрации района **Тамаре Кирилловне Мурашкиной** за организацию встречи.

Даже такой короткий визит был важен для нас, а знакомство оставило впечатление основательности и каких-то особых отношений между людьми - заинтересованных и участливых. А еще обрадовала готовность учиться и передавать собственный опыт.

Наша встреча с активом района проходила в помещении районной библиотеки, и мы не могли не отметить, что в экспозиции, посвященной семье, уже присутствовал и журнал «Здоровье алтайской семьи», специальные выпуски и буклеты, изданные в библиотечке журнала.

Цель нашей встречи - ознакомить с проектом, рассказать о его задачах, предложить сотрудничество. И, конечно, ознакомиться с опытом работы в районе по поддержке семьи. Невольно говорили о том, что волнует особо, - это распространение такой, доселе не типичной проблемы для села, как социальное сиротство. Новые формы работы, предлагаемые государством, - патронатная или приемная семья, - конечно, выход, но уже высказывают опасение возможной «коммерциализации». Нужны специалисты по профилактической работе с семьей, особенно проблемной, и, конечно, контроль за соблюдением прав детей. Таков итог нашего разговора.





# В рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» издана ЛЕТОПИСЬ МАТЕРИНСКОЙ СЛАВЫ АЛТАЯ

Ежегодно при участии Администрации Алтайского края, Алтайского краевого Совета народных депутатов в День Матери общественность края чувствует лучших из лучших представителей городов и районов края. На Слете Матерей встречаются те, кто своим талантом, материнской любовью не только создал уют и лад в доме, сумел накормить, обогреть, но научил главному - ценить и любить свой дом, свою семью, свою малую родину, Россию.

Слет Матерей Алтая - дань уважения каждой матери за ее безмерный материнский подвиг!

Общественные женские организации, объединившиеся в Общественную женскую палату при главе Администрации края, с 2001 года ведут Летопись Материнской славы.

Альбом хранится в Государственном музее истории литературы, искусства и культуры Алтая.



На его страницах Матери - те, кто заслужили внимание и уважение, - ведут большую воспитательную работу, и не только личным примером, образом жизни своих семей, а активно участвуя в общественной жизни своего села, района, города. Они достойны и почитания, и подражания.

В рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» нами издан альбом «Эстафета родительского подвига», но, к сожалению, небольшим тиражом.

Повторение его на электронном носителе, по нашему мнению, расширит аудиторию ознакомившихся

с изданием, особенно среди молодых жителей края.

В 2007 году по инициативе Общественной женской палаты при главе Администрации Алтайского края, согласно распоряжению Администрации края от 12.02.2007 №53-р, стартовала Эстафета родительского подвига, посвященная 70-летию Алтайского края «Согрей теплом родительского сердца».

Мы надеемся на продолжение издания Летописи родительского подвига в последующие годы.

Повышая роль семьи, всемерно помогая семье выполнить ее социальные функции, мы вместе, усилиями власти, общественных организаций, каждой семьи - преодолеем негативные социальные явления, повысим качество жизни жителей края.

Поистине, крепка семья - крепка держава!

**Н.С. Ремнева** - председатель Общественной женской палаты при главе Администрации Алтайского края;

**И.В. Козлова** - член Совета Общественной палаты Алтайского края, Главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи».



Альбомы переданы на хранение в Администрацию Алтайского края, представительство Президента РФ в СФО, Союз женщин России, Общественную женскую палату, краевую библиотеку и другие общественные, государственные структуры, а на электронных носителях - во все города и районы края: женские организации, библиотечные и досуговые учреждения.

По вопросам изготовления копий альбомов обращаться в редакцию журнала.