

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№11(71)  
НОЯБРЬ  
2008



С Днём Матери!



## Было бы здоровье, а остальное приложится

Глобальный финансовый кризис - сегодня основная тема политической и общественной жизни в мире. Но такова уж человеческая природа, что во всех, даже самых негативных, проявлениях мы стремимся найти позитивное.

Тем не менее, вопрос, как проявления кризиса могут сказаться на самочувствии людей, волнует многих. Как экономисты пытаются в проявлениях кризиса выделить его оздоравливающие, закаливающие процедуры для бизнеса, так и специалисты в области сохранения здоровья называют свои плюсы...

Во время подъема экономики, как показали исследования, многие не склонны заботиться о своем здоровье. Люди слишком много работают и, как следствие, неправильно питаются, много пьют, курят, пропускают визиты к врачу, не находят времени на физические упражнения. И, как ни странно, в период подъема экономики люди не меньше, а даже больше страдают от стрессов.

Кризисы и необходимость экономить - заставляют менять привычки.

Первое. В качестве позитива многие эксперты отмечают вероятное (и уже фактическое!) снижение затрат из семейных бюджетов на табак и алкоголь. А это плюс!

Второе. Американские и западные эксперты отмечают оздоровление питания населения - как за счет отказа от высококалорийных, насыщенных жирами, продуктов, так и за счет перехода на домашнее питание взамен пресловутых фаст-фудов. По их данным, уже 53% любителей «перекусов» и полуфабрикатов перешли на домашнюю еду.

В ноябре по каналу BBC прошел цикл передач, в которых известный кулинар Германии, личный повар Президента, готовивший обеды не один десяток лет к президентским приемам, обучал население Германии (и не только) несложным, но очень изысканным, а главное - полезным рецептам здорового недорогого питания. Вопрос качественного питания - вопрос здоровья, а значит, и качества жизни. Действительно, очень важно научить, именно научить, людей правильно питаться, и начинать это делать нужно с раннего возраста.

Безусловно, сейчас выросло поколение родителей, которые не застали послевоенного голода, и проблему накормить ребенка они видят уже несколько по-иному. Но культура здорового, правильного питания - еще на очень, очень низком уровне. И в привитии этой культуры - нет мелочей.

Совсем недавно я была свидетелем, как в магазине Новоалтайска, который расположен рядом со школой, продавец бойко разогревала в микроволновке доброму десятку парнишек в школьной форме пиццы и сосиски в тесте. Хотя сегодня государством вкладываются серьезные ресурсы в организацию здорового питания в школах, в крае реализуются ведомственные программы по модернизации технологического оборудования в школьных столовых, выделяются средства на организацию школьного питания, к сожалению, такие факты еще можно наблюдать в наших магазинах, буфетах учебных заведений, в вузах.

Конечно, здоровье нации - это задачи и государства, и общества, и бизнеса (и получение доходов любым путем не делает чести такого рода «предпринимателям»), но, согласитесь, очень многое закладывается в семье, в том числе и основные привычки по питанию.

Поэтому посмотрите, может быть, тот сложный период, в котором мы с вами оказались (не по своей воле), переживем с пользой для своего здоровья, - кардинально изменив питание и отказавшись от сигарет и алкоголя? Помните: нет худа без добра...

К сожалению, все не так благобно, и, конечно, кризис имеет негативные последствия для здоровья многих. Больше всех люди высказывают опасения, что снизится доступность и качество медицинских услуг. Но государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, к счастью, пока только расширяются - от первичной до высокотехнологичной.

В любом случае будет правильнее помимо «антикризисной финансовой программы» экономии конкретно для Вашей семьи, добиться отказа от «заедания», «запивания» стресса и проблем, его породивших.

Если Вы не смогли самостоятельно увидеть в кризисе не только проблемы, но и новые возможности, - не тяните, обращайтесь к специалистам.

Было бы здоровье, остальное приложится!..

## Обсуждаем Программу демографического развития края до 2015 года

Проблемы и особенности демографического развития края стали предметом обсуждения и прошедшего 28 октября круглого стола.

Его участниками стали заместители глав администраций по социальным вопросам 60-ти муниципальных образований края, заместители руководителей отделов краевых управлений по здравоохранению и фармацевтической деятельности, труду и социальной защите населения **В.А. Белоусов, Т.И. Козырева, И.В. Молчанова, Л.А. Багина, Л.М. Потолова**, член Общественной палаты Алтайского края **И.В. Козлова**.

Модератором обсуждения стала **Н.С. Ремнева** - и как представитель Администрации края, и как лидер женского движения на Алтае.



Няня Дуня - в доме, чистенькая, ухоженная. Конечно, возраст берет свое, но ясность ума, память - поражают. Листаем семейный альбом - вот карандашный портрет моей бабушки Веры, нарисован еще до войны кем-то из учителей видоновской школы (постеснялась попросить!), вот фото наших родителей - провожают на работу в Монголию. Вот вся семья Денисенковых с детьми и внуками. Сколько воспоминаний, и няня помнит всех, обо всех рассказывает, даже во что наш дед Анфиногент был одет, когда его забирали.

Меня и удивляло, и радовало то, как взрослые дочери няни Дуни - сами уже не раз матери, а некоторые и бабушки, - относятся к матери. Сколько неподдельного внимания, уважения к Маме. Чувствовалось, что и сейчас, уже, казалось бы, и не в той силе, - она по-прежнему авторитет в семье, она - главная.

Рассказали все новости. И хорошие, и плохие. С обидой и грустью вспоминали, как несколько лет тому назад весь скот, стельных коров! - пустили под нож, - и сегодня все в некогда богатом селе остались без работы. Живут своим подворьем.

- А клуб, клуб где?! Он же как раз перед няниным переулком стоял?!

- Так разобрали в один день по бревнышкам и увезли - говорят, в райцентр. И ФАП - закрыли.

И тут же рассказывают как на днях Люда с Валей целый день, под солнцепек переписывали в тетрадку с памятника, что стоит в центре села, имена не вернувшихся с Отечественной односельчан - для музея.

Песню спели - с мамой. Она - запевала.

Средняя сестра Валя с мужем вообще-то жила в Бийске, там и на пенсию вышла, там и квартира, в центре, трехкомнатная. Но за мамой нужен уход (а все остальные дети пока работают), вот и приехали с мужем в мамин домик - ее поддержать. А домик - комнатка и кухня, печка, на которой все шестеро и выросли, удобства на дворе. Приняли решение - вернуться на родину. Но с ними живут еще внук и дочь, тоже готовые переехать поближе к бабушке, в Тальменку, а квартиру продать нельзя (оберегают права ребенка - хотя, я думаю, что в такой семье ребенка никто не обидит).



На соседней улице живет со своей семьей сын Юрий. Показал свою усадьбу - колодец, огород где-то у кромки бора заканчивается, скота полный двор. «Сегодня поставил два стога - завтра еще два, - угощая нас парным молоком, смеется Юрий, - гулять некогда, пора сенокосная... Как люди из родных мест уезжают! Я даже по делам на день отъеду, возвращаюсь в наше село - душа поет!» Так проникновенно и трогательно звучали эти слова, признания в любви Родине, Матери от этого богатыря.

Подоили коров, его дочка Ирина - молоко бабушке понесла, так заведено. У няни Дуни отведали и Вериных (младшая) мятных пряничков.

Все так бесхитростно, так искренне, так по-настоящему и с такой любовью и достоинством живет эта семья, что даже от этих летних воспоминаний становится тепло и уютно на душе. Дай бог, чтобы во всех семьях так почитали Маму!..

**С Днем Матери маму - няню Дуню - и всех Матерей. Живите дольше и будьте любимы!**



# “Здоровая семья - это здорово!”

Октябрь-ноябрь 2008г.



Власихинской библиотеке в этом году исполнилось 60 лет. Она переехала в новое (для нее) помещение. Конечно, помещение приспособленное, нуждается в ремонте, не хватает очень многого, даже элементарно - стеллажей, штор на окнах.

Но у ее сотрудников и в ее посетителях есть главное - дух созидания, желание жить лучше. Верим, что библиотека будет, как и прежде, местом духовного общения жителей этого довольно уютного поселка. Среди ее читателей - много юных.

Наша встреча готовилась заранее, и в числе приглашенных на нее были и глава администрации, и медицинские работники врачебной амбулатории, и руководители школы. Тема была предложена очень актуальная - демографическая ситуация, здоровье семьи.

К сожалению, ее участниками стали в основном общественники, среди них были представители уличных комитетов, бывшие педагоги, мамы с детьми, которых волнует сохранение здоровья в их семьях.



Мы верим, что все эти неравнодушные активные люди сделают многое для того, чтобы здоровые привычки преобладали в их семьях. Очень нас порадовали их настрой и готовность к работе по формированию здорового стиля жизни у жителей поселка. Успехов!

30 октября состоялась встреча руководителя проекта “Здоровая семья - это здорово!” с жителями п.Власиха. Ее инициатором стала заведующая библиотекой Светлана Дмитриевна Черная.



# “Здоровая семья - это здорово!”

Октябрь-ноябрь 2008г.

23 октября прошел очередной семинар-тренинг с координаторами проекта. Темой его обсуждения стали вопросы участия общественного сектора в реализации Программы демографического развития Алтайского края до 2015 года. С информацией по данной проблеме выступили: главный акушер-гинеколог края, к.м.н. **И.В. Молчанова** и главный кардиолог края, д.м.н., профессор **Г.А. Чумакова**.



Координатор программы “Школа ответственного материнства”, д.м.н., профессор **Н.И. Фадеева** говорила о проблеме подготовки и повышения квалификации медицинских кадров.

Участники семинара поднимали вопрос доступности и организации отбора пациентов на получение высокотехнологичной помощи, и особенно организации реабилитации после ее получения, в том числе и в “школах по здоровому образу жизни”.



Работа по проекту “Здоровая семья - это здорово! Школы здоровья - школы профилактики” будет продолжена в 2009 г.

№11 (71) ноябрь 2008г.

Учредитель -  
**ООО "Издательство  
"ВН - Добрый день"**  
г. Новоалтайск,  
ул.Обская, 3.  
Тел. 8(38-532) 2-11-19.

Адрес редакции:  
**656049 г.Барнаул,  
ул. Пролетарская, 113, оф.200**  
Тел. редакции -  
**(3852) 35-46-42, 63-84-90,**  
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  
24.11.2008г.

Печать офсетная. Тираж -  
10000 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.Чкалова, 228.  
Тел. (3852) 38-33-59

**Подписной индекс -  
73618**

# Содержание

Н.П. Черепанов. О проведении Дня Матери в крае .....	2
Мама - няня Дуня .....	2
Мифы о гриппе .....	3-4
Прошел семинар .....	5
Месячник здорового образа жизни «Молодость. Здоровье. Жизнь» ..	5
Н.В. Цуркан. Факторы риска болезней органов пищеварения .....	6-8
Вклады, которые согревают .....	9
Мир и медицина .....	10
Н.В. Семенникова, В.И. Семенников. Электрические зубные щетки - какие они? .....	11-12
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА.</b> Л.Ф. Казанцева, Т.А. Иванченко. Адаптация детей к условиям внеутробной жизни .....	13-14
Вся сила в скорлупе .....	15
О чем скрипят суставы .....	16
«Мне хорошо только в одиночестве» .....	17
Виноград - изумрудные гроздья осени .....	18
Т.Г. Лесовская. Хронический панкреатит .....	19-21
Мир и медицина .....	22
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b> Л.М. Миллер. Роль главной медицинской сестры в формировании этического воспитания сестринского персонала .....	23-24
А.В. Говриленко. Учитесь отдыхать .....	25-26
И.А. Егорова. Человек с таблеткой в кармане .....	27
<b>АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 20).</b> Т.А. Корнилова, И.И. Белякова, И.П. Сокол. О новом подходе к лечению бронхиальной астмы. SMART-терапия .....	28-29
«Студеная» - вода безопасная и полезная .....	30
Признак хорошего воспитания .....	30
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» .....	31
Национальность и болезни .....	32
Я поведу тебя в музей .....	33
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	34-35
Мир и медицина .....	36
Живая вода .....	37
<b>СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА!</b> Если знаешь, что это навсегда .....	38-40
Тест: Определите ваш коэффициент общительности .....	41-42
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Цветная диета: долой осеннюю депрессию! .....	43-44
Подписная квитанция на журнал «Здоровье алтайской семьи» .....	45
Подписная квитанция на журнал «Алтайский вестник Роспотребнадзора» .....	46
Эмоциональный интеллект выигрывает! .....	47
Рисуют все! .....	48



# О проведении Дня Матери в крае



**В последнее воскресенье ноября в России по Указу Президента Российской Федерации (от 30.01.1998 №120 «О Дне Матери») будет в десятый раз отмечаться День Матери, а в нашем крае - в одиннадцатый.**

Учреждение Дня Матери и почитание матерей отвечает лучшим традициям отношения россиян к материнству. В этом 2008 году, объявленном самим Президентом Российской Федерации Годом семьи, проведение Дня Матери несет особый смысл. **Оно направлено на повышение роли женщины-матери в семье, в обществе, ее ответственности за рождение, воспитание своих детей, за укрепление своих семей.** Признавая ключевую роль матери в семье, материнства - в обществе, в ознаменование этого праздника - Дня Матери - в каждом районе, городе принимаются соответствующие меры по социальной поддержке матерей, семей с детьми, по развитию демографии.

Активизирована на территориях работа по реализации краевых и муниципальных целевых программ, таких, как «*Дети Алтая*», «*Демографическое развитие Алтайского края*», «*Молодежь Алтая*», «*Здоровый образ жизни*» и других в интересах семьи, матери, детей.

Особое внимание обращено на многодетные, малообеспеченные семьи, находящиеся в социально опасном положении, им оказана необходимая помощь и поддержка (трудоустройство матерей, охрана их здоровья, обеспечение детским садом, горячим питанием детей в школах и др.). Организовано чествование матерей во всех учреждениях социальной сферы (детских садах, школах, библиотеках, Домах культуры и т.д.), проведены торжественные приемы матерей-Героинь, победительниц краевой Эстафеты материнского подвига, проявлена забота и об одиноких престарелых матерях, организовано их поздравление с Днем Матери по месту жительства. Особо значимо проведение медико-социальных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях района, города, направленных на формирование здорового образа жизни, ответственного отношения к репродуктивному здоровью, увеличению рождаемости желанных и здоровых детей.

В День Матери во многих городах и районах организован свободный (бесплатный) доступ матерей с детьми в кино- и спортивные залы, в музеи и картинные галереи и т.п.; проведены праздничные выставки-продажи подарков, сувениров для матерей соответствующей тематики.

Повсеместно во всех средствах массовой информации прошли публикации и показ материалов о Дне Матери, о матерях, достойно выполняющих свой материнский долг, ведущих большую общественную работу, а также об их семьях и детях.

**Н.П. ЧЕРЕПАНОВ,**  
заместитель Губернатора Алтайского края

Очень важно, что материнство введено в ранг государственного всенародного праздника.

Повсеместно проводятся мероприятия, посвященные мамам, самым разным - молодым и многодетным, мамам, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, и солдатским мамам...

Появились открытки, посвященные Дню Матери, проводятся конкурсы - все правильно. А мне все чаще вспоминается одна встреча, которая была в этом году летом.

## Мама - няня Дуня

В гости из Москвы приехал мой брат, военный врач, прошедший горячие точки, Югославию.

Больше пяти лет он не был на родине, с тех пор как не стало наших папы и мамы.

И, конечно, мы старались вместе побывать у самых близких нам людей - у тех, кто помнил наших родителей, нас самих маленькими...

И, не сговариваясь, сразу: «А поедем в Видоново, к няне Дуне?..».

История эта давняя. **Няня Дуня**, в принципе, вообще нам чужой человек.

Когда-то в тридцатые годы прошлого столетия наша бабушка **Вера Васильевна Мельникова** приехала со своим мужем **Анфиногентом Степановичем** учительствовать в Залесовский район. У них уже было двое детей - дочь Лия (наша мама) и сын Юрий. Работали в две смены. Да еще школьный интернат, общественные дела. Часто ребятишки были просто одни. Так появилась у них в семье девчонка повзрослее - из многодетной семьи, из соседней деревни - Дуняша. Приехала учиться после начальной школы, а жить негде.

В 37-м забрали Анфиногента Степановича, а через месяц - 17 февраля - расстреляли. Осталась наша бабушка не с двумя, а с тремя детьми. Старшенькую - няню Дуню, как все ее звали и зовут у нас в семье, - позднее выдала замуж и передала ей свой дом, когда-то видный в Видоново.

И в этом доме она со своим мужем Максимом воспитала шестерых детей - Люду, Валю, Васю, Галю, Юру и Веру. И в этот дом, на берегу Чумыша, мы и приехали с братом к своим родным людям.

Четверо детей няни Дуни со своими семьями живут в Видоново. «Одна Галина в Змеиногорском районе, - заметила одна из сестер, - может, вернется. Васю схоронили в Новосибирске в том году...».

Боже, какое счастье было увидеть этих открытых, честных, работающих людей! Рослые, здоровые. На языке острые, что ни слово - то не в бровь, а в глаз... Нас никто не ждал, мы - как снег на голову свалились, шуму наделали на всю деревню...





# КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

## Факторы риска болезней органов пищеварения

**НИНА ВАСИЛЬЕВНА ЦУРКАН,**  
врач высшей квалификационной категории,  
гастроэнтеролог, КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Болезни органов пищеварения занимают второе место в общей структуре заболеваемости среди населения. Они характеризуются хроническим течением и частыми рецидивами.

Особое значение в профилактике болезней органов пищеварения имеет знание факторов риска.

**К ним относятся:**

- ◆ неправильное питание,
- ◆ наследственная предрасположенность,
- ◆ стрессовые ситуации,
- ◆ неблагоприятная экологическая и социальная обстановки,
- ◆ вредные привычки,
- ◆ профессиональные вредности.

**Детальное изучение этих факторов в значительной мере позволяет предотвратить развитие гастроэнтерологической патологии.**

Первое место в ряду этиологических факторов болезней органов пищеварения, несомненно, занимает **неправильное питание и нарушение его режима.** Однако если раньше данному фактору и его учету в комплекс-

ном лечении таких больных уделялось самое серьезное внимание, то в настоящее время приходится констатировать, что **и интерес к этим вопросам снизился, и точки зрения специалистов в этой области существенно разнятся.**

Клиницистам хорошо известно, что больные язвенной болезнью плохо переносят некоторые пищевые продукты и блюда (например, крепкие мясные бульоны, острую пищу, сладости, жиры), но охотно употребляют продукты с большим содержанием белка. Кроме того, **частые и дробные приемы пищи способствуют исчезновению болевого синдрома, предотвращению изжоги, нормализации работы кишечника.**

Не переоценивая значения нарушения режима питания в возникновении болезней органов пищеварения, заметим, что некоторые

факторы - *большие перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, обильная и поспешная еда с плохим пережевыванием пищи - могут отрицательно сказываться на течении процессов пищеварения.*

При оценке роли алиментарных факторов в возникновении гастроэнтерологической патологии, **следует учитывать два основных механизма:**

- *грубая пища вызывает прямую травматизацию слизистой оболочки желудка;*

- *некоторые ингредиенты пищи способны обуславливать гиперсекрецию желудочного сока.* Так, различные приправы, специи и т.д. раздражают слизистую оболочку желудка, увеличивают секрецию соляной кислоты и способствуют слущиванию поверхностных эпителиальных клеток.

Отдельно выделим **злоупотребление кофе.** Оно не только повышает частоту рецидивов язвенной болезни, но и замедляет процесс заживления язв, что связано со способностью кофеина стимулировать секрецию соляной кислоты и пепсина.

**К алиментарным факторам относятся:**

- *длительное неполноценное или несбалансированное питание с преобладанием каких-либо ве-*



ществ (белков, жиров или углеводов),

- *употребление рафинированных продуктов* с низким содержанием пищевых волокон, ферментов, витаминов,

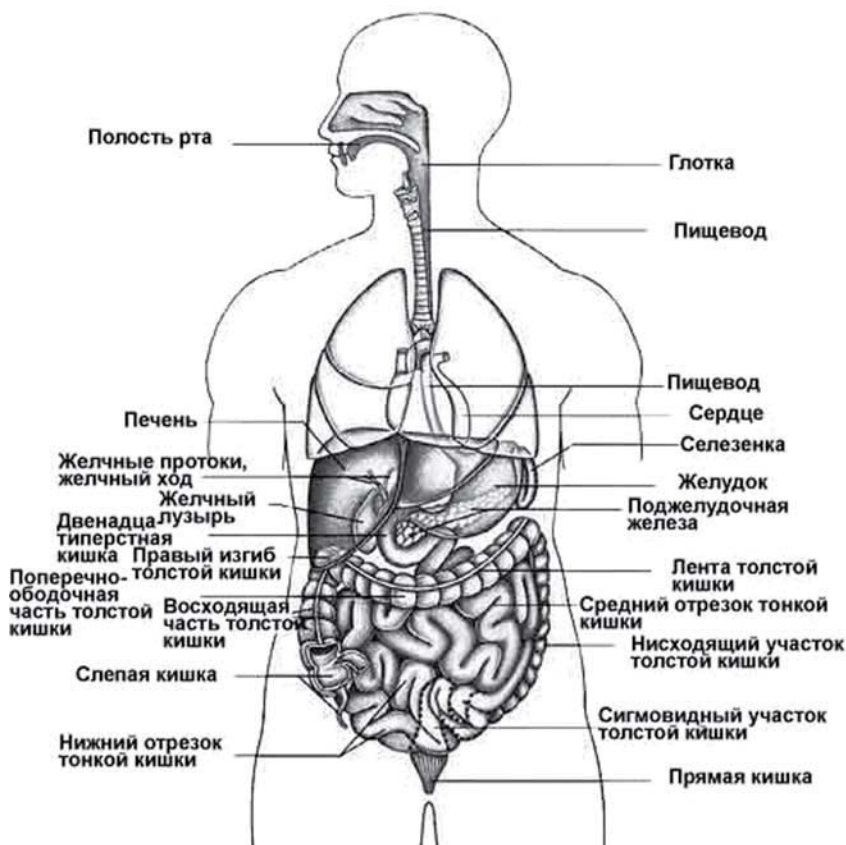
- *длительное парентеральное питание.*

**Именно эти факторы являются основными причинами развития дисбактериоза.** Так, избыток в рационе животных белков способствует размножению клостридий, бактероидов; большое количество животных жиров (60% и более) - увеличению числа бактероидов, энтерококков; преобладание легко усваиваемых углеводов - росту аэробной условно-патогенной микрофлоры.

Определенную роль в развитии болезней органов пищеварения, таких как желчнокаменная болезнь, жировой гепатоз и др., играет **избыточная масса тела.** Установлено, что в организме больных с ожирением продуцируется желчь, пересыщенная холестерином, что обусловлено его повышенной продукцией печенью. При этом количество секретируемого холестерина прямо пропорционально массе тела и ее избытку.

**Быстрое и существенное уменьшение массы тела также может явиться фактором риска развития желчнокаменной болезни и жирового гепатоза.** Установлено, что примерно у 25% больных с ожирением при назначении строгой диеты образуются конкременты (твердые образования) желчного пузыря. Механизм этого процесса у данной категории больных сложный и многообразный: увеличение секреции холестерина в желчь, снижение секреции желчных кислот, повышение продукции муцина, ослабление сократительной функции желчного пузыря.

Также к факторам риска болезней органов пищеварения относится **наследственная предрасположенность.** Ее нужно рассматривать именно как *«предрасполо-*



*женность»*, которая реализуется в само заболевание лишь при наличии соответствующих условий, а также основного фактора - наличие хеликобактерпилора.

Генетическая предрасположенность к язвенной болезни реализуется через простые с клинической точки зрения признаки, такие как состояние секреции, кислотообразующей функции желудка и протеолитической активности желудочного сока, уровень пепсиногена и т.д., количественные значения которых обнаруживают высокие показатели наследуемости, а также через некоторые генетические маркеры.

**Стрессовая обусловленность** ряда заболеваний органов пищеварения (язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника и др.) **подтверждает ведущую роль нервно-психических факторов в их развитии.**

Стрессовые ситуации, к которым относятся и отрицательные эмоции, приводят к появлению в организме человека защитных ре-

акций, которые носят приспособительный характер и являются выражением так называемого общего адаптационного синдрома. **При чрезмерной силе воздействия неблагоприятных факторов, приводящих к неадекватным ответным реакциям, развивается болезнь адаптации, т.е. возникает заболевание.** Было показано, что отрицательные эмоции способны привести к нарушениям секреторной и моторной функции желудка. В анамнезе больных с синдромом раздраженного кишечника часто отмечаются стрессовые ситуации, депрессии, панические приступы.

К вредным привычкам, имеющим определенное значение в формировании гастроэнтерологической патологии, обычно относят распространенные среди населения интоксикации - **курение и злоупотребление алкоголем.**

О неблагоприятном воздействии курения на возникновение и течение язвенной болезни известно давно. Признано, что





◀ **курение способствует более тяжелому ее течению, отрицательно сказывается на процессах заживления, существенно удлиняя их сроки, приводит к разнообразным нарушениям моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.** Смертность среди курящих больных в несколько раз выше, чем среди некурящих.

Не только вирусная инфекция играет ведущую роль в развитии болезней печени, но и **алкогольная интоксикация продолжает рассматриваться как основной фактор формирования этой патологии.** Получены убедительные данные, что алкоголь оказывает непосредственное токсическое воздействие на ткань печени, вызывая не только дистрофию печеночных клеток, но и воспалительные явления и некроз клеточных структур. Он способен вызывать острые изъязвления слизистой оболочки желудка в форме острого эрозивного (геморрагического) гастрита. Алкоголь является также одной из основных причин острых деструктивных панкреатитов.

Определенную роль в возникновении заболеваний органов пищеварения играют **социальные факторы:** низкий уровень материальной обеспеченности, сопровождающийся качественной и количественной неполноценностью питания, плохими жилищными условиями.

**По данным ВОЗ, здоровье населения на 50% зависит от образа жизни, на 20% - от качества окружающей среды, на 20% - от наследственных особенностей организма и на 10% - от развития здравоохранения.**

**Экологический аспект** (загрязнение атмосферы, плохое водо-

снабжение, недоброкачественные продукты) - имеет несомненное значение в этиологии заболеваний желудочно-кишечного тракта. Так, например, кадмий (тяжелый металл) попадает с промышленными отходами в водоемы, аккумулируется в тканях рыб, проникает с морепродуктами в человеческий организм, накапливаясь в печени и поджелудочной железе.

**Одним из факторов, предрасполагающих к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, является профессиональный.** Обнаружена, например, большая распространенность язвенной болезни у работников водного и железнодорожного транспорта, специфика труда которых состоит в значительной продолжительности рабочего времени, недостаточном отдыхе, нерегулярном питании.

**Профессиональные вредности** (хроническая интоксикация свинцом, ртутью, мышьяком, фосфором) **приводят к развитию токсических и токсико-аллергических поражений печени,** в частности токсических гепатитов. К веществам, оказывающим преимущественно гепатотропное действие, относят хлорированные углеводороды - хлороформ, дихлорэтан, тетрахлорэтан и др.

**Таким образом, задача клинициста состоит в выявлении факторов риска, предотвращении развития болезней органов пищеварения, а также привлечении большого к активному участию в лечебном процессе.**

**В «Диагностическом центре Алтайского края» вы можете пройти полное обследование органов пищеварения, получить квалифицированные консультации специалистов.**



*На заметку*

## Влияние специй приправ и пряностей

**Одно и тоже блюдо по набору продуктов и методу приготовления, но с разными приправами имеет разные вкусовые характеристики. Наши предки издавна научились использовать разнообразные приправы для приготовления пищи. Сегодня с развитием рыночных отношений все больше у хозяек появляется новых приправ, о которых они раньше и мечтать не смели. Но как оказалось пряности имеют самое прямое отношение к здоровью человека.**

Лук, чеснок, перец черный, хрен, горчица, например, усиливают аппетит, а гвоздика, корица, тмин - усиливают работу желудочно-кишечного тракта. Тем самым данные пряности способствуют улучшению процесса пищеварения и улучшают вкусовые свойства пищи, способствуют употреблению большего количества пищи. Но не всем можно без ограничений употреблять пряности. Они противопоказаны для людей страдающих воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, так как способны раздражать слизистую оболочку.

А вот такие специи как сахар и крахмал неизбежно приводят к ожирению, если их употреблять в не регламентированном количестве. При регулярном употреблении в больших количествах уксуса можно повредить слизистую желудка и гортани.

Соль за счет способности удерживать воду в организме способствует увеличению веса тела. Вот поэтому для лечения ожирения часто используют малосоленую диету. Но соль в небольших количествах очень нужна организму. Вот по этой причине многие люди не могут приспособиться к бессолевой диете. Оправданна она при гипертонической болезни, нефритах и нефрозах, сердечной недостаточности, которые сопровождаются отеками.

Могут нанести непоправимый вред организму сборные сорта приправ (для шашлыка, пиццы и т.д.), так как содержат ароматизаторы, усилители вкуса, красители и стабилизаторы. Кроме того, что они способствуют набору веса, они еще влияют на здоровье организма в целом. Натуральные домашние приправы менее вредны, но тоже способствуют набору лишних килограмм за счет усиления аппетита.

### КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

**КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:  
(3852) 26-16-70, 26-17-76.**

**Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а**



# Электрические зубные щетки - какие они?



НИНА ВЛАДИМИРОВНА  
СЕВЕННИКОВА,  
аспирантка Сибирского  
государственного медицинского  
университета;

ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ  
СЕВЕННИКОВ,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой  
хирургической стоматологии,  
Алтайский государственный  
медицинский университет



Что вы считаете величайшим изобретением человечества? Американцы признали самым нужным и востребованным предметом зубную щетку, потеснив компьютер, мобильный телефон и микроволновую печь. Ученые объясняют это тем, что компьютер или автомобиль всегда можно поменять или модернизировать, а вот с зубами сложнее...

Если бы мы писали сочинение на тему «Как я представляю идеальную зубную щетку», то, наверное, большинство выделило бы одно ее свойство - она должна делать за нас ВСЕ. То есть тщательно собирать весь зубной налет не только с поверхности зуба, но и в самых труднодоступных местах, заботиться о здоровье зубов и десен, предотвращать развитие зубного камня (и убирать его, если нужно). При этом роль человека должна быть минимальной - открыть и закрыть вовремя рот!

**Первая зубная электрощеточка появилась в эпоху «Битлз».** Ничего, кроме критики, недоумения и даже обвинений в заговоре против человечества, эта весьма не совершенная на тот момент конструкция не вызвала. Электрическая зубная щетка сорокалетней давности, по сути, ничем не отличалась от обычной. Просто к ней приладили детский электромоторчик и заставили

щетину двигаться только в одной плоскости взад-вперед. Возвратно-поступательные движения прямоугольной зубной щетки наносят вред зубам, как ни крути. Движение щетки вдоль зубного ряда приводит к появлению клиновидного дефекта и патологической стертости. Если же мы перевернем зубную щетку вертикально, возникает другая беда - щетина за счет равномерных возвратно-поступательных движений сначала снимает налет, а потом загоняет его глубоко между зубами, что провоцирует острый гингивит. В общем, первая попытка была неудачной. Но это не остановило разработчиков, и правильно. Потому что **современная электрическая зубная щетка - это прекрасный инструмент профилактики и гигиены зубов и десен.** Что же она собой представляет?

Как и мануальные зубные щетки, **электрические зубные щетки под-**

**разделяются на гигиенические и профилактические.**

**К классу гигиенических зубных щеток относятся лишь два первых поколения,** что уже говорит о неконкурентоспособности с современными профилактическими электрическими зубными щетками. Первым поколением являются электрические зубные щетки с прямоугольными головками и нарезной щетиной. Ко второму поколению относятся электрические зубные щетки с маленькой круглой головкой и одноуровневой поверхностью щеточного поля, имеющие простую нейлоновую щетину. Конечно, и сейчас на рынке можно встретить таких «динозавров», но, по сути, гигиенические зубные щетки уже отжили свое.

В розничной продаже **профилактические электрические зубные щетки представлены достаточно широко.** Они бывают нескольких видов, и каждый из них имеет свои плюсы и минусы. Очевидно, что **круглая, или, как ее еще называют, чашевидная форма оптимальна для электрической зубной щетки.** Самыми простыми в классе профилактических электрических зубных щеток с круглой головкой являются **зубные щетки, обладающие двухуровневой щетиной и совершающие возвратно-круговые движения.** Более



◀ сложный вариант зубной щетки с круглой головкой - это **зубная щетка, имеющая двухуровневое поле, индикатор износа и совершающая, помимо возвратно-круговых, еще и вибрирующие движения.**

**Более сложная конструкция - у модели щетки, созданной по типу жернова.** Это два вращающихся диска, покрытых одноуровневой щетиной. Такая электрощетка отлично очищает сразу и внешнюю сторону зубов, и внутреннюю. Правда, она несколько крупновата, ею плохо управлять в полости рта, и поэтому она недостаточно хорошо очищает коренные зубы.

Последний вид - **монопучковые щетки.** Они имеют небольшую круглую головку, на которой по кругу вращается один пучок щетины. Монощетчи не относятся к числу основного средства ухода, они рассматриваются стоматологами как дополнительные, в определенных обстоятельствах. И вершиной в эволюционной схеме электрических зубных щеток являются **зубные щетки со сменными головками-насадками.**

**По типу электрического питания щетки делятся на три вида. От батареек,** что, конечно, неудобно - их нужно менять, покупать. **От аккумуляторов** - очень удобно, зарядил и все. Срок службы современных аккумуляторов такой, что никакая щетка дольше него не прослужит. Третий вид питания - **от сетевого шнура,** применяется, наверное, уже только в России.

**Заметно отличаются щетки и по весу.** Понятно, что тяжелой она быть не должна. Наиболее удобны электрические зубные щетки, весящие **от 100 до 200г.**

**Хорошая щетка имеет выбор скоростных режимов, как правило, три, но вполне достаточно и двух.** Не помешают индикатор зарядки аккумулятора и индикатор износа щетины. Полезная вещь - **таймер,** он сигнализирует о том, как долго вы чистите зубы. Сигналы бывают разные: акустические, оптические и, самые лучшие, механические. Некоторые зубные щетки сами останавливаются именно в тот момент, когда нужно сплюнуть или ополоснуть рот.

Главная отличительная особенность электрической зубной щетки, которая делает ее по сути незаменимой, - это **соотношение между формой щетины и направлением движений.** Но и современные мануальные щетки тоже весьма эффективны. Ведь качество очистки зубов прежде всего зависит не от «навороченнос-

ти» зубной щетки, а от нашего умения чистить зубы! Между тем, многие люди, поддавшись отчасти рекламе, отчасти собственной лени, а отчасти любви к техническим новинкам, отдают предпочтение электрическим зубным щеткам, искренне полагая, что состояние зубов от ее применения если не улучшится, то, по крайней мере, не ухудшится.

Клинические испытания, проведенные как производителями щеток, так и стоматологами, на этот счет дают противоположный в принципе, но совершенно одинаковый по сути ответ. Производители утверждают, что электрощетка убирает зубного налета больше на **7%**, чем мануальная. Заболевания десен снижаются на **17%**. Английские стоматологи, проводящие свое исследование, не ставят полученные результаты под сомнение, но утверждают, что цифры слишком малы, чтобы определенно утверждать о превосходстве электрощеток. Тем не менее, ученые утверждают, что среди множества разновидностей электрических зубных щеток только одна может превзойти традиционную и остальные типы электрических щеток. И это могут сделать лишь те **электрощетки, которые производят вращающиеся и вибрирующие движения одновременно. Подобные щетки лучше удаляют зубной налет и снижают риск воспаления десен.**

Несмотря на это, **стоматологи называют электрические щетки довольно сомнительным изобретением.** С тех пор как они стали пользоваться широким спросом у населения, значительно возросло количество случаев эрозии эмали, дефектов зубов и рецессий десны. Это связано с тем, что при неправильном использовании электрические щетки могут повредить десны и даже расшатать зубы.

**Как пользоваться электрической зубной щеткой?**

Большинство стоматологов отмечают, что самой приемлемой формой для головки электрической зубной щетки является **круглая, чашевидная, форма.** Обычно электрические зубные щетки с такой формой головки производят, помимо возвратно-круговых движений, еще и вибрирующие и пульсирующие. Это позволяет пользователю не прикладывать дополнительных усилий при чистке зубов, так как в таком варианте электрическая зубная щетка совершает те же движения, что и при правильном использовании обыч-

ной зубной щетки. Но помните, что **не следует помогать своей зубной щетке, имитируя привычные для вас движения мануальной зубной щеткой!** Чистить зубы электрической зубной щеткой следует **не спеша.** Вначале очищаются передние стенки зубов одной челюсти, затем задние стенки той же челюсти и только после этого можно переходить ко второй челюсти. Будете ли вы сначала чистить нижнюю челюсть, а затем верхнюю - не имеет никакого принципиального значения, это дело привычки.

Вы должны приложить головку зубной щетки к зубу так, чтобы она накрыла зуб и не задевала десну. В таком положении удерживайте ее несколько секунд. Далее переходите на другой зуб. **Нельзя надавливать зубной щеткой на зубы:** если зубная щетка с регулировкой давления, то просто выключится, в противном случае вы можете повредить эмаль и десны.

Касательно зубной щетки с прямоугольной головкой и двумя расположенными на ней вращающимися площадками, есть только одна рекомендация по использованию. При чистке наружных, внутренних и жевательных поверхностей коренных зубов головка зубной щетки должна располагаться горизонтально, а при очищении центрального звена - вертикально.

Очень нравятся электрические зубные щетки детям. Детские электрические зубные щетки - красочные и похожи на игрушки. А некоторые, по сути дела, уже и являются игрушками. К сожалению, **многие производители идут на поводу у маленьких потребителей и делают зубные щетки, которыми можно играть, но невозможно чистить зубы.** Конечно, в этом возрасте зубы ребенку чистят его родители. Но ребенок должен учиться пользоваться зубной щеткой самостоятельно. Кроме того, последние исследования показали, что электрические зубные щетки достаточно тяжело держать даже пятилетним детям, кроме того, ими легче повредить десны, чем обычными щетками. **Поэтому при чистке зубов электрической зубной щеткой необходимо научить ребенка правильно ею пользоваться.** Ведь приятное должно сочетаться с полезным!

**Теперь вы знаете об электрических зубных щетках все и сможете делать профессиональный осознанный выбор. И самое последнее: если в чем-то сомневаетесь - проконсультируйтесь со стоматологом!** ☺



## Адаптация детей к условиям внеутробной жизни



**ЛЮДМИЛА ФЕДОРОВНА  
КАЗАНЦЕВА,**  
врач высшей категории,  
заведующая отделением новорожденных

**ТАМАРА АЛЕКСЕЕВНА  
ИВАНЧЕНКО,**  
врач высшей категории,  
кандидат медицинских наук,  
врач отделения новорожденных  
МУЗ «Родильный дом №2», г. Барнаул



Состояния, реакции, отражающие процесс приспособления новорожденного ребенка к новым условиям жизни, называют переходными (пограничными, транзиторными, физиологическими) состояниями. Эти изменения пограничные не только потому, что они возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного), но и потому, что при определенных условиях они легко могут принимать патологические черты.

### К пограничным состояниям относят:

- ◆ транзиторное нарушение теплового баланса,
- ◆ родовую опухоль,
- ◆ токсическую эритему,
- ◆ транзиторную потерю первоначальной массы тела,
- ◆ половой криз,
- ◆ мочекишный инфаркт,
- ◆ транзиторную желтуху кожных покровов.

**Транзиторное нарушение теплового баланса.** Новорожденные легко перегреваются и охлаждаются при неоптимальных для них внешних условиях. Транзиторная гипертермия возникает на 3-5-й день жизни, частота ее составляет **0,3-0,5%**. Температура тела может повышаться

до 38-38,5 градусов. Ребенок беспокоен, жадно пьет, кожные покровы горячие. Транзиторной гипертермии способствует *перегревание*, температура воздуха выше 25 градусов, расположение кроватки у нагревательных приборов или под прямыми лучами солнца, недопаивание. Часто причиной транзиторной гипертермии отмечается *патологическая убыль массы тела*. Тактика при транзиторной гипертермии сводится к физическому охлаждению (под контролем температуры тела ребенка оставляют свободным от пеленок), а также назначается дополнительное питье - 50-100мл.

**Родовая опухоль** - отек предлежащей части головы вследствие сдавления мягких тканей головки в

процессе родового акта - проходит самостоятельно в первые сутки жизни. Нередко на месте родовой опухоли отмечаются мелкоточечные кровоизлияния (петехии).

**Токсическая эритема** отмечается у **20-30%** новорожденных и возникает на 2-5-й день жизни. Единичные или множественные элементы в виде пятен и папул располагаются на разгибательных поверхностях конечностей вокруг суставов, на ягодицах, груди, реже - на лице. Их не бывает на ладонях, стопах и слизистых. Состояние детей не нарушено, температура тела - нормальная. Это *аллергоидная реакция* (в содержимом папул обнаруживаются клетки эозинофилы). Способствуют возникновению эритемы прием матерью аллергических продуктов (апельсины, мед, шоколад), всасывание из кишечника эндотоксинов и нерасщепленных протеинов. Лечение токсической эритемы не требуется, сыпь постепенно угасает через 1-3 дня от начала появления. При обильной эритеме рекомендуется обильное питье - 30-60мл.

**Транзиторная потеря первоначальной массы тела.** Потеря массы тела возникает главным образом вследствие дефицита



◀ молока у матери в первые двое суток после родов. Способствует большей потере массы тела недоношенности плода, крупная масса тела при рождении, асфиксия, родовая травма, гипогалактия у матери, высокая температура воздуха в палате новорожденных. Максимальная убыль массы тела отмечается на 3-4-й день после рождения, при благополучном течении беременности и родов, оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых новорожденных убыль не превышает 6%. При патологической потере массы тела **более 6%** отмечается жажда, беспокойство, раздражительный крик. При потере массы тела **более 10%** - сухость слизистых оболочек и кожных покровов, медленное расправление кожной складки, гипертермия, запах ацетона изо рта, олигоурия.

Профилактика патологической убыли массы тела основана на рациональной организации ухода за новорожденным:

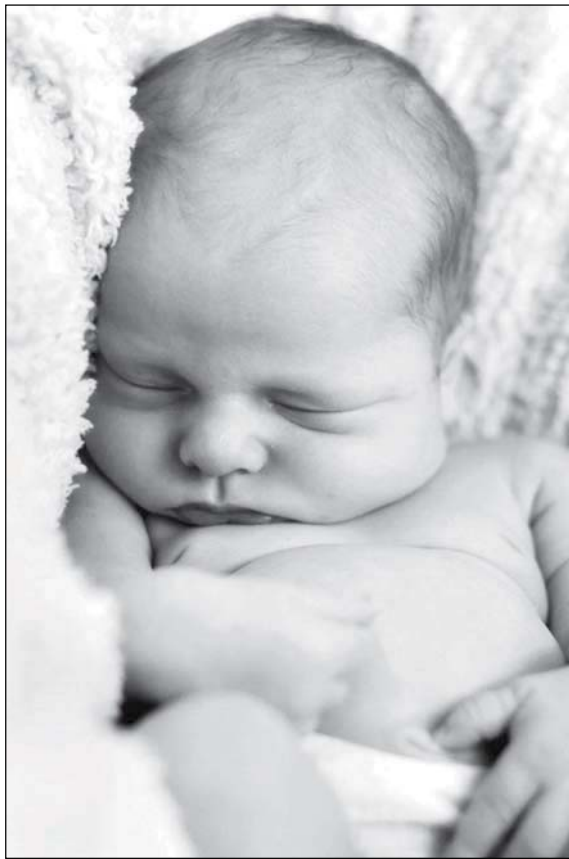
раннее прикладывание к груди, свободное вскармливание, совместное пребывание матери и ребенка, мероприятия, направленные на стимуляцию лактации у матери, оптимальный температурный режим. Восстановление массы тела после транзиторной потери наступает к 6-7 дню жизни у 60-70% новорожденных, к 10 дню - у 75-85%, ко второй неделе жизни - у всех здоровых новорожденных.

**Половой криз** появляется у 70% новорожденных, чаще у девочек, и выражается в виде: **вульвовагинита** (обильные слизистые выделения серовато-беловатого цвета из половой щели, проявляются у 60-70% девочек в первые три дня жизни, держатся 1-3 дня и затем постепенно исчезают); **кровотечения из влагалища** (возникают на 5-8-й день жизни у 5-10% девочек в объеме 0,5-2мл, лечение не требуется); **отека больших половых губ** (в течение 1-2 недели).

У мальчиков половой криз выражается в виде **водянки яичек**, которая держится 1-2 недели, исчезает без лечения ко второй неделе жизни.

**У мальчиков и у девочек также возможны:**

◆ **нагрубание молочных желез** - начинается на 3-4-й день, отмеча-



ется увеличение молочных желез, обычно симметричное, кожа над железой не изменена, к 7-8 дню жизни железы могут достигать диаметра 1,5-2 сантиметра. При пальпации железы можно видеть выделение секрета бело-молочного цвета, по составу приближающегося к молозиву матери. *Выдавливать содержимое не следует*, так как имеется риск инфицирования. Нагрубание молочных желез лечения не требует, но при больших степенях нагрубания молочной железы накладывают теплую стерильную повязку для предохранения от раздражения одеждой;

◆ **милиа** - беловато-желтоватые узелки, размером 1-2мм, локализируются на крыльях носа, области лба и подбородка. Это сальные железы с обильным секретом и закупоренными выводными протоками. Проходят без лечения через 1-2 недели.

Установлено, что причиной полового криза является гиперэстрогенный фон плода, который интенсивно снижается после рождения. У детей с выраженным половым кризом редко наблюдается транзиторная желтуха новорожденных, менее выражена убыль первоначальной массы тела, период новорожденности протекает более гладко.

**Мочекислый инфаркт** - отложения мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек. Развивается у **25-30%** новорожденных в течение первой недели жизни. Моча - желто-кирпичного цвета, мутная. Причина повышенного выделения мочевой кислоты с мочой - катаболическая направленность обмена веществ.

**Транзиторная желтуха кожных покровов** отмечается у **60-70%**. Увеличение уровня билирубина идет за счет непрямой фракции. Желтушность кожных покровов отмечается на 2-3-й день жизни, когда уровень непрямого билирубина достигает 60мкмоль/л. Патогенез транзиторной желтухи новорожденных вызывают следующие факторы:

◆ **укороченная продолжительность жизни эритроцитов** из-за преобладания эритроцитов с фетальным гемоглобином;

◆ **сниженный захват** непрямого билирубина гепатоцитами;

◆ **низкая способность** к глюкуронированию билирубина из-за

низкой активности ферментов печени;

◆ **сниженная способность** к экскреции билирубина из гепатоцита;

◆ **поступление непрямого билирубина** из кишечника в кровь.

**Основными отличиями патологических желтух от транзиторной желтухи новорожденных являются следующие:**

● появление желтухи в первые сутки, особенно первые 12 часов;

● продолжительность желтухи более 10 дней;

● повторные нарастания интенсивности желтухи после периода ее уменьшения или исчезновения;

● увеличение концентрации непрямого билирубина в сыворотке крови более 205мкмоль/л в любой день жизни.

Учитывая повреждающее действие билирубина на центральную нервную систему ребенка, новорожденные с признаками патологической желтухи требуют обследования, наблюдения и лечения в условиях стационара.

**Период адаптации родившегося ребенка к условиям внеутробной жизни носит название периода новорожденности, и его окончание определяется исчезновением пограничных состояний. В среднем его продолжительность составляет 28 суток.** ☺



Сегодняшний наш разговор мы посвятим хроническому панкреатиту. Тамара Григорьевна ЛЕСОВСКАЯ, врач-гастроэнтеролог высшей категории гастроэнтерологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница», поможет нам узнать, что это за диагноз, какие встречаются его формы, основные причины возникновения заболевания, на какие симптомы необходимо обратить внимание, и самое главное - принципы профилактики болезни.

# Хронический панкреатит

- **Тамара Григорьевна, давайте начнем с определения хронического панкреатита.**

- Классическое определение хронического панкреатита (ХП) таково: это прогрессирующий воспалительный процесс поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, приводящий к постепенному замещению паренхимы (функциональной ткани) органа соединительной тканью, изменениям в протоковой его системе с образованием кист, конкрементов (камней) и развитию недостаточности экзокринной и эндокринной функций железы.

Необходимо отметить, что в последние тридцать лет зафиксирован более чем двукратный рост заболеваемости хроническим и острым панкреатитами! Причем, в развитых странах ХП значительно «помолодел» - средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет; среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин. Заболеваемость ХП составляет 4-8 случаев на 100000 населения в год, а распространенность - 20-25 на 100000 населения. При этом риск развития рака поджелудочной железы при ХП в пять раз выше, чем в популяции.

- **Какие можно выделить основные причины ХП?**

- Принято выделять следующие этиологические

факторы, которые участвуют при классификации этого заболевания.

Среди множества причин ХП **алкоголизм** (употребление алкогольных напитков более 20г в сутки в пересчете на чистый этанол) является наиболее часто встречаемой среди мужского населения (у заболевших определяется **алкогольный ХП**).

Вторым по частоте фактором можно назвать **обструкцию главного панкреатического протока** (камни желчного пузыря и рецидивирующие камни холедоха, стеноз сфинктера Одди, травматическая стриктура, злокачественная стриктура, дуоденальная обструкция) - это **билиарный ХП**.

**Муковисцидоз** является частым фактором возникновения ХП у детей.

**Недостаточность альфа-трипсина и другие генетические факторы** (мутация гена трипсиногена)

вызывают **наследственную, или семейную форму ХП**.

Выделяют **метаболические факторы** (гиперкальциемия, гиперпаратиреоз, гипертриглицеридемия, гемохроматоз, сахарный диабет и др.).

**Аутоиммунные причины** возникновения ХП нередко сочетаются с другими аутоиммунными заболеваниями (первичным билиарным циррозом печени и язвенным колитом).

**Недостаточность питания**, для которого характерен дефицит не только белка, но также дефицит жиров, витаминов, селена, меди в питании, низкая калорийность пищи, является определяющим фактором для развития **тропического ХП**, который диагностируется как у взрослых, так и у детей, независимо от пола.

Встречается **лекарственный ХП**, вызванный

приемом азатиоприна, ГКС, эстрогенов, фуросемида, тетрациклина и других лекарственных препаратов.

**Инфекционный ХП** встречается при вирусном гепатите В, цитомегаловирусной инфекции и других вирусных инфекциях.

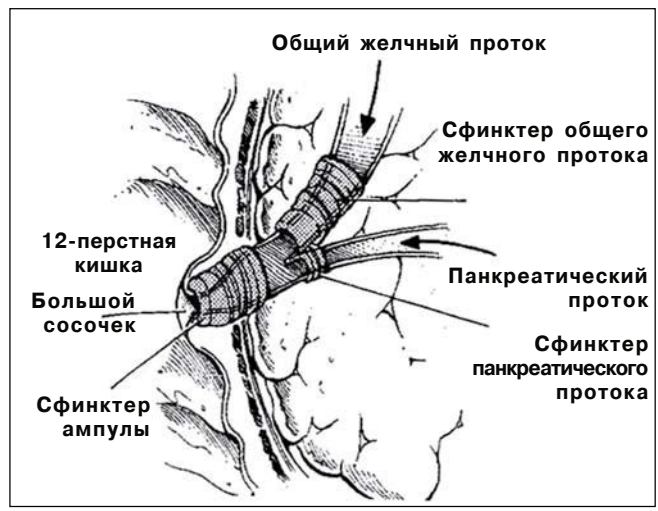
- **Каков механизм возникновения в организме болезни?**

- Одной из гипотез патогенеза ХП является **теория самопереваривания**, согласно которой протеолитические (пищеварительные) ферменты активируются не в просвете кишечника, а в поджелудочной железе. Активированные ферменты не только переваривают ткани железы и окружающих органов, но могут активировать и другие ферменты (эластазу и фосфолипазу). Все это определяет повреждение и разрушение клеток с развитием активного воспаления и фиброза (патологическое разрастание волокнистой ткани).

- **Какими симптомами проявляется ХП? На что нужно больному обратить особое внимание?**

- Клиническая картина ХП характеризуется болевым синдромом, признаками панкреатической экзокринной недостаточности и сахарного диабета. Рассмотрим их подробнее.

**Болевой синдром - наиболее яркое проявление болезни.** Боли при ХП обусловлены



◀ многофакторными воздействиями: воспалением, ишемией, обструкцией протоков поджелудочной железы с развитием гипертензии и другими. **Боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, - это важнейшее проявление хронического панкреатита.** При поражении тела поджелудочной железы боль локализуется в подложечной области, головки - в правом подреберье, хвоста - в левом подреберье, при поражении всех отделов железы возникает опоясывающая боль.

У более чем половины больных болевой синдром имеет высокую интенсивность. Чаше боли возникают через 1,5-2 часа **после употребления обильной, жирной или острой пищи.** Однако нередко боль появляется через 6-12 часов после подобной погрешности в еде. Иногда боль может наблюдаться через 48-72 часа после употребления больших доз алкоголя. В редких случаях боли возникают в ближайшие минуты, особенно после приема холодных шипучих напитков. Боли могут быть как кратковременными (несколько минут), так и более продолжительными (до 3-4 часов) или почти постоянными.

Для **диспептического синдрома**, который отмечается практически у всех больных, характерны упорная тошнота, снижение или отсутствие аппетита, рвота (особенно при выраженном обострении), не приносящая облегчения, отрыжка, редко изжога.

**Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы** обусловлен уменьшением массы функционирующей экзокринной паренхимы, фиброза либо нарушением оттока панкреатического секрета выводных протоков железы. Признаками панкреатической экзокринной недостаточности являются полифекалия (обильное выделение кала), стеаторея (жир в кале) и похудание. Эти клинические проявления нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы относятся уже к поздним симптомам ХП.

**Симптомы сахарного диабета** выявляются в среднем у 25% больных. Клиническое его течение имеет свои особенности. Симптомы диабета появляются обычно спустя несколько лет после начала болевых приступов, что говорит о вторич-



ном характере поражения инсулярного аппарата. Вторичный диабет течет легче «эссенциального» (первичного, спонтанного). Сахарный диабет у больных ХП отличается склонностью к развитию гипогликемического состояния.

**- Какие возможны осложнения при хроническом панкреатите?**

- В **15-20%** случаев отмечается **холестаза** - подпеченочная желтуха (но наблюдается и безжелтушный холестаза) из-за полной или частичной обтурации общего желчного протока и других желчных путей.

В **12-15%** случаев встречаются **инфекционные осложнения**: воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, перитониты, септические состояния.

**Хронические псевдокисты** в поджелудочной железе обнаруживаются в **10-20%** случаев.

Возможны (в **3-5%**) **кровотечения** (эрозивный эзофагит, синдром Маллори-Вейса, гастродуоденальные язвы). С такой же частотой диагностируется **тромбоз портальной и селезеночной вен.**

Редкими, но чрезвычайно тяжелыми осложнениями могут быть: **панкреатический плевральный выпот (3-4%), обструкция двенадцатиперстной кишки (2-4%), гипогликемические кризы (2-3%), рак поджелудочной железы (1,5-2%), панкреатический асцит (1-2%), абдоминальный ишемический синдром (1-2%).**

**- На какие исследования опирается врач-гастроэнтеролог, диагностируя ХП?**

- Диагноз ХП врач ставит на основании характерного болевого синдрома, данных физикальных, лабора-

торных и инструментальных методов исследования.

У большинства больных результаты **общего анализа крови** в период обострения ХП оказываются неизменными. Примерно у четверти пациентов - увеличивается СОЭ и количество лейкоцитов.

Функцию поджелудочной железы позволяют оценить **бентиромид-тест** (определение концентрации р-аминобензойной кислоты в моче), **исследования содержания эластазы и химотропсина в кале; амилазы, эластазы, трипсинагена - в сыворотке крови; диастазы - в моче.**

**Тесты панкреатической секреции с аспирацией дуоденального содержимого** обнаруживают снижение концентрации бикарбонатов и ферментов при нормальном объеме аспирата.

Инструментальные методы исследования приобрели первостепенное значение, особенно за счет методов визуализации железы, ее протоков и - отчасти - двенадцатиперстной кишки. К этим методам относятся: **ультразвуковые исследования (УЗИ), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)**, позволяющие выявить нарушения формы или структуры органа, псевдокисты, опухоли, расширение протоков.

**Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)** помогает избежать помех, создаваемых газом и жировой тканью.

Сочетание эндоскопии и УЗИ эффективны для выявления изменений (например, мелких камней диаметром 3мм и меньше) в терминальной части общего желчного протока и вируснога протока.

**ЭРПХГ - комбинированное рентгеноэндоскопическое исследование** - считается «золотым стандартом», поскольку ее чувствительность составляет 90%, а специфичность - 100%. ЭРПХГ обнаруживает изменения главного панкреатического протока и его ветвей.

К прямым исследованиям поджелудочной железы примыкают **эндоскопические исследования двенадцатиперстной кишки, желудка и пищевода (ЭГДС).**

Сохраняет свое значение и **обзорная рентгенография органов брюшной полости** для выявления кальцинатов поджелудочной железы. По показаниям для диагностики



ХП используют **целиакографию** (для контрастирования сосудов поджелудочной железы), **ультразвуковую доплерографию воротной и селезеночной вен** (при подозрении портальной гипертензии), **брюшного отдела аорты и чревного ствола** (при подозрении абдоминального ишемического синдрома у больных ХП).

**- На чем основывается лечение ХП?**

**- В основу терапии ХП положены три принципа:**

◆ **соблюдение диеты**, не усиливающей секреторную функцию поджелудочной железы, а также полный отказ от алкоголя;

◆ **коррекция экзокринной и эндокринной недостаточности** поджелудочной железы;

◆ **купирование болевого и диспептического синдромов** и предупреждение осложнений.

**Терапия ХП в фазе обострения, которую обозначает только врач, базируется на следующих принципах:**

◆ **уменьшение до минимума функциональной активности поджелудочной железы.** Это в первую очередь - голодание 1-3 дня, далее - употребление слизистых супов, жидких каш, домашнего творога, мясных тефтелей или фрикаделек (нежирных), подсушенного белого хлеба или белых сухариков. Питание - 5-6-разовое, небольшими порциями. В период обострения употребление жира уменьшить до 70-80г/сутки, и даже до 50г/сутки, белка - до 100-110г/сутки;



лудка с помощью постоянного отсоса (при дуоденостазе);

◆ **введение** антисекреторных средств, при желудочной диспепсии - прокинетики;

◆ **парентеральное питание;**

◆ **коррекция водно-электролитного баланса;**

◆ **борьба с отеком** поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки;

◆ **купирование болей;**

◆ **предупреждение** инфекционных осложнений или борьба с ними;

◆ **устранение** эндокринной недостаточности.

Пациенты с доказанными грубыми анатомическими изменениями главного панкреатического протока, зоны ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки и чревного сплетения (с кистами поджелудочной железы, псевдокистами, камнями, абсцессом, опухолью) нуждаются в **хирургическом лечении.**

Поддерживающая терапия после стихания выраженного обострения ХП особенно важна на протяжении первых 6-12 месяцев и должна быть направлена на предупреждение ранних рецидивов болезни. Необходима коррекция условий жизни, работы, стола больного. **Препараты поддерживающей терапии назначает исключительно ваш лечащий врач!**

**- Что можно включить в понятие вторичной профилактики ХП?**

- Меры вторичной профилактики играют важную роль в борьбе с рецидивами ХП и его прогрессированием. Вторичная профилактика фактически начинается с **установления этиологической характеристики болезни.**

**Билиарно-зависимый панкреатит требует санации билиарной системы** - это строгое соблюдение диеты, литолитическая терапия - урсосан и т.п., хирургическая санация - холецистэктомия, папиллосфинктеротомия.

При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является **алкогольная абстиненция** (полный отказ больного от алкоголя).

**Отмечу, что благоприятного течения ХП удается достичь лишь тогда, когда точно соблюдаются меры вторичной профилактики.** ☺



*На заметку*

## Камушки за пазуху

**Неправильный прием витаминов может вызвать процесс камнеобразования в почках. Каждый человек носит в себе около 500 видов микроорганизмов - как полезных, так и вредных.**

Когда вредные микробы в мочеполовой системе начинают размножаться, против них сражаются соли, содержащиеся в моче. Они нейтрализуют микробы, превращая их в кристаллы. А затем те просто выводятся из организма с мочой.

Поливитамины - те же соли, они тоже атакуют микробы, но не только их, а и воспаленные и поврежденные клетки нашего организма. Но их «вывести» не удается - так в почке образуется центр кристаллизации, из которого и растет камень.

Ученые разработали свою схему: 5-7 дней принимать комплекс поливитаминов, затем 2-3 дня пить больше чистой воды (до 2л) в дополнение к обычной суточной норме жидкости и одновременно - отвары мочегонных трав. Затем 5-7 дней отдыха: ни витаминов, ни лишней жидкости. Такой цикл, по мнению специалистов, можно повторять 3-4 раза подряд, тогда камнеобразования не будет. Но необходимо согласование с вашим лечащим врачом!

## С ними - поосторожней!

**О синтетических витаминах в современной медицине есть два мнения.**

Первое: они необходимы, поскольку получить достаточно натуральных витаминов из еды современный человек не может, для этого надо съедать 5-6кг пищи в день, как наши древние предки. Второе: они опасны, а возможно, даже вредны, поскольку отличаются от природных своей пространственной структурой.

Однако убедительные свидетельства вреда от витаминов получены лишь на примере тех, кто увлекается ими чрезмерно, повышая суточную потребность. Зато убедительные доказательства их пользы получены неоспоримо - на тысячах примеров лечения гипо- и авитоминоза.





# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## Роль главной медицинской сестры в формировании этического воспитания сестринского персонала

**ЛЮБОВЬ МИХАЙЛОВНА МИМЕР,**  
главная медицинская сестра, МУЗ «Городская больница №11»,  
Отличник здравоохранения, высшая квалификационная категория, Барнаул,  
вице-президент Алтайской региональной общественной организации  
«Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»



*Личность характеризуется не только тем, что делает, но и тем, как она это делает. Ничто не стоит так дешево и не ценится так дорого, как вежливость.*

**Жан Жак Руссо**

**Этика - это наука о морали и нравственности, о формах общественного сознания, совокупности правил и норм поведения человека, понимания им добра и зла, чувства долга перед обществом и отдельным человеком.**

Характерной чертой медицинской этики является ее **гуманная сущность** - стремление облегчить страдания человека, помочь больному независимо от обстоятельств. **В нашей профессии допустим только этический максимум.**

Медицинский работник должен быть не только профессионалом, но и хорошим человеком, потому что лечим, прежде всего, вниманием, душой, сопереживанием. **Создание бла-**

**гоприятного микроклимата в ЛПУ** для работников и пациентов, чтобы они чувствовали себя уютно, комфортно, **зависит от руководителя.** Чтобы требовать качественную работу, необходимо создать условия, отвечающие потребностям, - только тогда можно рассчитывать, что они будут работать с максимальной отдачей. **Профессионализм в медицине подразумевает не только блестящее рукодействие, но и высокую моральную ответственность за свои слова и действия.** Любое деяние (действие или бездействие) медицинского работника имеет этическую сторону. Требования, предъявляемые к нам, закреплены в нормативных документах (законы, кодексы, распоряжения, приказы и др.).

В воспитании культуры в коллективе, естественно, большая роль отводится руководителям. В настоящее время руководство является одним из важнейших вопросов сестрин-

ского дела. **Специалисты, работающие в этих областях здравоохранения, осознают необходимость подготовки хороших руководящих кадров.** Такие кадры нужны не только для того, чтобы обеспечить максимально эффективный вклад сестринского дела в здравоохранение, но так же, чтобы окружающие по достоинству смогли оценить значимость деятельности средних медицинских работников в этой системе. Сейчас происходят значительные изменения в структуре лечебных учреждений, в технологиях, в организации лечебно-диагностического процесса, финансово-экономических вопросах, в кадровых вопросах. В связи с этими переменами **коренным образом изменилась роль и значимость руководителя сестринских служб.** С появлением Программы концепции развития сестринского дела в России, предоставлением медицинским сестрам возможности полу-

чать высшее сестринское образование, с организацией проведения аттестаций на подтверждение звания специалиста сестринского звена повысились требования к функциональной деятельности медицинских сестер - руководителей. **Ключевую роль в организации лечения пациентов в медицинских учреждениях играют сестры-организаторы** (главные и старшие медицинские сестры). **Дружелюбие и гуманность в работе главной медицинской сестры не менее важны, чем твердость руководства.** Под воздействием главной и старшей медицинской сестры формируется работоспособный коллектив медицинских сестер.

**Как лидер, главная медсестра определяет стратегию сестринской деятельности, вырабатывает концепцию** ►

## ▶ развития сестринской помощи в ЛПУ.

Как руководитель, она планирует и контролирует сестринскую деятельность, опирается на реальные перспективы в работе.

Как администратор, решает текущие вопросы по сестринскому делу, концентрирует внимание на проблемах сегодняшнего дня, обеспечивает эффективное выполнение работы.

В настоящее время, учитывая перемены, происходящие в здравоохранении и обществе, сестре-руководителю приходится быть и педагогом-воспитателем. Под ее руководством находится не только разная возрастная категория медицинского персонала, но и люди с разным воспитанием, разной культурой и разными взглядами на жизнь, разной профессиональной подготовкой и разным отношением к своей деятельности.

Поэтому зачастую главной медицинской сестре приходится воспитывать своих подчиненных с морально-нравственных позиций, с этических и эстетических, помогать им в решении вопросов, связанных с оказанием и организацией сестринской помощи на местах, получать дополнительную медицинскую информацию по интересующим вопросам. **Очень важно, чтобы сестра-организатор обладала педагогическими способностями, культурой общения, высоким творческим потенциалом.** Она должна уметь и желать заниматься развитием не только своих подчиненных, но и своим собственным.

Современная концепция развития здравоохранения предусматривает создание, развитие и совершенствование системы стандартизации и оказания медицинской помощи населению. **Стандарт сестринской деятельности - это перечень научно-обоснованных мероприятий, обеспечивающих качественный уход за пациентом при наличии у него определенной проблемы.**

Одним из очень важных вопросов является этика и деонтология. Этический кодекс медицинской сестры России был разработан Ассоциацией медицинских сестер России и принят Всероссийской конференцией в 1999 году. Изучение «**Этического кодекса медсестер России**» сестринским персоналом является основополагающей частью профессионализма и дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры. Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются **гуманность и милосердие.**

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: **комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий.**

Конкретный смысл норм этического кодекса: «*Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой ей позволяет существующий уровень медицинских знаний*». Следование этому этическому идеалу сопряжено с постоянными стрессами, с огромными эмоциональными затратами самой медсестры. Не случайно в отделениях интенсивной терапии паллиативной медицинской помощи, в хосписах и т.д. у медперсонала нередко возникает «синдром выгорания».

Общество требует от представителей сестринской профессии огромных затрат, поэтому **медсестрам просто необходимо наращивать свой профессиональный потенциал, повышать образование, квалификацию.** Укреплять престиж и статус профессии, солидарность сестринского сообщества.

**Принципы деонтологии можно разделить на внешние и внутренние.** К внешним относятся: опрятность, аккуратность, спо-

койный, вежливый тон, сдержанная манера и мимика. К внутренним:

- ♦ высокая ответственность за жизнь и здоровье человека;

- ♦ честность, принципиальность, доброта и человечность;

- ♦ благожелательное, сочувственное и сострадательное отношение к больному.

При обращении за медицинской помощью и ее получении **пациент имеет право на гуманное отношение со стороны медицинского работника,** но часто встречает взгляд безразличный, пренебрежение к жалобам, неряшливый вид медицинского работника, или наоборот, экстравагантность в одежде и макияже. Очень часто можно услышать панибратское отношение на «ты». Нам, руководителям среднего звена, постоянно приходится работать над этими вопросами со своими коллегами.

**Очень важным этическим аспектом являются взаимоотношения в коллективе.** Не нужно забывать, что в то время, как мы изучаем больного, он изучает нас. Огромное значение в успехе лечения имеют личность врача и медицинских сестер, их отношение к пациенту, совершенствование лечебно-охранительного режима в стационарах и поликлиниках. Пациент постоянно требует внимания к себе, ему хочется получить от медицинской сестры дополнительные сведения, разъяснения, а то и просто поговорить, чтобы немного успокоить, умение побыть с пациентом. «Это же очень по-человечески - просто посидеть с кем-то, поговорить по-настоящему».

П.Беннер выделяет такую профессиональную функцию медсестры, как «*умение прикосновением успокоить пациента, наладить с ним связь*». Прикосновения могут не только сообщить о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента.

**Заботу о пациентах нельзя проконтролиро-**

**вать, к ней невозможно принудить.** Забота проистекает из личных и культурных представлений и пристрастий. **Современная медицинская сестра является не просто исполнителем назначений врача, но и в определенном смысле психотерапевтом и педагогом,** она должна сообщить пациенту о той или иной процедуре, ее особенностях и последствиях, информацию о лекарственных средствах и порядке их приема и т.д. Душевный комфорт при лечении необычайно важен.

Психологический климат в коллективе, взаимозаменяемость персонала - составные элементы успеха в работе медиков.

**Работа главной медицинской сестры складывается не только из постановки задач, распределения обязанностей, но и постоянного контроля за работой подчиненных.** Наряду с этим часто возникают ситуации с неожиданными и не всегда приятными событиями. Часто нам приходится отвечать на претензии и жалобы, касающиеся работы коллег. Иногда возникают конфликтные ситуации с родственниками больных, и главной медицинской сестре приходится вмешиваться в ситуацию, выявлять скрытые мотивы конфликта и прояснять ситуацию. Самое главное на этом этапе - **набраться терпения и слушать собеседника внимательно, не перебивая.** Очень важно получить исчерпывающую информацию для поиска выхода из сложившейся ситуации, чтобы не принимать скоропалительных и необоснованных решений. Здесь необходимо задать вопросы, позволяющие собеседнику раскрыться и передать максимум необходимых подробностей. В этот момент надо подойти к объективной оценке и поиску решений. Чтобы решение проблемы стало не формальной отговоркой, а было реальным и жизнеспособным, **в его выработке должны участвовать все заинтересованные стороны.** ☺

Продолжение следует



# Учитесь ОТДЫХАТЬ

**АМАВИКТОРОВА ГОВРИЛЕНКО,**  
инструктор лечебной физкультуры физиотерапевтического отделения,  
высшая квалификационная категория, член ПАСМР с 2005 года,  
ГУЗ «Краевая клиническая больница»

Здоровье - бесценное достояние каждого. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Научные данные свидетельствуют о том, что у большинства людей при соблюдении ими гигиенических правил есть возможность жить до 100 лет и более.

Но одни люди становятся жертвами гиподинамии, вызывающей преждевременное старение, другие излишествуют в еде, что ведет к ожирению, склерозу сосудов, сахарному диабету, третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от забот, что приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Некоторые люди поддаются пагубным привычкам.

**Занятия физической культурой снимают утомление нервной системы и всего организма, повышают работоспособность.** Недостаточный отдых ведет к развитию утомления, а длительное его отсутствие - к переутомлению, что снижает защитные силы организма, способствует возникновению различных заболеваний. Поэтому необходимо придерживаться рационального режима труда и отдыха.

Переключение деятельности в процессе работы с одних мышечных групп и нервных центров на другие ускоряет восстановление утомленной группы мышц. Переключение с одного вида работы на другую, чередование умственной деятельности с легким физическим трудом устраняет чувство усталости и является своеобразной формой отдыха.

**Пассивный отдых** (состояние полного покоя и щажения) целесообразно чередовать с активным отдыхом.

**Ежедневный отдых** - это короткие перерывы в течение рабочего дня для вы-

полнения производственной гимнастики.

**Производственная гимнастика - это комплексы несложных физических упражнений, ежедневно включаемых в режим рабочего дня с целью улучшения функционального состояния организма, поддержания высокого уровня трудоспособности и сохранения здоровья.**

Существует множество профессий, где очень велика нагрузка на нервно-психическую сферу. При длительном пребывании в положении сидя и малой двигательной активности снижается интенсивность обмена веществ, кровообращения, появляется застой крови в органах малого таза, в ногах, слабеет мускулатура, ухудшается осанка. Такие люди чаще страдают головной болью, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нарушениями обмена веществ и др.

В профессиях, связанных с тяжелой физической нагрузкой, гимнастика устраняет неблагоприятное влияние нагрузки на одни и те же группы мышц, вовлекает в работу ранее бездействовавшие группы мышц или изменяет характер деятельности работающих мышц.

Упражнения для комплексов производственной гимнастики, время и методику их проведения выбирают с учетом особенностей труда, физического развития и физической подготовленности работающих, изменений функ-

ционального состояния организма в течение рабочего дня, санитарно-гигиенических условий труда.

**Существуют типовые комплексы,** разработанные применительно к четырем видам работ, различающихся по величине и объему мышечных усилий, а также нервно-психического напряжения.

Различают **вводную гимнастику**, проводимую до начала работы, и **физкультминутки**, которые выполняются во время перерывов в течение рабочего дня.

**Физические упражнения вводной гимнастики обеспечивают ускоренное вхождение в трудовую деятельность,** способствуют высокой и устойчивой работоспособности, предотвращая раннее наступление утомления. Она проводится обычно за 10 минут до начала работы длительностью 5-7 минут. Подбирается комплекс специальных физических упражнений с учетом характера производственных движений, ритма и других особенностей работы.

**Физкультминутка - это форма активного отдыха в процессе рабочего дня,** которая предупреждает утомление и поддерживает высокую работоспособность. Она включает всего лишь несколько упражнений комплекса, продолжительность ее до 5-7 минут. Для профессий, где необходимы быстрые и точные реакции, большое напряжение внимания, физкультурные паузы можно проводить 1-3 раза в



день обычным групповым методом. Для работников умственного труда, а также занятых легким и средней тяжести физическим трудом, в том числе и для тех, чья работа требует большую часть дня пребывать на ногах, рекомендуются индивидуальные физкультурные паузы (2-3 минуты) во время коротких перерывов в работе.

Физические упражнения желательно периодически разнообразить, заменяя (1 раз в 2 недели) новыми. Занятия гимнастикой проводят непосредственно у рабочих мест. Помещение должно быть проветрено. Обеденный перерыв для занятий использовать не рекомендуется. Запрещается производить занятия в помещениях при температуре воздуха выше 25°C и влажности выше 70%.

**Примерный комплекс упражнений производственной гимнастики для работников умственного труда.**

Потягивание, руки подняты над головой, кисти сцеплены «в замок» - вдох, руки опускают - выдох. Ногу отставляют в сторону на носок, руки за голову - вдох, опускают руки и приставляют ногу, - выдох. Руки вытянуты вперед, кисти расслаблены и опущены вниз. Приседая, руки вниз - выдох, выпрямляясь, руки назад, поднимаются на носки - вдох. Прыжки на месте на носках, руки на поясе. Руки в стороны, повороты туловища и головы попеременно вправо и влево. Поднимают руки вверх, прогибаются назад - вдох, затем



наклоняются вперед, держа руки на поясе, - выдох. Ноги расставлены на ширину плеч, руки перед грудью. Попеременно отводя то правую, то левую руку в сторону, делают вдох, опуская руки, - выдох.

Каждое упражнение повторяют 6-12 раз. Перед началом и в конце занятий - спокойная ходьба, после 4-5 упражнений для людей, более физически подготовленных, - ускоренная ходьба или бег - 1-3 минуты.

#### **Примерный комплекс упражнений производственной гимнастики для работающих сидя.**

Сидя на стуле и опираясь на него руками, встают на носки, потягиваясь, руки поднимают в стороны и вверх - вдох, возвращаются в исходное положение - выдох. Повторяют 3-4 раза.

Стоя возле стула, руки кладут на его спинку, отставляя одну ногу назад, разводят руки в стороны - вдох, возвращаются в исходное положение - выдох. Повторяют 3-4 раза с каждой ногой.

Стоя возле стула, руки кладут на спинку стула, отставляя правую ногу в сторону, левую руку поднимают над головой - выдох, возвращаются в исходное положение - вдох. Повторяют 5-6 раз для каждой ноги.

Стоя спиной к стулу, руки опускают вдоль тела, ноги вместе, поднимают руки вверх - вдох, сгибаясь, опускают руки вниз и назад и дотрагиваются ими до стула - выдох. Повторяют 3-4 раза.

Стоя перед стулом, руки опускают вдоль тела, приседают, держась вытянутыми руками за спинку стула, повторяют 4-5 раз, приседая - выдох, выпрямляясь - вдох.

Стоя перед стулом с опущенными вдоль тела руками, поднимают обе вытянутые руки и, поворачиваясь туловищем попеременно вправо и влево, дотрагиваются до спинки стула, при повороте - выдох, при возвращении в исходное положение - вдох. Повторяют 5-6 раз.

Сидя на стуле и опираясь руками на него, вытянутые вперед ноги попеременно приподнимают и опускают, повторяют 6-8 раз, дыхание произвольное.

Сидя на стуле и опираясь на него руками, ноги вытягивают, поднимают руки в стороны и вверх - вдох, возвращаются в исходное положение - выдох. Повторяют 3-4 раза.

Стоя боком к стулу, левую руку кладут на спинку стула, отводят правую ногу в сторону, правую руку поднимают вперед - вдох, возвращаясь в исходное положение, - выдох. То же для левой руки и ноги, повторяют 5-6 раз в каждую сторону.

Стоя боком к стулу, левую руку кладут на спинку стула, правую руку поднимают вверх и кладут на затылок - вдох, возвращаясь в исходное положение, - выдох, то же для левой руки. Повторяют для каждой стороны 3-4 раза.

#### **Примерный комплекс упражнений производственной гимнастики для работающих стоя (исходное положение - сидя на скамейке).**

Скользя пятками по полу, вытягивают ноги вперед, правую руку заводят за голову, левую в сторону - вдох, расслабленно опускают руки вниз - выдох, то же в другую сторону. Повторяют 6-8 раз.

Ноги вытягивают вперед, руки перед грудью, туловище поворачивают вправо, руки разводят в стороны, возвращаются в исходное положение, то же в левую сторону. Повторяют 8-10 раз, дыхание произвольное.

Скользя по полу пятками, вытягивают ноги вперед, поднимают руки вверх и прогибаются. Затем наклоняются вперед, касаясь руками пола перед собой, выпрямляясь, руки поднимают вверх, ноги соединяют и возвращаются в исходное положение, повторяют 6-8 раз, дыхание произвольное.

Стоя лицом к столу, берутся за него руками, левую ногу отводят назад, затем приседают на носках, выпрямляются, то же с другой ноги, повторяют 8-10 раз дыхание произвольное.

Ноги вытягивают вперед, руки на поясе. Поочередно оттягивают и поднимают носки, слегка сгибая ноги в коленях, затем разворачивают ноги вправо, носками касаясь пола. То же в другую сторону. Повторяют 10-12 раз, дыхание произвольное.

Сидя на стуле, руки вытягивают вдоль тела, затем, прогибаясь назад, поднимают руки вверх, ноги также несколько приподнимают, носками касаясь пола. Наклоняясь вперед, делают хлопок руками под вытянутой ногой, воз-

вращаются в исходное положение. То же с другой ноги. Повторяют 6-8 раз, дыхание произвольное.

Сидя на стуле, руки прикладывают к плечам, левую ногу вытягивают вперед, возвращаются в исходное положение и руки отводят в стороны, затем расслабленно опускают их вниз, повторяют 5-6 раз, дыхание произвольное.

**Утомление** (физиологическое состояние организма, возникающее в результате чрезмерной деятельности и проявляющееся в снижении работоспособности) **может возникнуть при любом виде деятельности.** Умственное утомление характеризуется снижением продуктивности интеллектуального труда, нарушением внимания, замедлением мышления и др. **Физическое утомление** проявляется нарушением функции мышц: снижением силы, скорости, точности, согласованности и ритмичности движений.

**Быстрота утомления зависит от специфики труда:** значительно скорее оно наступает при выполнении работы, сопровождающейся однообразной позой, напряжением мышц. Важную роль играет также отношение человека к выполняемой работе. Обычно, когда необходимо продолжать интенсивную работу при наступившем утомлении, человек расходует дополнительные силы и энергию - изменяются показатели отдельных функций организма. При этом продуктивность работы снижается, а признаки утомления усиливаются.

**Недостаточный по времени отдых или же чрезмерная рабочая нагрузка в течение длительного времени нередко приводят к хроническому утомлению, или переутомлению.** У молодых людей и лиц с определенным складом нервной системы интенсивный умственный труд может вести к развитию невротозов, которые возникают чаще при сочетании умственного переутомления с постоянным психическим напряжением, большим чувством ответственности, физическим изнурением и т.п. Психическое переутомление наблюдается у лиц, чрезмерно обремененных «душевными» волнениями и разного рода обязанностями.

Очень популярным видом активного отдыха являются **различные спортивные игры.** Включая разнообраз-

ные формы двигательной деятельности, они развивают глазомер, точность и быстроту движений, мышечную силу, способствуют развитию сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем, улучшению обмена веществ, укреплению опорно-двигательного аппарата. Спортивные игры способствуют выработке у спортсменов быстрой ориентировки, находчивости и решительности. Необходимость соблюдения определенных правил в спортивных играх и игра в команде помогают воспитывать у игроков дисциплинированность, умение действовать в коллективе. Чем разнообразнее и сложнее приемы игры, чем больше в ней движений, тем сильнее она воздействует на организм и ценнее как средство активного отдыха.

**Ежегодный отдых обеспечивает в период отпуска.** Для более эффективного отдыха рекомендуется полностью уйти от обычных занятий, изменить обстановку. Очень полезно пребывание на природе, сочетание отдыха с закаливанием организма, воздушными и солнечными ваннами, туристическими походами, занятиями физкультурой и спортом.

**Наиболее эффективным длительным активным отдыхом является спортивный туризм.** Различают туризм пешеходный, велосипедный, автомобильный, лыжный, водный и комбинированный. В зависимости от этого интенсивность физической работы при туристических путешествиях варьируется чрезвычайно сильно. Путешествия пешком, на лодках, плоту, велосипеде и др. способствуют лучшему кровоснабжению органов и мышц, в том числе и сердечной мышцы, укреплению костей, суставов, связок, активизируется обмен веществ, улучшается деятельность органов дыхания, дыхание становится более полным и глубоким, увеличивается жизненная емкость легких. Во время туристических походов повышается настроение, возникает прилив бодрости и сил. Все это оказывает положительное воздействие на состояние нервной системы. Кроме того, длительное пребывание на свежем воздухе, особенно при походах с ночлегом под открытым небом и в палатках, способствует закаливанию организма. ☺



# Человек с таблеткой в кармане



**Большинству людей кажется, что таблетки - это снайперская пуля, без промаха поражающая мишень. На самом деле она больше похожа на осколочный снаряд, бьющий по площади...**

**Е.М. Тареев**

Пациенты судят о врачах не столько по тому, как ставит диагноз, сколько по результатам лечения. Когда больной или его близкие интересуются диагнозом, их по существу волнует другой вопрос: можно ли с болезнью справиться? Хорошо известно древнеримское изречение: «кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит». Проблема эта, однако, сложнее, чем кажется на первый взгляд. Действительно, установление диагноза является обязательной предпосылкой для соответствующего лечения.

**Существуют принятые методы или критерии лечения определенных заболеваний.** Однако надо сделать оговорку. В медицине постоянно рождаются новые идеи, естественно, врач обязан идти в ногу со временем и быть на высоте требований, которые предъявляют современная наука и современный пациент.

**Что же такое «современный пациент»?** У него свои особенности: он отличается возросшим уровнем образования и широким доступом к информации. Это служит одной из причин для роста самолеечения.

**Самолечение** получило большое распространение в настоящее время, когда бесплатность советского здравоохранения уступила место ограничению доступности и снижению качества медицинской помощи.

Следует отметить, что наш современник лечит себя не только тогда, когда болен, но и тогда, когда он еще здоров.

Ему не хочется испытывать нездоровье. Там, где в былые времена при усталости отдыхали, при неприятностях верили в целительное воздействие времени, современный человек принимает успокоительные, ищет женьшень «для тонуса», элениум или афобазол для успокоения и т.д.

Возникает вопрос: **нужно ли по каждому поводу (головная боль, кратковременный запор и т.п.) обращаться к врачу?** Но, в то же время, где гарантия того, что, например, появившаяся боль в животе не является начальным признаком серьезного заболевания? **Где здесь границы**

**разумного? Наконец, что следует понимать под самолечением?**

Под последним понимают самостоятельное использование лечебных методов и средств без рекомендаций и контроля со стороны врача или квалифицированного медицинского работника.

Итак, надо ли непременно во всех случаях обращаться к врачу? **Конечно, нет.** Появился насморк - применить «погонное» лечение, сделать горячую ножную ванну можно и без врача. Человек обжег палец - появилась краснота, пузырей нет. Это степень ожога, которую называют первой. Знать, что в таких случаях лучше всего действует смазывание кожи одеколоном, спиртом или водкой, должен каждый. Необходимо при этом понимать, чего делать нельзя. Если у человека сильные длительные боли в животе, то подобные признаки могут свидетельствовать о катастрофе в брюшной полости. И тогда болеутоляющие и слабительные средства принимать нельзя. Если человека мучает бессонница, она стала постоянной, появилась раздражительность, утомляемость - надо обязательно обратиться за помощью. Если из-за переутомления в течение двух-трех дней нет аппетита, заболела голова, то посещение врача не обязательно. Но если то же отвращение к пище длится неделю или голова болит ежедневно, посетить врача необходимо.

Иначе говоря, **нужен здравый смысл.**

**Каков же диапазон самолеечения в домашних условиях?**

Прежде всего следует исходить из принципа - **не вредить своему здоровью.**

Выдающийся врач и химик эпохи Возрождения Парацельс говорил: *«Все есть яд и все есть лекарство. Одна только доза делает вещество ядом или лекарством».* В отношении к медикаментам у населения встречаются крайности. Одни считают, что «все есть яд», поэтому лучше обходиться без лекарств. Другие охотно принимают последнее, особенно если кто-то испытал его «чудодейственную силу» на самом себе или если новое, хорошо разрекламированное.

**Крайности всегда плохи.** Некоторые больные с целью достижения быстрее эффекта лечения увеличивают дозировку лекарств или заменяют их другими, которые им кажутся сходными. В этих случаях возможны серьезные осложнения. Некоторые лекарства по своим химическим свойствам несовместимы, в других случаях лекарства нейтрализуют друг друга, ослабляют или усиливают лечебный эффект одного из них.

Согласно литературным данным, **человек старше 60 лет потребляет лекарств примерно в пять раз больше, чем в 30 лет.** Между тем, **стареющий организм имеет свои особенности:** снижается функция печени, поджелудочной железы, почек; процессы всасывания, выделения лекарств идут медленней. У человека старше 60 лет, как правило, имеется не менее трех заболеваний. Попытка воздействовать на одно из них может вызвать ухудшение лечения других заболеваний.

**Вредным может оказаться и бесконтрольное применение физических методов лечения, бесконтрольное применение бега, гимнастики, средств похудения.** В основе перехода острых заболеваний в хроническую форму часто лежит самолечение. Практически нет препаратов, которые не давали бы вторичных, побочных эффектов. Вспомним избитую фразу «одно лечим, другое калечим».

Заманчиво достичь полноценного долголетия посредством таблетки, проглотив ее, а для верности лучше две - и больше не думать о здоровье, пить все подряд. Но тех, кто уповает на подобные чудо-средства, ждет запоздалое разочарование: «таблеток молодости нет, не было и никогда не будет».

В каждом из нас живет немного ребенок. Мы ждем чуда, ждем лекарств, избавляющих от болезней сразу, надеемся, что морщины и недуги старости нас не коснутся. Понять это можно. Выполнить трудно. В нашей стране появляются в изобилии десятки различных лекарств. И в этом нет ничего плохого. Но, как сказал кто-то из мудрых, «испытание на сытость» труднее «испытание на бедность». И мы, врачи, и наши пациенты его не выдерживаем, сводя предупреждение болезней и их лечение к различным медикаментозным пастыням.

**Что же делать? Об этом - в следующей статье «Здоровье и здравый смысл».** ☺

**И.А. Егорова, заслуженный врач России**





# АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты Алтайского краевого пульмонологического центра, пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»:

**Татьяна Александровна КОРНИЛОВА**, главный пульмонолог г.Барнаула, заведующая пульмонологическим отделением №2, врач высшей категории;  
**Инна Ивановна БЕЛЯКОВА**, врач-пульмонолог;  
**Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог

**Занятие 20**

## О НОВОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. SMART-терапия

Каждый из нас стремится не болеть, жить полноценной жизнью. Того же самого хочет каждый пациент с бронхиальной астмой. И хотя астма - хроническое заболевание, эти цели вполне достижимы в результате лечения.

Эти цели закреплены в международных рекомендациях, где говорится, что **главной задачей лечения астмы является достижение контроля болезни с помощью подобранной медикаментозной терапии**. Контролируемая астма означает, что у вас отсутствуют симптомы болезни и потребность в препаратах неотложной помощи (или они минимально выражены), нет ограничений в повседневной деятельности и крайне редки обострения.

Если у вас течение астмы тяжелое, то достигнуть и поддерживать контроль болезни достаточно сложно, даже если лечение выбрано правильно и вы следуете всем указаниям врача. Это связано с нестабильностью течения астмы: **вы реагируете обострениями и «неблагоприятными днями» на вирусные инфекции, контакты с аллергенами и сигаретным дымом, эмоциональные и физические нагрузки.**

Чтобы снизить риск приступов удушья, предупредить обострения заболевания, **разработан новый способ для достижения контролируемого течения заболевания: SMART-терапия - лечение единым ингалятором (Симбикортом).**

*Симбикорт содержит в себе два лекарства - противовоспалительное (будесонид) и длительнодействующее бронхорасширяющее (формотерол).*

При использовании стратегии SMART Симбикорт применяется не только планоно (для контроля воспалительного процесса), но и для немедленного облегчения симптомов астмы.

**Почему именно Симбикорт был выбран в качестве единого ингалятора для основного лечения и для снятия симптомов астмы?** Это обусловлено особенностями его компонентов.

**Основное лечебное действие оказывает будесонид.** Ингаляци-



онный глюкокортикостероид будесонид имеет благоприятное соотношение эффективности и безопасности, что подтверждено в значительном количестве исследований. Благодаря этому будесонид стал ингаляционным гормоном, **рекомендованным к применению у маленьких детей в возрасте от 6 месяцев, а также у беременных.** Важно, что будесонид быстро начинает действовать, а увеличение его дозы при ухудшении контроля астмы предотвращает развитие обострения и исключает необходимость в назначении гормонов в таблетках.

Кроме того, будесонид можно применять 1 раз в сутки без потери эффективности.



Возможность применения Симбикорта для быстрого облегчения симптомов астмы обусловлена свойствами **формотерола** (второго лекарственного вещества ингалятора), **который оказывает бронхорасширяющее действие уже на первой минуте после ингаляции** (при этом продолжительность эффекта составляет 12 часов).

Особое значение имеет средство доставки - ингалятор, в который «заряжен» Симбикорт. **Турбухалер - это многодозовый, активируемый вдохом порошковый ингалятор.** Порошок в нем настолько мелкий, что практически не ощущается при ингаляции и на вкус. Турбухалер снабжен счетчиком доз и имеет удобный мундштук.

#### Стратегия SMART

Итак, стратегия SMART заключается в том, что **Симбикорт применяется и для поддерживающего ежедневного применения, и для снятия симптомов** (вместо короткодействующего бета-агониста - сальбутамола или фенотерола). В исследованиях было доказано, что Симбикорт обладает необходимой быстротой бронхорасширяющего эффекта, но и безопасен при необходимости увеличения дозы.

**Лечение в режиме SMART не требует специального обучения тому, как самостоятельно изменять схему лечения.** Вы ежедневно применяете Симбикорт в определенной поддерживающей дозе, которая назначается врачом, а также вдыхаете еще одну дозу Симбикорта дополнительно при появлении одышки, хрипов, приступов удушья. Для изменения дозы не требуется специальной оценки симптомов, при ухудшении состояния коррекция дозы происходит автоматически. А поскольку вместе с бронхорасширяющим препаратом для снятия удушья вводится и противовоспалительный компонент, это позволяет эффективно предотвращать обострения астмы.

**Максимальная доза Симбикорта составляет 8-12 ингаляций в сутки, но на практике обычно требуется не больше 1-2 дополнительных ингаляций в день, а у большинства - не более 3-4 ингаляций в неделю.** Таким образом, уменьшение частоты обострений и улучшение контроля астмы достигается при меньших суммарных дозах препарата. Если у Вас возникает высокая потребность в использовании Симбикорта - 6-8 доз в сутки в течение 1-2 суток, это говорит о том, что у Вас тяжелое обострение и необходимо срочно обратиться к врачу!

**Кому назначается Симбикорт в режиме SMART?**

**Это решает только врач.** Лечение единым ингалятором удобно и понятно большинству, особенно важно использовать такой подход тем, кто забывает или отказывается пользоваться гормональным ингалятором, так как не ощущает мгновенного эффекта от его применения.

**Использование режима SMART позволяет помочь и пациентам с частыми и тяжелыми обострениями бронхиальной астмы.** В клинических исследованиях было показано, что Симбикорт в режиме SMART значительно сокращает риск тяжелых обострений астмы и необходимость в применении гормональных таблеток.

**Однако, как и всякое другое лечение, прежде чем применять его, проконсультируйтесь с Вашим врачом!** ☺

## Лечение мудрами

Согласно восточной мифологии, легендарная и недостижимая страна Шамбала олицетворяет духовные добродетели, процветание, мудрость, просветление, долголетие, вечность и благополучие. **Щит Шамбалы защищает жизнь и здоровье. Опираясь на этот щит, можно добиться достатка и благоденствия.**

Для человека, не подготовленного к столкновению с внешним миром, негативное воздействие со стороны может обернуться тяжелым переживанием. В качестве лечебного средства мудра **Щит Шамбалы применяется в случае негативного энергетического воздействия извне.**

Нужно выпрямить кисть левой руки, прижать большой палец к ладони. Сжать в кулак пальцы правой руки, разместив большой палец снаружи. Упереться кулаком правой руки в ладонь левой руки. Повернувшись лицом в сторону юга, держать руки без напряжения на уровне живота - от солнечного сплетения до области, располагающейся на 2см ниже пупка. Вдох и выдох производить через нос.

При выполнении этой мудры вызывать в вообра-



жении представление о красном цветке или смотреть на предметы красного цвета. Воздействие мудры усиливается при вдыхании аромата розы.

Выполнять мудры можно в любом положении: сидя, стоя, лежа или на ходу. Главное - сосредоточиться на мудре и на том, чего с ее помощью вы хотите добиться. В течение дня мудру следует повторять не более 5-6 раз по 5-10 минут. ☺

## Лечение с помощью цвета

**С помощью цветовой гаммы можно не только выразить свое настроение через одежду, но и вылечить многие заболевания.**

Для того чтобы вылечить истерию, реактивное состояние, а также предотвратить эпилептический приступ необходимо **сочетание зеленого и синего цветов.**

**Сочетание белого и красного цветов** повышает энергетический потенциал.

Для того чтобы успокоиться и расслабиться поможет **сочетание синего и белого.** Кроме того, эти цвета придают чувство свежести.

**Сочетание голубого и зеленого цвета** расслабляет, успокаивает нервы, снимает напряжение, обладает успокаивающим действием.

Снизить артериальное давление, нормализовать дыхание, а также устранить частое сердцебиение поможет **сочетание черного и синего цветов.**

**Черный цвет в сочетании с сине-зеленым цветом**

устраняет отдышку и тахикардию, а также нормализует давление.

**Пурпурный цвет** рекомендован для лечения острых и хронических заболеваний дыхательных путей, а также гипертонии.

Для лечения органов дыхания и бронхиальной астмы нужно использовать **сочетание желтого и зеленого цветов.**

Для лечения можно на расстоянии 10-50см представлять любую фигуру нужного цвета два раза в день по 8 минут. Курс лечения цветом составляет 21 день.

Можно также садиться на расстоянии метра перед листом бумаги нужного цвета и смотреть на него в течение 10-15 минут. Или же прикладывать ткань нужного цвета к больному месту от 5 до 15 минут три раза в день. Так можно лечиться от месяца до года. ☺



# Согрей теплом родительского сердца!



## Если знаешь, что это навсегда

**Слово опекуну - Татьяне Ивановне ВОЛЬФСОН.**

- Никогда не думала, что, имея нормальную семью с двумя детьми, я когда-нибудь возьму на воспитание чужого ребенка. Но жизнь непредсказуема. Оказалось, что когда ребенка к себе близко подпустишь, душа начинает болеть.

**Эта история началась около 10 лет назад в Рубцовске.** Однажды позвонила председатель комиссии по делам несовершеннолетних и сказала, что у нее в кабинете сидит девушка с ребенком, а она не знает, что с ней делать.

- Присылайте ко мне. (Я работала директором Центрального дома молодежи и была городским депутатом).

Заходит девушка лет 20, ровесница моей старшей дочери. На руках - годовалая спящая девочка.

- Что случилось?

Она - в рев: есть нечего, жить нигде, денег нет, родителей нет, ничего нет. Повела ее домой. Она меня еще по дороге предупреждала, что как только дочка проснется, запросит есть, она еще с утра ничего не ела. Я не придавала значения этим словам. Когда суп разогрелся, малышка проснулась на запах. Как она заревела: «Ням-ням», - это надо было слышать. Я такого ужаса никогда не испытывала. Ушла в другую комнату и разревелась.

**Мама с дочкой у меня жили месяц. За это время я пыталась как-то их устроить.** Власти категорически отказались мне помогать: «Таки-ми, как «эта», мы не занимаемся». Когда я глубже вникла в ситуацию, выяснила, что девушке - Ирине - было 14 лет, когда умерла ее мать. В

семье шестеро детей. Отчим выгнал из дома всех. Так Ира оказалась в Алейске в швейном училище. При этом у детей не было прописки, никаких документов - юридически они не существовали. Это был 1994 год, когда всюду царил полный хаос.

Ира немного была в Алейске, потом вернулась в Рубцовск и прямо с вокзала попала в фирму «девочек по вызову». В 20 лет родила. Отец ребенка привез ее из роддома в квартиру и исчез. Через полгода, как закончилась арендная плата, ее выставили из квартиры и начались мытарства. Что этот ребенок испытывал, можно только догадываться. Потом девочка заболела сильнейшей пневмонией, и ее положили в больницу. Мать, когда она выздоровела, забрала ее оттуда. Она боролась, как могла, но выжить ей было очень сложно, когда ни крыши над головой, ни работы. А прожить на 132 рубля пособия просто невозможно.

После моего визита к главе краевой администрации Ирине дали комнату в общежитии. Моя родня помогла собрать мебель, посуду, вещи. Устроили Ирину санитаркой в больницу, а дочь - в садик. Но в больнице по три месяца не давали зарплату, и каждый раз, чтобы Ирине ее получить, приходилось вмешиваться. Дочка Кристина начала болеть. Как могла, я помогала, платила за садик, покупала девочке одежду. Я видела, что мать бьется, а ничего не выходит, а я всех ее проблем решить не могла. До лета она кое-как дотянула, а осенью молча уехала в Москву, оставив девочку у такой же, как она, санитарки. Приезжаю из Барнаула, мне звонок: «Вы когда забе-

рете Крестьку, меня уже муж из дома выгоняет». «Как? А Ирина где?». «Она уехала, сказала на месяц, уже два прошло». Поехала забирать девочку.

**Она меня как увидела, кинулась: «Мама!». Кристина и раньше меня звала мамой, но на сей раз это прозвучало особенно пронзительно.**

Девочка какое-то время пожила у нас, но потом ее забрали в больницу в палату брошенных детей. А душа все не на месте, все про Крестину думаю - как она там. Однажды не выдержала: «Все, - говорю мужу, - собирайся, пошли!».

Приходим, нас никто не ждет, но как депутат, я имела право пройти в любое место. **То, что я увидела, запомнилось на всю жизнь.** В больнице - ужин, персонала не видно. Слышны звуки, похожие не то на стон, не то на скуление. Заглядываю в комнату, где груднички. Они сидят в кроватках, как за тюремной решеткой, ножки свесили через прутья и смотрят друг на друга. В другой комнате моя - Крестя и еще несколько малышей в ходунках. Они уже так умаялись, что нет сил и плакать, наклонили головки на бок и поскуливают. А Кристина и еще один мальчик кулачками стучат в дверь, тоже зареванные, в соплях. Стекло в двери завешено тряпкой, никто к ним не подходит. Муж, когда все это увидел, понял, что ребенка, конечно, надо забирать.

**В детских больницах, которые принимают брошенных детей, нет средств на их содержание:** ни на белье, ни на одежду, ни на лекарства, ни на игрушки, ни на воспитателей. Как спонтанное явление, возникшее в массовом порядке в 90-е







годы, оно, конечно, никак не было отражено в нормативно-правовой базе, поэтому, по сути, вся эта благотворительность по отношению к детям была юридически под вопросом. Потом, правда, на время оформления документов на опеку Крестину опять пришлось поселить в больницу, затем ее перевели в детский дом, но она уже ходила туда, как в садик: по будням - там, на выходных - у нас. Врачи все удивлялись, что я беру ребенка.

**В июне отправилась за ней.** Детский дом выехал за город на летние каникулы. Никогда не забуду, как я ее переодевала в новую одежду, а весь детский дом наблюдал: старшие - угрюмо и молча, а малыши окружили, дергали меня за платье и доносили вопросами - «*когда моя мама приедет?*». Один мальчик взял меня за руку: «*Тетя, заберите меня отсюда*». Мне до сих пор нелегко об этом рассказывать. **Если б люди знали, как хочется детям жить в семье, как она им нужна!**

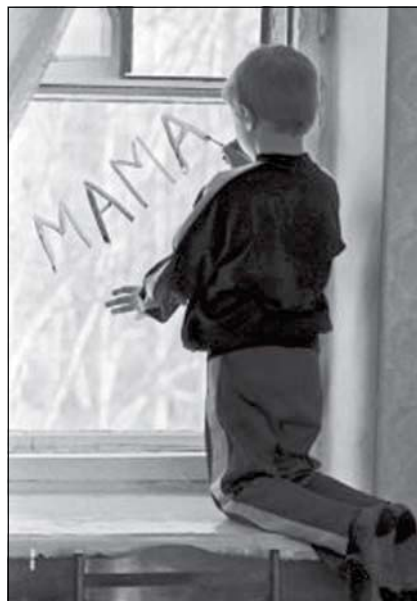
Первое время Кристина никак не могла наесться. **Ела все подряд.** Спать ложится, у нее под подушкой хлеб. Когда успевала его припрятать? «*Крестя, ты есть хочешь?*». «*Нет...*». Идем по улице, спрашиваю: «*Чего хочешь, мороженого?*». «*Нет, кабасу*».

Потом обнаружилось множество болезней. Самое неприятное - энурез. Иду к врачам, они уверяют, что в таком возрасте это норма. Но почему у моих детей этого не было, а у Кристины должно быть нормой? Решила лечить по старым проверенным рецептам. Через пару недель все прошло. Потом взялись за психику. У девочки тряслись руки, психотерапевт сказала, что так дают себя знать препараты, которые детям давали в детском доме. Крестя - девочка упрямая, и чтоб с ней не возиться, видимо, и давали таблетки, подавляющие волю. Справились и с этим недугом. В садике к девочке хорошо относились, дома тем более, и к тому времени, как идти в школу, врачи признали ее здоровой.

В 2004 году я вышла во второй раз замуж, пришла к Игорю Бениаминовичу со своими девочками. Он нас всех взял. Беспокоилась, как сложатся у них отношения с Кристей. Все вышло прекрасно: она воспринимает его как отца, он к ней относится как к своей дочери, с нравочениями не лезет, но и без внимания не оставляет.

**С учебой тоже все в порядке,** хотя я побаивалась, что Кристина будет сложно учиться, но она старается. Хотя со старшими дочерьми я не занималась, они сами все делали, с Кристей надо сидеть, но оно того стоит. Первый класс девочка закончила неплохо, и сейчас - во втором - тоже вроде все получается: учительница говорит, что очень довольна Кристиной. Хотя есть, конечно, у девочки черты, которые меня огорчают: она, например, может нагрубить. Но я думаю, что, может, потому я все это замечаю, что как бы там ни было, а предвзятость во мне все равно есть. Свою бы шлепнула и забыла, а здесь я сразу выстраиваю теорию: вдруг разовьется во что-то другое. И в итоге **из-за какого-нибудь пустяка я начинаю какие-то меры принимать, прогнозировать, анализировать...** Со своим ребенком в такой ситуации было бы проще.

**Вообще это не так просто - взять ребенка в семью, особенно когда уже есть свои, родные дети.** Когда моя старшая дочь родила Мишу, у них разница в возрасте с Кристиной оказалась небольшая и они стали драться. Девочка ревновала, особенно первое время. Малыш понял, что ему, как самому маленькому, все прощается, и стал обижать Кристину. Сейчас-то уже подростки оба и даже подружились, а когда Мише было три года, - их вдвоем нельзя было оставлять в комнате. Сейчас другое дело. Кристина любит его кормить: «*Я буду учиться, как это делать, потом своих детей стану кормить*». Тяжелые полосы мы, похоже, уже пережили, а какой Кри-



стина будет взрослая, не могу предсказать, но надеюсь на лучшее.

Два года назад я нашла ее тетю, родную сестру ее мамы. Случилось так, что я сильно заболела, нужна была операция, все могло кончиться как угодно, и я решила на это время отвезти девочку к тете. Нас встретили без энтузиазма. В прошлом году Кристина пожила там две недели, в этом году она согласилась съездить в деревню, но с условием, что через две недели вернется домой. И правда, только они миновали, звонит: «*Приезжайте, соскучилась*».

**Я рада, что познакомила девочку с родной тетей:** родной человек, хоть и нет между ними обоюдной любви, но в жизни случается всякое. Они хотя бы знают друг о друге.

О матери Кристина знает, я рассказывала о ней. Но в последнее время стала замечать, что девочке эти разговоры неприятны. О ней так ничего и не известно. Правда, два года назад мне говорили, что она якобы звонила подружке и жаловалась, что я у нее ребенка отобрала. Я передала, чтоб она приехала, хотя бы посмотреть на дочь, но ей, видимо, стыдно. Я ей как-то сказала: «*Бросишь Кристину, к ней уже не подходи, я ее к себе заберу и чтоб мы с ней тебя не видели*». Думала, она в три года приедет, в пять или в семь - нет, ни слуху ни духу.

Когда я уехала из Рубцовска, первое, что сделали мои недоброжелатели, а у меня их было предостаточно, потому что я человек принципиальный, на уступки не иду, - они запустили «утку», что я брала ребенка к себе на время выборов, для пиара, а когда проиграла, то сдала. Меня это задает до глубины души, - **не для того я приняла в семью девочку, чтобы подвиг совершить или пыль в глаза пустить. Я была вынуждена это сделать.** Мне тоже надо было привыкнуть к чужому человеку. И не только самой, но свести вместе всех родственников, включая родителей, мужа, собственных детей, которые тоже без восторга восприняли затею с опекуном. **Это было точно только мое решение.** Это сейчас все они говорят «наша Кристина». Но сколько надо было прежде пережить, перемолоть. Надо было, наконец, полюбить этого ребенка. А это очень непросто. **Любить его начинаешь не сразу. А прежде нужно за ним поухаживать, поболеть с ним, купать его, кор-**





◀ **Мить изо дня в день, - тогда только приходит какое-то чувство.** А до этого - буквально отношения воспитательницы в садике. Поэтому все не так просто. Но и не так невыносимо, как себе представляют некоторые люди.

Если ты знаешь, что это навсегда, то совсем по-другому относишься. **Со временем возникает чувство, что это действительно твой родной ребенок.** Я же ее первый раз в руки взяла, когда ей был годик. Помню, как купали. Она, видимо, до этого никогда не купалась в ванне. Какая у нее была радость, как она визжала от восторга, как плескалась... Вытащили из ванны, она на кастрюлю пальцем показывает: опять кормить. **Вначале, конечно, жалость сыграла. Затем - чувство долга, необходимости, а потом уже - настоящее. Сейчас я испытываю страх потерять Кристину.**

В прошлом году она играла вместе с девочкой на улице, которая позвала ее к себе домой, Кристину пошла. Я знаю, что дети во дворе, не волнуюсь, потому что девочка всегда была дисциплинирована. Выйду на балкон, гляну, все в порядке, девочка играет. А тут смотрю - нет. Кинулась искать: все видели, а куда делись - не знают. Один мальчишка сказал, что Кристину вошла в подъезд. Я обежала все дворы, площадки. Нет ее! И вот когда уже вызвала мужа с работы и мы собрались ставить на ноги милицию, Кристину приходит с мамой той девочки. Ой, что было! Я вначале спокойно отнеслась к их появлению, а как домой зашли, из меня хлынуло. Я на эту бедную женщину обрушила целый поток своих эмоций. Женщина удивилась, потому что им-то Кристину сказала, что ее отпустили. Соврала. Но все же дети обманывают. Ей до того захотелось с этой девочкой поиграть, что она решила, что ничего страшного не будет. Домой же она вернется вовремя - так решила Кристину. Потом меня муж успокаивал - ничего же страшного не произошло, надо было немного подождать. А я поняла, **что это не просто страх, это страх за своего собственного ребенка...**

Конфликтов у нас с Кристиной особых и нет. Она обычный ребенок, как все. Может быть неряшливой, забывашкой, лентяйкой. Легко управляет-

ся с компьютером, с сотовым телефоном и никогда не доводит дело до крайности. Да, ей бывает неохота что-то делать, но если я сказала, что нужно это сделать, она делает.

**- Как отнеслись к появлению Кристины ваши дочери?**

- Старшая к тому времени была уже замужем и почти не общалась с Кристиной. То есть это ее коснулось мало. Прохладное отношение к девочке так и осталось. Дочь дарит ей подарки ко дню рождения, просто игрушки. Но той привязанности, как, например, у моей младшей дочери Лены, к Кристине у нее нет. Но это нормально. А младшая, считай, Кристину и вырастила. Она и в садик ее водила, и из садика забирала. Они вместе живут в комнате. Лена никогда никому не дает ее обижать. У них отношения родных сестер, и друг без друга они скучают.

Я никогда не жалела, что взяла в семью Кристину. Хочу поставить ее на ноги, дать образование. Она занимается хореографией, очень хорошо рисует, читать, правда, не любит, как, впрочем, все современные дети. Лена учит ее петь. В доме у девочки есть свои обязанности: покупать молоко и хлеб. Ко всем детям я требовательна одинаково.



Я никогда не стану осуждать ее мать Ирину, потому что видела, как она билась и старалась удержаться на плаву. Но ее все время подталкивали к тому, чтобы отказаться от ребенка: например, когда она приходила в собес за помощью, ей предлагали сдать ребенка в детский дом.

У Ирины не было навыков семейной жизни: она не умела распоряжаться деньгами, не умела закупать продукты, думать о будущем - этому учит мать. Мои девочки видят, как надо вести домашнее хозяйство, хо-

тят-не хотят, они это выпитывают. А Ирине учиться было не у кого, жила как попало, ни образования, ни профессии, ни жилья, ни родных. Как можно выжить? Да никак.

**- Я знаю людей, которые в силу своих должностных обязанностей общаются с теми, кто берет в семью приемных детей.**

- Я преподаю в университете для будущих социальных работников. Сама очень много читала, много наблюдала в жизни. И вообще это не тайна за семью печатями - нелюбовь к чужим детям. Возьмите фольклор, там много сказок об отчимах? Да вообще нет, все сказки про мачеху. Вот как в природе самка чужих детенышей очень редко берет, так и человек своего родного ближе к сердцу принимает, поэтому ребенок и должен жить со своей мамой. Это обязательно. А когда мамы перестают быть мамами, как правило, тут виновато общество, социальное окружение, только они создают условия для отказа от ребенка.

**Взять один из последних законов, принятых Госдумой, по которому ребенок не является собственником жилья, в котором находится его отец.** Если квартира отца приобре-

тена до вступления родителей в брак, то отец при разводе на законном основании выставляет за дверь жену и ребенка. При этом автор этого закона - адвокат, которого жена, как он считает, разорила тем, что при разводе потребовала раздела имущества пополам. Под давлением общественности в закон внесли поправку, но какую иезуитскую: теперь дети могут находиться на территории отца до 18-летия. А мать? А мать - нет. И адвокаты берутся за голову. По Конституции они обязаны защищать права ребенка. **Но как права ребенка без матери можно защитить?** А сейчас мать на уровне государства лишают возможности быть рядом с ребенком, по сути лишают ее материнства. Кто после этого захочет рожать и воспитывать детей...

**Если думать о будущем, надо менять политику государства по отношению к детям, к семье. Они должны быть в центре внимания, ведь семья и дети - это действительно наше все. И сейчас, и на все времена.** ☺

«Согрей теплом родительского сердца!» публикуется в рамках Гранта Алтайского края в сфере СМИ на 2008 год

