

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (81) СЕНТЯБРЬ 2009



ОТ РЕДАКТОРА



Здоровая семья - это здорово! Начни с себя.

Наш социальный демографический проект «Здоровая семья - это здорово!» изначально был рассчитан на людей интеллигентных, ответственных, самодостаточных, тех, кто, декларируя определенные жизненные принципы, по крайней мере, честно старается им следовать.

Мы, в какой-то мере, рассчитывали и на то, что каждый человек - некоторым образом эгоист, в самом положительном значении этого слова. И, проявляя любовь к себе, он проявит ее в наиболее важных, «стратегических» направлениях: собственное здоровье, качество жизни. Банально - искусному макияжу предпочтет «бронзу мускулов и свежесть кожи»! Захочет научиться слушать и слышать свой организм, овладеет методами самоконтроля, его наиболее важными параметрами, а во враче будет видеть, прежде всего, консультанта по здоровому образу жизни, а не реаниматора...

Именно поэтому в качестве целевой аудитории «общественных школ здоровья» на первом этапе мы выбрали самих медицинских работников, педагогов, работников культуры и других представителей социального сектора.

Справедливости ради нужно сказать, что вхождение «здорового стиля жизни» в нашу повседневную жизнь происходит сложно, и, как нам кажется, все вместе ощутимых результатов в этом мы пока еще не достигли. Где-то мешает система «двойных стандартов»: другим даю рекомендации, и правильные, а сам - не

следую. Хуже того, публично ратуя за здоровый образ жизни, наедине с пациентом многие все еще великодушно, «с врачебного плеча», даже после сложнейшей операции разрешают: «...Пить? Да хоть завтра. Почему только вино, и водочку!..».

Нет системы образования населения, обучения навыкам самоконтроля за своим организмом. Люди не в полной мере понимают пагубные последствия своей безалаберной жизни либо понимают слишком поздно... Нет достаточного числа специалистов, знающих, способных и заинтересованных в том, чтобы вести такую работу системно. Как правило, это удел энтузиастов. Причем речь идет не только о таких асоциальных пристрастиях, как алкоголь или курение. Мы говорим об элементарных навыках: о сбалансированном здоровом питании, о здоровой воде, о разумных, жизненно необходимых, физических нагрузках, о важности позитивного настроя и умения создавать и сохранять вокруг себя психологически комфортный климат.

Общественное мнение, по сути, равнодушно к «самоубийству» своих собратьев.

Институциональные, корпоративные механизмы оздоровления - не работают.

Семья, к сожалению, в большей степени формирует вредные для здоровья привычки, перекаладывая ответственность за состояние своего индивидуального здоровья, здоровья членов своей семьи на государство и медиков.

Порочный круг? Это не совсем так. Изменилось отношение к этой проблеме на уровне государства, появились хорошие материалы в СМИ, в том числе и на телевидении. Работают интересные общественные проекты. Но остается ощущение какой-то непоследовательности, несогласованности в действиях, «заигрывания» на модную тему, второстепенности для общества этих проблем...

Мы не меняем своих взглядов и продолжаем настойчиво обращаться к тем, кто добровольно взял на себя миссию лидера, к тем, кто просто считает себя культурным человеком: начните с себя! С членов своей семьи, коллектива.

Следующий год в России объявлен Годом учителя. Мы поинтересовались, а каково здоровье учителей в крае? Тем более в рамках дополнительной диспансеризации - государственной программы, которая реализуется с 2006 года, обследование прошли преобладающее число работающих в отрасли. И более того: какие меры приняты, чтобы это здоровье улучшилось?... Это будет темой наших следующих публикаций, и не только по вопросам оздоровления педагогов. Эта тема актуальна и для медицинской среды, и для работников культуры, других отраслей.

Содержание



Медико-социальный портрет студенчества



Аллергические заболевания у детей



Целиакия - врожденная ферментопатия



Творить каждый день

2010 год: здоровье учителя - приоритет	2-3
Здоровье педагога	3
Н.В. Елисеева. Аскаридоз	4-5
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ! В.Д. Петрова, Т.В. Синкина. Ожирение как фактор риска развития злокачественных опухолей	6-8
Мужчины с возрастом становятся счастливее, в отличие от женщин	8
Мир и медицина	9
«Доступное жилье»	10
Глины всякие важны	11
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Медико-социальный портрет студенчества	12-14
ВОСПИТАЙ ЗДОРОВЫМ. Н.А. Кожевникова. Как помочь ребенку адаптироваться к яслям	15-16
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Какую воду пить нашим детям?	16-17
Как сохранить свои воспоминания	18-19
Мир и медицина	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А.Плигина. «Проблемы и перспективы развития сестринского дела в системе здравоохранения»	21-22
Т.В. Парусева. Что нужно знать о мужских гормонах	23-24
Т.С. Ли. Аллергические заболевания у детей	25-27
О.И. Черкасская. Целиакия - врожденная ферментопатия	28-29
Мир и медицина	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Тест: Как вы относитесь к своему возрасту?	34
Творить каждый день	35-36
Мир и медицина	37
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Цветная диета: долой осеннюю депрессию!	38-39
Кросс наций	40
Как убрать второй подбородок?	41
Подписная квитанция на журнал «Здоровье алтайской семьи»	42
Оранжевое чудо	43-44



2010 год: здоровье учителя - приоритет

В преддверии предстоящего Года Учителя АКФПСИ «Содействие» и журнал «Здоровье алтайской семьи» совместно со своими партнерами по проекту «Здоровая семья - это здорово!» в четырех районах края - Бурлинском, Калманском, Топчихинском и Рубцовском - решили целенаправленно провести «школы здоровья» в педагогических коллективах. В настоящее время анализируем результаты прошедшей дополнительной диспансеризации работников образования, согласовываем совместные мероприятия, графики проведения образовательных оздоровительных программ в школах.

Актуальность темы здоровья учителя нам подтвердила и заместитель руководителя главного Управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности края **Елена Артуровна ВАЙГЕЛЬ**.

- Дополнительная диспансеризация работников образования (и других работников бюджетной сферы) в основном прошла в 2006-2007 годах. Продолжается она и в текущем, 2009 году, - сказала Елена Артуровна. - Судите сами. За 8 месяцев т.г. дополнительную диспансеризацию прошли **2069** работников образования, и только **106** человек (это **5,3%**) признано абсолютно здоровыми (в целом у работников бюджетной сферы эта группа составила **7,5%**). У **4%** из осмотренных имелись факторы риска заболевания.

Обратите внимание - **90,6%**, или **1875** человек, определена III группа учета. Это значит, что обследуемые нуждались в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторных условиях. Кстати, в целом по бюджетной сфере этот показатель - **87,4%**.

И еще такой важный момент: при прохождении дополнительной диспансеризации **выявлено 3403** заболевания, которые зарегистрированы впервые в жизни. Показатель выявляемости составил **1644,8** на 1 тыс. осмотренных, что в **1,8** раза больше, чем в целом у всех контингентов. По результатам дополнительной диспансеризации **633** человека взяты на диспансерный учет (**18,6%** от всех, у кого заболевания были выявлены впервые).

Во время проведения дополнительной диспансеризации у двух пациентов выявлены ранние стадии туберкулеза, а у трех - злокачественные новообразования. Эти заболевания относятся к категории социально-значимых.

- *Что является ведущей патологией?*

- В структуре вновь выявленной патологии преобладает пять классов заболеваний:

♦ **первое место** занимают болезни костно-мышечной системы. Эта патология была выявлена у **774** человек, из них **156** человек взяты под диспансерное наблюдение (**20,2%**);

♦ **второе место** занимают болезни системы кровообращения. Всего при дополнительной диспансеризации выявлено **637** сердечно-сосудистых заболеваний (**18,7%**) от всей вновь выявленной патологии, **152** из них взяты на диспансерное наблюдение (**23,9%**). У **190** человек на ранней стадии выявлены заболевания, связанные с повышением артериального давления (гипертония) - эта патология также относится к числу социально-значимых заболеваний. На «Д» учет взято **53** человека (**27,6%**). У **21** осмотренных на ранней стадии выявлена ишемическая болезнь сердца (из них **5** взяты на диспансерное наблюдение), у **64** - признаки ишемической болезни мозга (цереброваскулярные заболевания), **6** пациентов взяты на «Д» учет;

♦ **четвертое место** занимают болезни глаз. Во время проведения диспансеризации выявлено **403** заболевания (**11,8%** от всей вновь выявленной патологии), в том числе у **20** пациента глаукома - наиболее опасная патология, несвоевременное лечение которой приводит к снижению и полной потере зрения и выходу на инвалидность. Данная патология у всех была выявлена на ранних стадиях;

♦ **пятое место** занимают болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ, которые выявлены у **380** обследованных (**11,2%**). У **86** человек выявленные нарушения потребовали постоянного наблюдения врача, и они взяты на «Д» наблюдение. Сахарный диабет выявлен у **6** человек, все они взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение. Значительную долю в этом классе заболеваний составили заболевания, связанные с нарушением питания (ожирение - у **56** человек, **14,7%** от всей «эндокринной патологии»). Важность раннего выявления этой патологии заключается в том, что она является одним из ведущих факторов риска, ведущих к развитию таких опасных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, нарушения мозгового кровообращения и сахарный диабет.

- *Согласитесь, Елена Артуровна, что выявленные заболевания, в своем лечении наряду с соблюдением врачебных назначений в виде приема препаратов, других курсовых лечений требуют и усилий пациентов по изменению своего образа жизни!..*



- Безусловно, и, надеемся, что такие рекомендации от специалистов и участковых врачей получены, а следовать им или пренебрегать ими, - это дело каждого.

- И еще один вопрос. Вызвали ли интерес итоги дополнительной диспансеризации педагогов у лидеров профсоюзных организаций, руководителей Управления и учреждений образования?

- Итоги диспансеризации не являются закрытой информацией. Я знаю, что ее результаты рассматривались на уровне отдельных муниципалитетов, у нас в Управлении. Каких либо специальных запросов от профильных Управлений по итогам обследования работников бюджетной сферы, как впрочем и от отраслевых крайкомов профсоюзов, мы не получали (исключая, конечно, итоги дополнительной диспансеризации медиков).

ОТ РЕДАКЦИИ

Мы не допускаем мысли о том, что вопросы здоровья учителей находятся вне поля зрения и руководителей, и профсоюзных лидеров системы образования края. Но нам представляется, что это не только задачи власти, но и самого педагогического сообщества.

Мы убеждены, что те меры, которые сегодня принимаются по созданию надлежащих условий в школах, должны касаться не только здоровья учеников, но и учителей. Но это невозможно без желания, настроя на такую работу самих учителей.

Многие педагоги с сожалением говорили нам о том, что не используют возможности школьных спортивных залов, нет энтузиастов, тех, кто бы побудил их к таким занятиям. Другие - с благодарностью говорили о школьных психологах, которые помогли им в той или иной ситуации и советовали на то, что занятия со психологами не проводятся регулярно для самих педагогов. А полезно было бы!

После того, как в школах появилась бутилированная питьевая вода, и специалисты разъяснили важность микродобавок в нее, - мы в семье тоже перешли на бутилированную воду, - говорили третьи.

Были и «сердитые»: и диспансеризацию называли «профанацией», «собиранием автографов», и жаловались на то, что никто ими не занимается, никому они не нужны.

Вопрос не в том: правы они или нет. Очевидно, что состояние здоровья педагогов требует внимания. Оно не блестяще! И нам кажется, что в предстоящий Год Учителя дополнительные меры по оздоровлению учителей были бы не просто уместны, а необходимы.

Именно с такой инициативой выступают участники нашего проекта «Здоровая семья - это здорово!» и наш журнал, и мы уверены, она найдет поддержку и во властных структурах, и в педагогических коллективах, и в общественных организациях.

Мы открыты к сотрудничеству. ☺

Здоровье педагога

Одно из приоритетных направлений работы муниципальных объединений - сохранение здоровья самого учителя.

Педагогическая профессия требует от учителя большой физической и психической выносливости. И любое болезненное состояние, недомогание, головная боль от повседневной многочасовой круговерти не могут не сказываться на его поведении. Поэтому многие учителя отличаются крайне низкими показателями физического и психологического здоровья. И эти показатели снижаются по мере увеличения стажа работы в школе.

От чего устает современный учитель? Конечно же, на его работоспособность влияют в первую очередь социальная нестабильность, правовая незащищенность, маленькая зарплата, постоянный дефицит денег и отсюда - чувство ущемленности в своих возможностях.

Кроме того, сама педагогическая деятельность требует от учителя постоянной концентрации психических сил. Работа по звонку, бережное отношение к каждой минуте урока напоминает конвейерный ритм жизни, кроме того, постоянное пребывание на людях, отсутствие уединения мешают расслаблению и способствует накоплению усталости.

Постоянный контроль со стороны администрации, самоконтроль за качеством своей работы, беспокойство от нереализованных порой целей урока, от недостаточного владения педагогической техникой и непродуктивного общения с детьми закрепляет чувства усталости и рождается уныние.

Влияют на самочувствие учителя и новые веяния педагогической науки, не всегда понятные и близкие ему. Учителя мало хвалят, больше указывают на недостатки. К тому же учителю нельзя болеть. Больной учитель срывает учебный процесс.

Требует забот собственная семья, особенно дети, а времени на это не остается.

Таким образом, учитель постоянно находится под влиянием «спрессованного» времени и ритма. Он не замечает, как истощаются его жизненные силы.

Часто переживаемые отрицательные психические состояния оставляют негативный след, проявляющийся в поведении учителя. Это и раздражительность, обычно проистекающая из-за чрезмерного возбуждения нервной системы, и несдержанность, как отсутствие контроля за эмоциями. Несдержанные мысли наносят вред мозгу, тогда как несдержанные действия наносят вред телу.

Страх, появляющийся в результате переутомления, также является одной из частых причин нездоровья. Он делает человека неуверенным в себе, рождает безволие и пассивность, инертность. Эти статические состояния снижают способность принимать решения и претворять свои планы в жизнь. Из всего этого проистекает пессимизм, отнимающий веру в счастье и надежду на успех. В то время как человек, желающий преуспеть, должен придерживаться оптимистического, бодрого взгляда на жизнь, поддерживать и поощрять мысль, что все хорошо и видеть только хорошее во всем.

Как преодолеть это противоречие? Основой для решения противоречия является формирование валеологической культуры учителя.

По материалам сайта <http://www.iro.yar.ru>



Аскаридоз



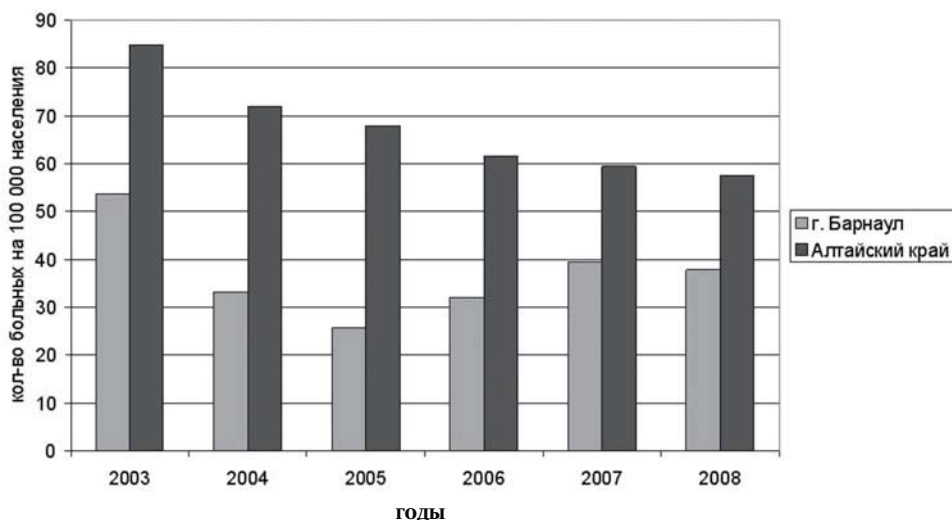
Нина Викторовна ЕЛИСЕЕВА,
преподаватель
медицинской
паразитологии высшей
категории, ГОУ СПО
«Барнаульский базовый
медицинский колледж»

Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ, живший почти 25000 лет назад, один из гельминтов назвал аскаридой, и это название сохранилось до наших дней. Аскаридоз - широко распространенный гельминтоз человека во всех природно-климатических зонах, кроме районов вечной мерзлоты, высокогорий и пустынь.

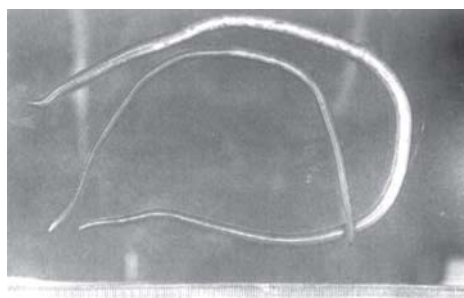
На территории Алтайского края среди регистрируемых гельминтозов он стабильно занимает третье место с 2005 года. При этом по городу Барнаулу ситуация неоднозначная.

ды обычно паразитируют **в тонком кишечнике**, но они имеют «беспокойный характер» и иногда могут проникать в другие органы (желчный пузырь, аппендикс). В кишеч-

Показатели заболеваемости аскаридозом



Старинное русское название аскариды - **«струнец»**. Образный народный язык этим названием, происходящим от слова «струна», метко охарактеризовал гибкость и упругость тела гельминта.



Самка аскариды достигает в длину 25-40см, самец - 15-25см. Характерная внешняя особенность самца - загнутый крючком конец тела. Аскариды развиваются во внешней среде без промежуточного хозяина. **Их окончательный хозяин - человек.** У человека могут происходить миграции личинки аскарид животных - свиней, собак, лошадей и др., но их половозрелые стадии в кишечнике не развиваются. Аскари-

нике аскариды прикрепляются своими губами к его слизистой оболочке, свисают продольно или могут сворачиваться клубочками. Если в кишечнике паразитируют самцы и самки, то последние **в сутки откладывают более 240000 плодотворных яиц**. С калом больного человека яйца выводятся наружу.

Выделенные во внешнюю среду яйца проходят развитие в почве только при температуре выше 13 градусов и влажности почвы не ниже 8%.

Во внешней среде при благоприятных природно-климатических условиях яйца сохраняют жизнеспособность многие годы. Лучше всего яйца сохраняют жизнеспособность в глинистых и песчаных почвах, хорошо удерживающих влагу. При высыхании яйца быстро погибают. **Они устойчивы к отрицательным температурам и перезимовывают под снегом**, не погибая даже при температуре -25 градусов. Температуру от -20 до -27 градусов зрелые яйца могут выдерживать в течение 20 дней. Температура -30 градусов убивает яйца



в течение 24 часов. Большая часть перезимовавших яиц погибает весной от резкого снижения влажности почвы. **В водоемах яйца могут сохраняться более 1-2 лет, а в выгребных уборных - более полугод.**

Солнечные лучи действуют на них губительно. Высокую температуру яйца аскарид переносят плохо. При температуре +50 градусов они гибнут в течение нескольких секунд.

Массовое созревание в почве яиц, попавших в нее весной, происходит с середины лета. Яйца аскарид, попавшие в почву в конце лета, созревают весной следующего года.

Инвазионные яйца могут попасть к человеку в течение всего года, несмотря на летне-осеннюю сезонность. Восприимчивость населения к аскаридам очень высокая.

Заражение человека происходит:

- ◆ путем проглатывания яиц возбудителя, попавших на овощи и ягоды, удобрявшиеся человеческими фекалиями;

- ◆ через руки, особенно у детей, загрязненные почвой с инвазионными яйцами;

- ◆ через воду открытых водоемов в случае ее загрязнения фекалиями с яйцами (купание, питье воды);

- ◆ через предметы обихода и случайно загрязненные яйцами аскарид пищевые продукты;

- ◆ инвазионные яйца могут попадать на пищевые продукты с пылью;

- ◆ с помощью мух (посещая уборные, мухи переносят яйца на лапках и крыльях и выделяют их жизнеспособными из своего пищеварительного тракта).

У сельских жителей и детей аскаридоз встречается чаще, чем у городских жителей и взрослых. В крупных благоустроенных городах люди заражаются в летний период в сельской местности или через привозимые на рынок овощи и ягоды.

Из проглоченных яиц в кишечнике человека выходят личинки. Казалось бы, что дальше

им теперь некуда стремиться, остается только расти и развиваться. Ученые раньше так и думали. Но вот в 1922г. японец **С.Коино** проглотил 2000 зрелых яиц аскарид. Через несколько дней у него повысилась температура до 40 градусов, появился кашель с мокротой, в которой обнаруживались личинки аскарид. В некоторые дни их выделялось с мокротой до 178 экземпляров. Иногда отважный экспериментатор случайно заглатывал мокроту с личинками. В его кишечнике они развивались во взрослых аскарид.

Так было доказано, что в *организме человека личинки аскарид совершают сложную миграцию*: из кишечника проникают в венозную систему и с током крови через правую половину сердца - в легкие. Здесь личинки, разрывая капилляры, оказываются в просвете альвеол. Попадая через бронхи вновь в глотку, они заглатываются со слюной и в кишечнике и, спустя 2,5-3 месяца, превращаются во взрослых аскарид.

В обычной жизни человек, конечно, никогда не проглатывает много яиц аскарид. Поэтому миграция единичных личинок обычно не вызывает резко выраженных симптомов болезни. Но у некоторых лиц появляется недомогание, возникают зудящие высыпания на коже, повышается температура. При паразитировании аскарид в кишечнике появляется слабость, понижается трудоспособность, падает успеваемость у школьников, часто возникают боли в животе, тошнота, режущая рвота, поносы сменяются запорами. Изредка при аскаридозе возникает непроходимость кишечника и другие осложнения, требующие вмешательства хирурга.

В ранний период болезни, когда самки гельминтов еще не откладывают яйца, аскаридоз распознают посредством особых, так называемых **иммунологических, реакций**. Аскариды достигают половой зрелости через 2-3 месяца после проникновения

в организм человека. Если в кишечнике находятся самки, в кале больного нетрудно обнаружить их яйца.

Чрезвычайно важно соблюдать меры профилактики аскаридоза. Необходимо указать, что продолжительность жизни аскарид в организме человека сравнительно невелика - 12-18 месяцев. По истечении этого срока они погибают и выделяются наружу. Следовательно, тщательное соблюдение мер профилактики, предохраняющих от нового заражения, приведет к освобождению человека от гельминтов. **Это:**

- ◆ овощи и фрукты перед употреблением в пищу следует тщательно мыть и обдавать кипятком;

- ◆ пить только очищенную (прокипяченную или водопроводную) воду;

- ◆ предупреждение загрязнения почвы в непосредственной близости от жилья, а также в местах игр детей;

- ◆ соблюдение правил личной гигиены;

- ◆ борьба с мухами;

- ◆ запрещается использовать человеческие фекалии для удобрений.

Обеззараживание фекалий от яиц гельминтов можно проводить компостированием. Для этого их закладывают в кучи - компосты пополам с навозом, торфом и мусором весной и летом. При условии сильного разогрева компоста (выше 45 градусов) использование его для удобрения возможно через 2-3 месяца. При выращивании овощей, употребляемых в пищу в сыром виде, компост, не подвергавшийся сильному разогреву, а также если в нем не измерялась температура, может быть использован для удобрения не раньше, чем через год после закладки. Губительно действует на яйца и личинок гельминта заливка испражнений в закрывающихся крышечкой баках крутым кипятком (на одну часть испражнений прибавляют две части кипятка, перемешивают и оставляют стоять 1 час). ☺



Ожирение как фактор риска развития злокачественных опухолей



Валентина Дмитриевна ПЕТРОВА,

заместитель главного врача, кандидат медицинских наук, врач-онколог высшей категории;



Татьяна Владимировна СИНКИНА,

заведующая отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, врач-онколог первой категории

- ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г.Барнаул

Ожирение - избыточное накопление в организме жировой ткани - патологическое состояние, которому сопутствуют тяжелые болезни. Нарушение жирового обмена способствует возникновению рака, эндокринных расстройств, гастритов, подагры, простудных заболеваний, приводит к преждевременному старению.

Массу тела называют избыточной, если она на 5-10% выше нормальной. Если масса тела более чем на 20% превышает норму, это свидетельствует об ожирении как болезни. В России ожирение традиционно классифицируют по степеням в зависимости от процента избытка массы тела: I степень - 10-30%, II степень - 30-50%, III степень - 50-100%, IV степень - >100%.

Причин возникновения ожирения много. Однако непосредственная причина нарастания жировых запасов в организме всегда одна - **преобладание энергии «съеденной» над израсходованной.** Традиционно считается, что примерно в 90% случаев появление избыточного веса связано с пищевыми привычками человека и его семьи, неправильным питанием, чаще всего с переизбытком и/или потреблением большого количества жиров, как явных, так и скрытых, в том числе и растительных, рафинированных продуктов и легкоусвояемых углеводов.

Имеют большое значение и **малоподвижный образ жизни** (гиподинамия), тем более что с возрастом энерготраты в норме уменьшаются на 10% каждые 10 лет жизни, и **возрастание нервно-психического напряжения** (стрессы) современной жизни.

Выделяют три вида ожирения:

◆ алиментарно-конституциональное (или конституционально-экзогенное);

◆ гипоталамическое;

◆ эндокринное.

Две последние группы требуют

обязательного обследования и лечения у эндокринолога. Из эндокринных причин, приводящих к ожирению, наиболее актуальны заболевания щитовидной железы с недостаточной ее функцией (*гипотиреоз*), заболевания половых желез со снижением функции (*гипогонадизм*) и заболевания надпочечников с повышением их функции (*гиперкортицизм*). Как правило, попытки похудеть с помощью диеты и физкультуры бывают безуспешными именно у пациентов с этими заболеваниями.

Самая многочисленная группа - это лица с алиментарно-конституциональным ожирением, которое носит **семейный характер**, развивается, как правило, при систематическом переизбытке жиров, сахара, конфет, изделий из белой муки, картофеля при отсутствии адекватной физической нагрузки.

Ожирению способствуют редкие и обильные приемы пищи, злоупотребление специями, возбуждающими аппетит, а также алкогольными напитками, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии.

Конечно, вносит свою лепту и **наследственность.** Склонность к полноте есть у каждого человека, у которого хотя бы один из родителей имеет избыточный вес. Причем эта склонность заключается в способности накапливать жир и при нормальном питании, когда в силу наследственных проблем организм плохо справляется с окислением жира.



Победим свой страх!

В последнее время в литературе появляются сведения об обнаружении гена, отвечающего за ожирение. Существует также точка зрения, что **жировая ткань является самостоятельным эндокринным органом, и даже выделен продуцируемый ею гормон лептин.** Клинические испытания показали, что при введении этого гормона больным ожирением в 15% случаев получен очень хороший эффект в виде снижения веса, то есть можно предполагать наличие гормонозависимой формы ожирения.

Избыточный слой жира вызывает увеличение в организме количества эстрогенов и других стероидных гормонов, которые играют роль в возникновении рака груди. Ожирение также ведет к переизбытку инсулина, что признавалось предпосылкой для возникновения рака еще в ранних исследованиях. Развитию рака способствуют жирная пища, гиподинамия, нарушение обмена половых гормонов, накопление токсических и канцерогенных веществ в жировой ткани.

Как свидетельствуют результаты исследования, проведенного Американским противораковым обществом, ожирение является причиной появления раковых опухолей у **14%** мужчин и **20%** женщин. Каждый год в США от рака, вызванного избыточным весом, умирают 90 тысяч человек. Как причина рака ожирение уступает только курению, которое уносит жизни 170 тысяч человек в год.

В исследовании, начатом в США в 1982г., приняли участие 404576 мужчин и 495477 женщин. Средний возраст добровольцев составлял 57 лет. За 16 лет наблюдения скончались от рака 32303 мужчины и 24842 женщины. Среди *женщин* с максимальным весом причиной смерти **рак матки был в 6 раз чаще, рак почки - в 5 раз, рак шейки матки - в 3 раза, рак груди, желчного пузыря, поджелудочной железы и пищевода - в 2 раза чаще** по сравнению с контрольными группами.

Среди *мужчин* с максимальным весом причиной смерти **рак печени был в 6 раз чаще, рак поджелу-**



дочной железы - в 2 раза, желчного пузыря, желудка и прямой кишки - на 75% чаще по сравнению с контрольными группами. При выраженном ожирении риск умереть от рака выше у мужчин на **52%**, а у женщин на **62%** по сравнению с людьми, имеющими нормальный вес.

Ожирение не только влияет на возникновение рака, но и сильно усугубляет его симптомы и последствия. **Лечение рака у полных людей связано со значительными проблемами,** поскольку жировой слой может накапливать химиотерапевтические препараты, уменьшая в сыворотке крови действующую концентрацию препарата.

При ожирении рекомендуется сбалансированная диета с постепенным снижением калорийности за счет снижения содержания, прежде всего, жиров, преимущественно животных, но также и растительных, умеренным потреблением углеводов (в большей степени медленноусвояемых), при достаточном, но не чрезмерном, содержании белков, витаминов, минеральных веществ. Это необходимо для предупреждения потерь тканевого белка, повышения энерготрат за счет усвоения белковой пищи, создания чувства сытости. В суточном рационе должны быть содержащие белки продукты: мясо, рыба, творог, морепродукты, яичный белок. Желательно потреб-

Многочисленные исследования доказали, что ожирение играет большую роль в возникновении рака почки, толстой кишки, легких, молочных желез и женской половой сферы. Профилактика и лечение ожирения - эффективный путь профилактики онкологических заболеваний.



◀ ление нежирных сортов мяса и рыбы в отварном виде. Используют продукты с высоким содержанием клетчатки, способствующей быстрому насыщению и ускорению прохождения пищи через кишечник.

Существуют группы повышенного риска. Это лица, у которых один или оба родителя или близкие родственники страдают ожирением. Повышают риск ожирения и заболевания щитовидной железы (гипотиреоз), беременность и роды у женщин, изначально склонных к полноте или уже имеющих избыточный вес. Это - крупный вес при рождении ребенка, перекармливание или избыточное потребление белка на первом году жизни. Это люди, которые занимались спортом и вели активный образ жизни, а потом резко бросили (женились, стали начальниками, купили машину и т.д.).

Часто в группе риска оказываются не уверенные в себе люди или те, кто перенес стресс и привык «заедать» свои проблемы. Им хочется стать крупнее и больше, чтобы успешно противостоять этому сложному миру. Кроме того, это тревожники, дети любящих мам и бабушек, которые беспрестанно повторяют: «не бегай, не прыгай, не лазай» и прочее и формируют тем самым у ребенка устойчивый стереотип поведения.

Риск ожирения увеличивается с возрастом, когда двигательная активность снижается, а калорийность и жирность пищи не только не уменьшаются, но иногда и возрастают. Следует помнить и о временах года: зимой и осенью риск набирать лишние килограммы значительно выше.

Таким образом, лишний вес повышает риск возникновения практически всех форм рака, и чем больше человек весит, тем больше опасность! ☺

В статье использовались материалы врача-диетолога С.В. Некрасовой

Мужчины с возрастом становятся счастливее, в отличие от женщин

В молодости женщины являются более счастливыми, чем мужчины, однако после 48 лет мужское счастье превалирует над женским. К такому выводу пришли английские социологи и их американские коллеги.

Эксперты проанализировали роль невыполненных желаний в ощущении благосостояния и счастья среди мужчин и женщин из разных стран за несколько десятилетий. Отмечалось, что **два аспекта жизни играли существенную роль в определении личной удовлетворенности у обоих полов - это наличие семьи и финансов.** Эти гендерные образцы не зависели от национальности и экономического положения опрошенных. **В отношении любви мужчины и женщины имели одинаковые стремления:** достигая взрослого возраста, каждый девятый человек из 10 желал счастливого брака. Однако ближе к среднему возрасту мужчины показывали более высокие уровни удовлетворения собственной жизнью и выполнением поставленных целей.

Согласно международному обзору, **самый несчастливый период в жизни мужчин - от 20 до 30 лет.** В



этом возрастном промежутке молодые люди в большей степени недовольны своей личной жизнью и финансовым положением, чем девушки: в частности из-за амбициозных и трудно осуществимых планов, например покупки дорогой машины или быстрого приобретения стабильного капитала. В то же время после 34 лет большинство мужчин, в отличие от женщин, обзаводятся семьей. **Чем старше становится мужчина, тем он счастливее,** и во многом это счастье связано с женой, рождением детей и материальным достатком. Исследователи определили, что для большинства мужчин **41 год - это пиковый возраст финансового достатка, 48 лет - возраст максимального ощущения полного счастья, а 64 года - самый лучший возраст для семейного благополучия.** ☺

Уважаемые читатели!

Роль медиков Алтая в становлении и развитии отечественной медицины невозможно недооценить. Имена **И.И. НЕЙМАРКА, З.С. БАРКАГАНА, Я.И. ШОЙХЕТА, В.Б. ГЕРВАЗИЕВА** известны не только в России, но и далеко за ее пределами. Многие из наших земляков имеют правительственные награды, почетные звания и ученые степени.

С 1992 года в Алтайской краевой научной медицинской библиотеке организован фонд краеведческой медицинской литературы. Возможно, в ваших личных библиотеках имеются экземпляры изданий медицинской тематики, либо литература по медицине, изданная на Алтае и представляющая интерес для медицинских работников. Вы можете передать ее в дар Алтайской краевой научной медицинской библиотеке. Мы будем Вам благодарны!

*По всем возникшим вопросам связаться можно с заместителем директора библиотеки по методической работе **Натальей Кирилловной АРГУНОВОЙ** по телефону (3852) 62-52-03.*





**Наталья Ильинична
ФАДЕЕВА,**

доктор медицинских наук,
профессор, заведующая
кафедрой акушерства и
гинекологии №1 АГМУ,
Заслуженный врач
Российской Федерации

Медико-социальный портрет студенчества

Позади лето, которое было «жарким» только лишь для выпускников школ. Правила приема абитуриентов в вузы страны в этом году существенно изменились. ЕГЭ из эксперимента стал нормой жизни, что, с одной стороны, облегчило, с другой - усложнило путь от школьника в студенты. Ну вот и все волнения позади. Большинство бывших школьников 1 сентября заняли свои места за партами вузов, вступив в новый, яркий и незабываемый, виток своей жизни под названием «студенчество».



**Ольга Васильевна
РЕМНЕВА,**

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

Для нас, преподавателей, уже много лет работающих в вузе, первое сентября, по-прежнему, - самый радостный и волнительный день в году. Радость от ожидания встречи с новыми студентами буквально переполняет. С каким настроением к нам придет молодежь? Как они отнесутся к предмету? Чем они живут? Как лучше организовать работу на цикле, чтобы он был интересен и познавателен для них? Вот только малая часть вопросов, ответы на которые мы пытаемся прочесть в глазах наших студентов с первого дня общения. Радостная эйфория несколько угасает, когда наши самые умные, самые красивые и самые целеустремленные дети начинают проходить ежегодный осенний диспансерный осмотр и мы из года в год на примере наших студентов видим ухудшение соматического здоровья у первокурсников.

Наш край состоит из 17 сельскохозяйственных районов. Рождаемость в сельской местности всегда была более высокой, чем в городской местности, и сельское население пополняло города. **Большинство сегодняшних студентов вузов - это дети села.** *Наша кафедра провела работу по изучению состояния соматического и репродуктивного здоровья у девочек-подростков 15-18 лет в типичном сибирском сельскохозяйственном регионе, которым является Ключевской район Алтайского края (исследователь - Е.Г. КУДИНОВА).*

В изучаемом регионе с 2000 по 2005 годы отмечено уменьшение количества девочек 15-18 лет - на **12,2%**. **При динамическом снижении количества девочек 15-18 лет растет их соматическая и гинекологическая заболеваемость.** Практически каждая вторая девочка имеет заболевания ЛОР-органов, каждая третья - сердечно-сосудистой и нервной систем. Достаточно высока заболеваемость системы органов дыхания (**16,4%**). На фоне высокого уровня соматической патологии выявлена высокая частота гинекологической патологии. Так, за шесть лет отмечен рост частоты осложненного течения пубертата, в том числе рост нарушений менструальной функции на **23,4%**.

Переезд в город, интенсивность и нестандартность студенческой жизни, отсутствие ежедневной психологической помощи семьи часто приводят к психоэмоциональному и иммунному срыву у первокурсников, что, в свою очередь, дополнительно негативно сказывается на исходно ущербном состоянии здоровья подростков. Зная это, **в вузах обязательно, кроме учебной работы, большая роль отводится воспитательному разделу,** особенно среди студентов младших курсов.

Другая проблема сегодняшнего дня - это современный взгляд молодежи на сексуальное и репродуктивное поведение. К сожалению, приемлемость в обществе раннего начала половых отношений, допустимости для значительной



**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**

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



Школа ответственного родительства

части молодежи добранных сексуальных связей не снижается, а растет. Хотя уже давно не секрет, что одним из важных показателей, определяющих качество репродуктивного здоровья, служит возраст начала половой жизни. По данным анкет 2004 года, **половую жизнь в 15-16 лет начали 6,2% обследуемых студентов, в 17 лет - 17%, в 18 лет - 30%**. По результатам анкетирования 2008 года, подобный опыт **в 15-16 лет имели уже 12,0%, в 17 лет - 26,0%, а в 18 лет - 40,0% студенток**. Повышенная сексуальная активность подростков, наряду с недостаточной информированностью их об инфекциях, передающихся половым путем, и методах профилактики вызываемых этими инфекциями заболеваний, приводят к тому, что распространенность гинекологических заболеваний **с 35%** у девушек - первокурсниц к моменту окончания ими вуза увеличивается **до 85%**. В структуре гинекологической заболеваемости преобладают воспалительные заболевания, нарушения менструальной функции, фоновые заболевания шейки матки.

Наступление незапланированной беременности - еще одна непосильная «плата» за раннее начало половой жизни. Частота беременностей у подростков в последние 20 лет в России возросла в десятки раз и не имеет тенденции к снижению. Исход незапланированной беременности - «незрелое» родительство или аборт.

Если выбор сделан в пользу вынашивания беременности и рождения ребенка, то часто возникают проблемы с продолжением учебы в вузе. К тому же следует помнить, что беременности и роды у юных женщин в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости имеют ряд особенностей. По данным статистики, *ранняя беременность и роды*, как правило, *протекают с большим количеством осложнений*. Высок риск материнского и перинатального травматизма. На сегодняшний день считается идеальным возрастом для первой беременности и родов - **21 год**.

Если же исход незапланированной беременности - аборт, то это еще более худший вариант. В России каждый десятый аборт производится у девушек моложе 19 лет. Последствия аборт-общезвестны: это - разбалансиро-

Репродуктивные установки девочек

- Выйти замуж (удачно).
- Иметь одного или двух детей.
- Иметь ребёнка после профессионального роста (достижения материального благополучия).
- Не планируют.
- Иметь трёх и более детей.

(Н.И. Фадеева)

ванность репродуктивной системы, воспалительные процессы гениталий, а затем бесплодие, невынашивание или осложненное течение последующих беременностей и родов - рождение больного потомства. Одним из страшных последствий аборта является материнская смертность. **В России аборт как причина материнской смертности во многих регионах занимает лидирующее место и составляет 18,5%.**

Предсказать, как аборт отразится на здоровье конкретной женщины невозможно. Нет прямой связи между осложнениями и методом проведения аборта. Кроме громадного ущерба для общего и репродуктивного здоровья, аборт, особенно первый, - это **всегда глубокая психологическая драма для юной девушки**, «рана», которая может «кровоточить» всю последующую жизнь.

Учитывая тенденцию к раннему половому «взрослению» нашей молодежи и в то же время ориентирование на создание семьи и рождение детей в более поздний возрастной период, важным аспектом сохранения их репродуктивного здоровья является **квалифицированное своевременное обучение подростков современным методам планирования семьи**. По данным анкетирования студенток, живущих половой жизнью, регулярно методы контрацепции использовали только половина девушек.

Наиболее эффективным «студенческим» видом контрацепции считается **гормональный метод**, его используют **21,0%** студенток. Но при исследовании практически ни одна студентка не ответила

Почему я сделала аборт?

- ◆ **недостаточно была осведомлена о современных методах контрацепции (33,7%)**
- ◆ **«так все поступают» (15%)**
- ◆ **партнер не желал использовать методы контрацепции (10%)**
- ◆ **отсутствие денег на контрацептивы (10%)**



Школа ответственного родительства

◀ на вопросы, связанные с возможными побочными эффектами разных методов контрацепции, в том числе и гормональной. Еще одним негативным моментом, выявленным при анкетировании, явилось то, что **прием гормональных препаратов осуществляется девушками без предварительного обследования у врачей акушеров-гинекологов**, без учета наследственного тромбогенного анамнеза и предварительного исследования системы гемостаза. В то же время ни для кого не секрет, что и в нашем крае, и в России стремительно увеличивается число пациентов с заболеваниями, связанными с нарушениями системы гемостаза (тромбозы, тромбоэмболии, инсульты и т.д.).

Студенты - это репродуктивный потенциал страны. Именно они определяют рождаемость на ближайшие 10-15 лет. Количество сегодняшних 15-19 - лет девушек будет определять рост рождаемости, а состояние здоровья этих девушек - качество нового рожденного поколения. **Проблема воспроизводства населения в России сегодня из социальной и медицинской проблемы превратилась в государственную.** Учитывая количество сегодняшней молодежи, приоритеты на жизнь и состояние их здоровья, возникает вопрос: кто и кого будет рожать?

На наш взгляд, *родителям сегодняшних детей и подростков,*

наверное, нужно стремиться не только к материальным благам: сладко накормить, хорошо одеть, дать престижное для нашего времени образование, - но и не забывать воспитывать в детях то духовное, чему учили нас наши родители: честь и здоровье береги смолodu; любовь - прежде всего душевная близость, а потом, в семье, и физическая; семья - это обязательно наличие детей.

Педагоги и медицинские работники должны проводить среди подростков и молодежи квалифицированные информационные и образовательные медико-социальные мероприятия по формированию ответственного отношения к своему здоровью, репродуктивному поведению, осознанному решению о создании семьи. Необходимы действенные, доступные подростку, программы по обеспечению медицинской квалифицированной помощи в вопросах безопасной, но эффективной контрацепции.

Изменение репродуктивного поведения женщин, особенно молодежи, является, на наш взгляд, наиболее важным аспектом в сохранении репродуктивного здоровья населения страны и возможности рождения в будущем нового поколения. Задача всего общества - создать все условия, чтобы «нить жизни» не оборвалась в 21 веке... ☺



ЭТО интересно

Такие разные мамы...

Американские ученые выяснили, что вид плачущих и смеющихся детей вызывает у матерей эмоциональный подъем.

Исследователи оценивали реакцию матерей на детские фотографии, на которых младенцы плакали, смеялись или не выражали никаких эмоций. Во время их просмотра головной мозг женщин, недавно родивших первого ребенка, изучали с помощью магнитно-резонансной томографии. У тех женщин, которые в детстве воспитывались в нормальных условиях, фотографии плачущих или смеющихся детей вызвали повышенную активность центров удовольствия. В то же время у матерей, которые воспитывались без надлежащего внимания со стороны родителей, при просмотре детских фотографий наблюдалась активность отделов мозга, связанных с ощущениями боли, горя и раздражения. Было предположено, что трудное детство таких женщин вызвало недостаточную выработку гормона окситоцин, который играет важную роль в установлении связей с ребенком, в том числе усиливает выработку грудного молока.

Исследователи обнаружили четкую зависимость между уровнем окситоцина и активностью различных отделов мозга женщин.

Оставь покурить!

Не только Интернет отвлекает сотрудников от работы: курение, по данным американских исследователей, отнимает 7% рабочего времени.

Выплаты на медицинскую страховку курильщика в среднем обходятся на 46% дороже, чем для некурящего сотрудника. Борьба с курением ведется по большому счету в одном направлении - таких сотрудников не берут на работу.





Как помочь ребенку адаптироваться к яслям

Как бы хорошо не был подготовлен ребенок к яслям, первые дни его пребывания в них будут трудными. В этот период нужно максимально бережно относиться к малышу.

Хорошо, если вы **заранее познакомитесь с будущим воспитателем ребенка, поговорите с ним о своем малыше.** Во многих странах широко практикуется неоднократное посещение воспитателем семьи ребенка, знакомство с ним в привычных для него условиях. Если такое посещение по каким-либо причинам невозможно, родители сами могут прийти с ребенком в ясли, побывать с ним в группе, на детской площадке. И не раз! Тогда ребенок будет меньше пугаться непривычной обстановки.

Желательно, чтобы в первые дни малыш брал с собой **любимую игрушку.** Время, проводимое в группе, следует увеличивать постепенно, в течение первой недели - это не более трех часов в день. Если ребенок болезненно реагирует на рас-

ставание с вами, то, если это возможно, **побудьте первые дни в группе вместе с ним.** Вы можете поиграть с малышами, помочь воспитателю погулять с детьми, покормить их. Ненадолго выходите из группы, предупредив ребенка, что скоро вернетесь: это поможет ему постепенно отвыкнуть от вашего постоянного присутствия.

Увеличить время пребывания в новом коллективе можно только при хорошем эмоциональном состоянии ребенка. Целесообразно сохранить в период адаптации привычные для малыша приемы ухода за ним, даже если они противоречат установкам воспитателя, например, убедите его покачать малыша перед сном. Требования дисциплины не должны противоречить ин-



Наталья Алексеевна КОЖЕВНИКОВА,
воспитатель МДОУ №11
«Рябинка», г.Новоалтайск,
Алтайский край

В первые дни после поступления ребенка в ясли не следует проводить неприятных для него процедур. Если он не любит, когда его стригут, сделайте это заранее или подождите, пока он придет в уравновешенное состояние.



◀ дивидуальному подходу к каждому ребенку. Воспитатель ни в коем случае не должен насильно заставлять детей делать что-то не так, как они привыкли, поскольку страх, возникающий у них в такой ситуации, значительно осложнит их привыкание к новым условиям. Во время адаптации малыши особенно остро нуждаются в чувстве защищенности, эмоциональном комфорте.

В первые дни после поступления ребенка в ясли **не следует проводить неприятных для него процедур**. Если он не любит, когда его стригут, сделайте это заранее или подождите, пока он придет в уравновешенное состояние.

Особое внимание нужно уделить здоровью малыша. Как правило, впервые поступающие в ясли на 5-7-й день заболевают острой респираторной инфекцией. Поэтому лучше предупредить заболевание, ведь прогнозировать его тяжесть и возможные последствия трудно. Легкое покраснение зева, небольшой насморк являются противопоказанием к посещению яслей. Поддержите ребенка дома 3-4 дня на щадящем режиме. Дети, у которых наблюдаются проявления эмоционального стресса, нуждаются в консультации психоневролога. **Особое внимание обратите на организацию полноценного отдыха ребенка.** Не стоит водить его в гости, поздно возвращаться домой, принимать у себя друзей. Малыш в этот период чересчур перегружен впечатлениями, нужно щадить его нервную систему.

А теперь попробуйте ответить на следующие вопросы:

1. Какой тип общения со взрослыми предпочитает ваш ребенок? Умеет ли он устанавливать с вами предметное взаимодействие, инициативен ли в общении, ищет ли вашей помощи и поощрения своим успехам?

2. Умеет ли ребенок самостоятельно и разнообразно играть?

3. Стремится ли ребенок к самостоятельности? Владеет ли он необходимыми для его возраста навыками самообслуживания, старается ли сам одеваться, есть, умываться? Умеет ли он убирать на место игрушки, книжки?

4. Как малыш относится к посторонним взрослым? Пугается ли их, плачет или с удовольствием вступает с ними в контакт?

5. Проявляет ли ваш ребенок интерес к другим детям, и в какой форме этот интерес выражается? Умеет ли малыш играть рядом или вместе с ними, делится ли игрушками?

Если окажется, что у ребенка развита потребность в сотрудничестве с близкими и посторонними взрослыми, если он владеет средствами предметного взаимодействия, стремится к самостоятельности, если он открыт и доброжелателен по отношению к сверстникам, - считайте, что он психологически готов к поступлению в ясли. ☺

Какую воду

С целью установления требований к организации питьевого режима и раздаче питьевой расфасованной воды из потребительской тары объемом 19, 13 и 11,4 литра в детских и подростковых коллективах учреждений социального назначения, независимо от их подчиненности и форм собственности, разработаны Методические указания МУ 2.1.10.002-09 «Гигиенические требования к организации питьевого режима и раздаче питьевой расфасованной воды в детских и подростковых коллективах учреждений социального назначения».

При употреблении питьевых расфасованных вод вскрытую бутылку необходимо **хранить в месте, защищенном от пыли и попадания прямых солнечных лучей**, вдали от отопительных и нагревательных приборов при температуре от 2+2°C до 20+2°C.

После вскрытия заводской упаковки рекомендуется употребить воду в течение 7 суток. Необходимо помнить, что укуренная бутылка - это безопасная упаковка, обеспечивающая доставку и длительное, надежное хранение продукции. После нарушения заводской укупорки качество воды зависит от условий ее разбора.

Раздачу питьевой расфасованной воды в детских и подростковых учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием бытовых раздатчиков (**помп или кулеров**).

Не следует устанавливать бытовой раздатчик и осуществлять разбор воды в помещениях с сильнопахнущими легколетучими веществами, рядом с комнатными растениями, отопительными приборами и под



прямыми солнечными лучами. При неправильной эксплуатации бытовой раздатчик может стать накопителем микроорганизмов, что может привести к загрязнению воды.

С целью предупреждения возникновения заболеваемости острыми кишечными инфекциями различной этиологии, связанной с употреблением питьевой расфасованной воды, **рекомендовано разливать пи-**



ПИТЬ НАШИМ ДЕТЯМ?

тьевую воду для детских дошкольных образовательных учреждений в емкости 11,4 и 13 литров, что не позволит воде застаиваться.

Дети могут быть источником заболеваний, передающихся контактным путем, что может привести к заражению бытового раздатчика и воды. Поэтому одно из главных требований правильной эксплуатации - это **исключение возможности доступа детей младшего возраста и больных к бутылки с водой и бытовому раздатчику**. Также при использовании кулеров есть вероятность получения ожога детьми при самостоятельном наливе горячей воды.

Каждая бутылка с водой должна иметь ярлык, дублирующий дату розлива продукции и место для нанесения информации о начале использования бутылки (число, месяц, год) с обязательной отметкой лица, производившего открытие заводской пробки. Отметка делается представителем предприятия-производителя в случае замены бутылки в момент доставки или ответственным работником учреждения, осуществившим замену самостоятельно.

Осуществлять сборку и установку бытового раздатчика, а также установку бутылки, необходимо чистыми руками. Удалить пробку с бутылки перед установкой. При установке помпы касаться внутренней части горловины бутылки руками запрещено. Переустановку новой бутылки необходимо производить как можно быстрее, не оставляя надолго водозаборную трубку помпы и питающий шток кулера на воздухе, так как это повлечет возможное пылевое и микробное загрязнение воды.

Осуществлять налив только чистыми руками.

Использовать чистую индивидуальную посуду.

При использовании помпы убедиться в чистоте водозаборной трубки при переустановке насоса на новую бутылку. При использовании кулера убедиться в отсутствии каких-либо предметов, загрязнений на верхней крышке устройства, питающем штоке, приемной чаше.

В случае видимого загрязнения (пыль, налет, пищевые остатки и др.) рекомендуется направить бытовой раздатчик в Компанию, осуществляющую доставку воды и обслуживание бытовых раздатчиков, для проведения санитарной обработки.

Осуществлять санитарную обработку помпы не реже 1 раза в 3 месяца, кулера - не реже 1 раза в 6 месяцев.

Учитывая, что Алтайский край является территорией, на которой регистрируются йододефицитные состояния и кариес, при которых в первую очередь страдают дети от 3 до 14 лет, **в детских организованных коллективах рекомендовано для организации питьевого режима использовать расфасованные питьевые воды, обогащенные йодом, фтором и селеном.**



Каждая партия питьевой воды подвергается лабораторным испытаниям, подтверждающим ее качество. Продукция сопровождается документом, удостоверяющим ее качество.

Удостоверение качества содержит информацию о производителе; продукции; дате ее розлива (должна совпадать с датой розлива, указанной на крышке бутылки); основных показателях солевого состава и бактериологической безопасности; соответствии требованиям нормативного документа, согласно которому выпускается питьевая вода.

При использовании продукции в таре объемом 11,4 и 13 л обязательным является сохранение заполненного ярлыка в верхней части бутылки и удостоверения о качестве, доставленных с этой продукцией.

Удостоверения о качестве необходимо хранить в течение 1 месяца с начала использования питьевой воды.

Компании-производители питьевых расфасованных вод не реже 1 раза в сезон имеют право проводить отбор воды с целью идентификации продукции, поставляемой в загородные оздоровительные учреждения. ☺

О.Н. КОРШУНОВА,
начальник отдела надзора
за состоянием среды обитания
и условиями проживания
Управления
Роспотребнадзора по Алтайскому краю



«Проблемы и перспективы развития сестринского дела в системе здравоохранения»

- такая актуальная тема обсуждалась на межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, которая состоялась 25-26 июня в г.Томске.

В работе конференции приняли участие ученые, руководители здравоохранения и образования, главные и старшие медицинские сестры лечебно-профилактических учреждений из городов Москвы, Иркутска, Кемерово, Красноярска, Новосибирска, Омска, Самары, Уфы, Томска, Алтайского края, а также других регионов Российской Федерации, зарубежные ученые и партнеры в области сестринского дела США (Эллис Томпсон, Ронда Бендер, Николь Бибердорф), Греции (Джон Мантас), Германии (Рольф Энгельбрехт).

Работа конференции включала в себя две основные формы: пленарное заседание и работу в секциях (заседания «круглого стола»), в ходе которых была возможность обменяться опытом, знаниями и информацией.

От Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в работе конференции принимала участие делегация из шести руководителей сестринских коллективов: **Ю.А. ФРОЛОВА**, главная медицинская сестра ГУЗ «Краевая клиническая больница» - руководитель делегации; **Л.А. УФИМСКАЯ**, главная медицинская сестра КГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»; **Л.П. ПОКАНОВА**, главная медицинская сестра МУЗ «Новоалтайская городская больница»; **С.А. БАРАНОВА**, главная медицинская сестра НУЗ «ОКБ на ст.Барнаул»; **Н.Н. ЛИСИНА**, старшая медицинская сестра КГУЗ «Краевая офтальмологическая больница»; **Л.В. КРЮКОВА**, главная медицинская сестра МУЗ «Городская больница №10».

Своими впечатлениями делятся делегаты конференции.

Л.А. УФИМСКАЯ, главная медсестра ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», высшая квалификационная категория по специальности «Организация сестринского дела»:

- На пленарном заседании центральной темой конференции стали проблемы и перспективы вузовской подготовки медицинской сестры. В сегодняшнем здравоохранении очень многое зависит от уровня подготовки управленческих кадров. И если говорить о руководителях сестринских служб, способных решать задачи развития отрасли, то обязательным условием у них является **наличие высшего сестринского образования**. Подробно освещались перспективы развития сестринского дела в России, Европе и США. Живой интерес вызвал **обмен мнениями** участников конференции **относительно внедрения в сестринское дело новых технологий в оказании помощи больным и инноваций в этом направлении**, а также перспективы интеграции сестринского образования всех уровней в европейское пространство.

В одной из секций «*Менеджмент и информационные технологии в сестринском деле*» было представлено 10 сообщений. Два доклада объединила общая тема «*Корпоративная культура в учреждениях здравоохранения*», что позволило получить два различных взгляда на одну проблему. На обсуждение были вынесены вопросы менеджмента в сестринском деле, роль менеджеров сестринского дела при организации внутреннего маркетинга в ЛПУ, информатизация здравоохранения, статус медицинской сестры.

На мой взгляд, интересный доклад «*Идеальная модель медицинской сестры*» был представлен старшей



Лариса Алексеевна ПЛИГИНА, президент АРОО

«Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»

медсестрой Консультативного и лечебно-диагностического центра клиник СибГМУ **Л.В. ЧУЛКОВОЙ**: «Сестринское дело в условиях продолжающегося реформирования отечественного здравоохранения является важнейшей частью происходящих перемен с активным участием в этом движении многомиллионной армии медицинских сестер. В связи с разработкой новой концепции здравоохранения в стране существенно меняется социальный статус и роль медицинского персонала. **Медсестра рассматривается как творческая личность**, умеющая систематизировать, индивидуализировать и планировать уход за больным и, как активный член лечебной бригады, грамотно и самостоятельно оказывающая помощь пациентам, используя современные модели технологий сестринского процесса».

В новой модели медсестра многоуровневой подготовки выступает в роли **менеджера**, активно участвует в рациональной организации лечебно-диагностического процесса. И это, конечно, требует не только совершенствования клинической сестринской подготовки, но и эффективного развития всего сестринского дела в практическом здравоохранении. ►

15 медсестер-интернов из различных отделений провели собственное исследование: «Какой должна быть идеальная медсестра?». В его ходе медсестры выстроили свое видение идеальной модели медицинской сестры на основе опыта работы в различных отраслях практического здравоохранения. Модель включает в себя три основных аспекта: профессиональный, организационный и социально-психологический. Кроме стандартных требований к медсестре, среди которых - *доброота, чуткость и способность к сопереживанию*, добавляются такие требования, как: *безошибочное и умелое выполнение манипуляций, способность грамотно строить общение, профессиональная компетентность, желание повысить профессиональный статус, проведение профилактических мероприятий, поддержание благоприятного климата в отделении, уважительное отношение к коллегам*. Медсестра должна в большей степени быть хорошо образованным профессионалом, равным партнером врачу, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медсестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни.

Если осуществлять подготовку медсестер, опираясь на перечисленные аспекты, можно приблизиться к тому идеальному работнику, с которым охотно будут сотрудничать ЛПУ, а со стороны самой медсестры будет отдача в трех определяющих направлениях: **население, организация и, наконец, сама медсестра**, которая обретет уверенность в значимости профессии, чувство удовлетворения и пользы от своей работы, желание проявлять инициативу, быть нужной и полезной, внутренний психологический комфорт и гармонию с собой».

Большую роль во взаимодействии сыграло неформальное общение, где царила доброжелательность и желание найти общие точки соприкосновения, что позволило получить максимальный эффект от участия в конференции.

Л.П. ПОКАНОВА, *главная медицинская сестра МУЗ «Новоалтайская городская больница», специалист высшей квалификационной категории по специальностям: «Организация сестринского дела», «Сестринское дело»:*

● Работа конференции была разделена на пленарное заседание и работу трех секций:

◆ **секция №1:** «Роль медсестры и профессиональных общественных медицинских организаций в реализации национальных реабилитационно-профилактических программ»;

◆ **секция №2:** «Непрерывное профессиональное образование среднего медицинского персонала. Кадровое обеспечение практического здравоохранения и трудоустройство выпускников»;

◆ **секция №3:** «Менеджмент и информационные технологии в сестринском деле».

Я работала в секции №2. Ее работа была направлена на обсуждение новых подходов к организации непрерывного обучения специалистов сестринского дела.

Непрерывное образование - это то профессиональное обучение, которое проводится для обогащения сестринского вклада в качественную охрану здоровья и в поддержку достижения целей индивидуальной профессиональной карьеры (*Американская ассоциация медицинских сестер, 1994г.*).

Основными критериями эффективности медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациента. В связи с чем на региональном и муниципальном уровнях требуется вовлечение всех специалистов сестринского дела, в том числе и профессиональных обществ (ассоциаций) медицинских сестер в организацию подготовки и переподготовки специалистов.

На сегодня можно определить:

◆ *формы последипломной подготовки специалистов:* очная форма обучения; очно-заочная форма обучения; тематические циклы и семинары, научно-практические конференции; накопительная система зачета часов в предаттестационной подготовке;

◆ *проблемы дополнительного профессионального образования:* отсутствие мотивации на развитие творческой деятельности специалистов сестринского дела; отсутствие возможности выбора образовательного учреждения и образовательной программы для прохождения обучения специалистом; ограниченный доступ у средних медицинских работников к современной медицинской информации; отсутствие в образовательном учреждении необходимого методического обеспечения для всех возможных форм дополнительного

последипломного образования; отсутствие объективного контроля качества предоставляемых образовательных услуг в сфере ДПО.

И как итог - специалист по своей квалификации не соответствует требованиям работодателей.

Преимущества использования накопительной системой последипломного образования: способствует повышению мотивации к самостоятельному углублению знаний; повышает качество оказания сестринской помощи посредством внедрения в практику полученных знаний; повышает престиж профессии медицинской сестры; формирует уверенность общества в безопасности и профессионализме сестринской помощи.

На основании вышеперечисленного хотелось бы предложить для успешного развития постдипломного обучения:

◆ управлению здравоохранения совместно с Факультетом высшего сестринского образования АГМУ сформировать механизмы прогнозирования, мониторинга и регионального регулирования подготовки специалистов сестринского дела и их последипломного обучения;

◆ на уровне края и городов законодательно закрепить развитие накопительной системы последипломного образования сестринского персонала. Это возможно сделать лишь при нормативном закреплении полномочий и ответственности учреждений здравоохранения при практической подготовке студентов и слушателей учреждений среднего медицинского образования;

◆ оптимизировать подготовку и переподготовку кадров следующим образом: создать накопительную систему последипломного образования; внедрить систему дистанционного дополнительного профессионального образования; обеспечить информационную поддержку образовательного процесса; использовать в образовательном процессе учебно-методические рекомендации, разработанные Ассоциацией медицинских сестер России и ее региональными отделениями; повысить квалификацию преподавателей по специальности «медицинская информатика», информационным технологиям, используемым в практическом здравоохранении.

Работа в данном направлении позволит получить специалистам, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых медсестринских технологий и новых методов профилактики и лечения. ☺



Что нужно знать о мужских гормонах

XX век - век рождения науки о гормонах. Открытие, изучение и практическое использование половых гормонов относится к числу наиболее важных достижений современной медицины. В 1935 году Эрнст Лако выделяет из тестикул быка «кристаллический мужской гормон». В этом же году немецкий химик Бутон получает и описывает структуру мужского полового гормона - ТЕСТОСТЕРОНА, а неделей позже Леопольд Ружичка, югославский химик, сообщает о методе синтеза тестостерона, за который в 1939 году получает Нобелевскую премию. С этого времени началась эпоха применения препаратов тестостерона для уменьшения симптомов мужского старения.

Если мужских гормонов мало...

У мужчин с низким уровнем тестостерона часто снижены мышечная масса и половое влечение, имеются нарушения эректильной функции, процесса образования спермы, имеются затруднения с концентрацией внимания.

Признаки и симптомы недостаточности тестостерона:

- ◆ снижение либидо (полового влечения);
- ◆ импотенция;
- ◆ эмоциональная неустойчивость (депрессия, резкие изменения настроения, тревога, раздражительность);
- ◆ слабость или вялость;
- ◆ уменьшение мышечной массы и силы;
- ◆ уменьшение костной массы и остеопороз;
- ◆ ослабление способности концентрировать внимание;
- ◆ вазомоторная неустойчивость (учащенное сердцебиение, «приливы», избыточное потоотделение);
- ◆ усталость.

Нарушения эректильной функции и их причины

Нарушение эрекции принято обозначать термином «**эректильная дисфункция**». Причиной нарушения эрекции могут быть: психологические расстройства, эндокринные гормональные нарушения (в основном связанные с низким

уровнем тестостерона), сосудистые нарушения, анатомические изменения полового члена и неврологические расстройства.

Часто существующие нарушения эрекции являются следствием воздействия нескольких из вышеперечисленных причин. Основополагающим в диагностике нарушений полового влечения и эректильной функции является исследование гормонального статуса, в первую очередь, тестостерона.

Влияние дефицита тестостерона на настроение у мужчин

Доказано наличие прямой связи между низким содержанием тестостерона у мужчины и частотой случаев депрессии. **Симптомы депрессии могут включать:** пониженную самооценку, общую усталость, чувство вины, нарушения сна и снижение полового влечения, а также отсутствие удовольствия от жизни.

Если такому пациенту нормализовать гормональный фон, то подобных проявлений можно избежать. Таким образом, правильно и своевременно назначенное врачом лечение может помочь устранить симптомы депрессии и улучшить настроение.

Ожирение - это избыточное накопление жировой ткани в организме, сопровождаемое высоким риском заболеваемости и смертности.

Ожирение

Жировая ткань, располагаясь не только под кожей, но и обволакивая



Татьяна Викторовна ПАРУСЕВА,

медицинская сестра урологического отделения, ГУЗ «Краевая клиническая больница», член Ассоциации с 2007 года

Поскольку половые гормоны (преимущественно тестостерон) играют основополагающую роль в возникновении и формировании полового влечения, то чаще всего эти нарушения связаны именно с недостатком половых гормонов, в первую очередь, тестостерона. Иногда нарушения полового влечения носят психологический характер и являются вторичными, то есть возникающими на фоне существующей эректильной дисфункции или других нарушений сексуальной функции.



Советы медицинской сестры

◀ многие внутренние органы, затрудняет их работу. У человека с избыточной массой тела часто возникают болезни сердца, повышенное артериальное давление, сахарный диабет и - как следствие - уменьшается продолжительность жизни.

Сегодня ожирение рассматривается как заболевание, требующее серьезного лечения.

Как установить наличие ожирения?

Увеличение окружности талии также может служить показателем ожирения и фактором риска развития таких осложнений, как сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы. **Если окружность талии у мужчины превышает 94см, нужно подумать о снижении веса. Талия более 102см - серьезный повод для тревоги.** При таких показателях окружности талии необходимо срочно избавиться от излишков массы тела!

Что может быть одной из причин ожирения?

Снижение тестостерона у мужчин с ожирением является важным фактором поддержания и прогрессирования ожирения, поскольку **тестостерон является основным анаболическим гормоном**, при его дефиците значительно снижается физическая активность, роль которой в снижении и поддержании нормального веса очень велика. Кроме того, дефицит тестостерона сам по себе является дополнительным фактором риска развития ожирения. Полнота может повлечь за собой тяжелые заболевания, сопутствующие ожирению. А вот **снижение массы тела - подарок для организма**, всех его систем. Снизив свой вес, вы поможете себе: вы не только будете лучше себя чувствовать, но при этом существенно уменьшится риск развития других сопутствующих заболеваний и осложнений.

Снижение мышечной массы

Давно известно, что в развитии и сохранении мышц у мужчин участвует тестостерон, и нередко,



даже у молодых мужчин со сниженным его уровнем, встречается мышечная слабость. Уменьшение мышечной массы и силы отмечается и у пожилых мужчин, и считается, что это вызвано рядом факторов, в том числе и снижением концентрации мужского полового гормона - тестостерона. **Тестостерон обеспечивает около 70% роста мышечной ткани.**

Исследования на клеточных культурах показали, что андрогены (тестостерон) стимулируют митоз (деление) мышечных клеток. Кроме того, тестостерон путем действия на андрогеновые рецепторы в мышечных клетках, способствует их непосредственному

росту. **В отсутствие андрогенов не происходит развития мышечной массы, но отмечается увеличение количества жировой ткани.**

Гормональная терапия - не опасно ли это?

Лечение препаратами тестостерона назначается после предварительного обследования и исключения возможных противопоказаний. При диагностированном дефиците тестостерона необходимо как можно скорее начать лечение. Основную роль должна играть терапия, направленная на нормализацию содержания тестостерона в плазме крови.

Принципиально новым и наиболее эффективным и безопасным методом лечения недостаточности тестостерона является **тестостерон в виде геля**. Гель тестостерона наносится на кожу плеч или живота всего один раз в сутки. С этой новой формой геля вы можете забыть о болезненных инъекциях, применять гель легко и удобно. После рекомендации доктора вы можете проводить лечение самостоятельно, в домашних условиях.

Грамотно подобранная терапия поможет вам избавиться от беспокоящих вас симптомов дефицита тестостерона, нормализует вашу ежедневную активность, поможет вам чувствовать себя мужчиной не только в сексуальном, но и в социальном плане. ☺

Мама...

Пока жива мама, чувствуешь себя моложе, увереннее.

Только мама с нежностью рассказывает, какой забавной ты была в детстве, чем болела, как хитрила. Не один раз спрашивала у мамы: «А когда я родилась?». А она - в ответ: «Да в 6.15 утра, ты у меня - ранняя пташка».

И почему-то, забывая миг своего рождения, возвращались к этому вопросу опять и опять. И вдруг наступила пустота... Не у кого больше спросить - и в один миг понимаешь, что уходят люди, которые помнили тебя маленькой! И вдруг в одночасье, стремительно взрослеешь. Эта безвозвратная, горькая и всегда безвременная потеря, в каком бы возрасте мы ни теряли своих родителей!

Мы искренне соболезнуем Ларисе Алексеевне ПЛИГИНОЙ. 23 сентября она навсегда простилась со своей мамой Тройниной Марией Андреевной.



Аллергические заболевания у детей

(Продолжение. Начало - в №№7(79), 8(80))

Астматический приступ у ребенка может возникнуть и на **запах табака**. Эффект табакокурения сказывается на ребенке еще в утробе матери, и риск развития бронхиальной астмы у детей от курящих родителей повышается. Пассивное курение является частым и серьезным провоцирующим фактором (триггером).

Во время курения **20%** вредных веществ, содержащихся в табаке, сгорает, **25%** - задерживается в легких курящего, **5%** - остается в окурке, и остальные **50%** - загрязняют окружающую среду. В табачном дыме обнаружено **более трех тысяч веществ**, которые формируют самые разнообразные токсические сочетания. Дым, производимый при выкуривании одной сигареты, делится на **первичный поток**, который выдыхает курильщик, и **вторичный**, производимый сигаретой вне затяжек. Именно вторичный поток в основном создает условия для пассивного курения. **Вторичный поток, вдыхаемый пассивным курильщиком, содержит газы, концентрация которых значительно превышает самые высокие, зарегистрированные в воздухе промышленных городов.**

Дым табака состоит из летучих веществ и различных частиц диаметром от 0,1 до 1мкм, что способствует их длительному сохранению в воздухе и глубокому проникновению и оседанию в легких при вдыхании. **Основная доля токсичности принадлежит никотину**, который легко всасывается через слизистую оболочку рта, носа, бронхов и желудка. Содержащаяся в дыме окись углерода (угарный газ), соединяясь с гемоглобином в эритроцитах, уменьшает их способность переносить кислород. **Загрязненность табачного дыма в 4,25 раза выше загрязненности выхлопных газов автомобилей.**

У больных бронхиальной астмой в атмосфере табачного дыма могут возникать кашель, одышка и приступы удушья. Бронхоспазм при вдыхании сигаретного дыма возникает из-за

раздражения в бронхах окончаний блуждающего нерва. Раздражению рецепторов блуждающего нерва способствует воспалительный процесс в слизистой оболочке бронхов у курильщиков с последующей атрофией слизистой оболочки и обнажением рецепторов. **Табачный дым оказывает токсическое действие на мукоцилиарный защитный механизм бронхов**, в котором участвуют продуцирующие слизь клетки и железы и реснитчатый аппарат эпителия бронхов.

Пищевая аллергия чаще встречается у детей раннего возраста. Наиболее часто аллергию у детей вызывают следующие продукты: **коровье молоко, белок куриного яйца, злаковые, кукурузные хлопья, арахис.** Причиной приступов астмы нередко является рыба, даже ее запах. Для детей раннего возраста - **клубника, томаты, морковь, петрушка, некоторые виды рыбы.** Следует отметить, что с пищей могут поступать различные примеси, способные вызвать аллергические реакции, - **консерванты, красящие вещества, антибиотики** (в молоке, мясе), **пестициды** (с овощами, фруктами, злаковыми), **яйца глистов, бактерии** и др.

Клиническая картина пищевой аллергии весьма многообразна. **Клинические симптомы в типичных случаях возникают в короткий срок после приема пищи** (от 5-10 минут до 3-4 часов), **однако могут наступить и в более поздний срок** - через сутки и через 10-12 дней. При наличии пищевой аллергии необходимо исключить продукты питания, вызывающие аллергию, внимательно следить за реакцией ребенка на продукты питания, чтобы избежать ненужных ограничений.

Необходимо указать на то, что **при бронхиальной астме нежелательно употреблять в пищу большое количество коровьего молока, яиц, крабов, орехов, перца, горчицы и другие приправы.** Употребление алкогольных напитков (вино, шампанское, пиво), особенно у подростков, способствует увеличению всасывания аллергенов и развитию аллергических реакций.

Тaisia Сергеевна ЛИ,
доцент кафедры педиатрии №1 с курсом детских инфекций Алтайского государственного медицинского университета, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, руководитель Алтайского краевого детского Астма-центра, г.Барнаул

Курение называют эпидемией XX века. Острую тревогу вызывает большое число курящих детей. Так, в Западной Европе курят до 20% детей в возрасте 11-12 лет. В России также наблюдается увеличение числа курящих: если в 60-х годах курили 45% мужчин и 26,5% женщин, то уже в 70-х годах - 56,9% и 49,1% соответственно.





Необходимо дать информацию об аспириновой астме, при которой имеет место непереносимость аспирина (ацетилсалициловой кислоты). Этим больным следует исключать малину, мед, клубнику, абрикосы, персики и пищевые продукты, содержащие красители.

Уменьшению клинических симптомов пищевой аллергии способствует кулинарная обработка пищи, приводящая к денатурации белков.

У каждого больного астмой бронхиальное дерево обладает повышенной чувствительностью к воздействию разнообразных и неаллергических стимулов (гиперреактивностью), вследствие чего может развиться приступ удушья. Среди неаллергических причин бронхиальной астмы выделяют неспецифические триггеры: резкие запахи, холод, вирусная и бактериальная инфекция, табачный дым, эмоциональное напряжение и стресс, физическая нагрузка, изменение метеоситуации.

Физические упражнения и спорт. У здорового человека после нагрузки бронхи расширяются. У пациентов с бронхиальной астмой физическая нагрузка - характерный стимул, вызывающий приступ удушья. В основе бронхоспазма, возникающего при физической нагрузке, лежит повышенная реактивность бронхов. Частое дыхание приводит к охлаждению и высушиванию слизистой оболочки дыхательных путей.

Степень сужения бронхов определяется интенсивностью упражнений. Необходимо проконсультироваться с врачом относительно условий для занятий физическими упражнениями (вид, продолжительность), погодные и климатические условия.

При легкой бронхиальной астме больные хорошо переносят нагрузку, но после нее может возникнуть непродолжительный бронхоспазм. При более тяжелой бронхиальной астме во время физической нагрузки возника-

ет выраженный бронхоспазм, поэтому больному в период обострения необходимо ограничивать участие в играх и в физических упражнениях.

Физическая тренировка детей проводится с постепенным повышением физической активности, чередуется с дыхательными и расслабляющими упражнениями. Приступ астмы на физическую нагрузку можно предотвратить или уменьшить с помощью лекарственных препаратов, которые посоветует врач. Например, при беге приступы возникают чаще, чем при езде на велосипеде. Плавание меньше всего способно вызвать приступы и поэтому может рекомендоваться детям с бронхиальной астмой.

Следует избегать занятий в сухую, жаркую погоду (наибольшая концентрация пыльцы в воздухе), в пыльных помещениях, принимать душ после занятий для лучшего очищения пор кожи от пота. **Бронхиальная астма не является противопоказанием к занятиям спортом**, наоборот, активный образ жизни способствует улучшению течения болезни.

Респираторные инфекции вызывают обострение астмы у многих детей. Особенно заметно это проявляется, когда ребенок начинает посещать детский сад или школу. Нередко астма у таких детей не сразу диагностируется. Ребенок часто лечится антибиотиками, а не противоастматическими препаратами. В этом случае, с одной стороны, необходимы закалывающие процедуры, достаточный сон, сбалансированное питание, избежание контактов с инфекцией; с другой стороны - применение противоастматической терапии. Своевременное, адекватное лечение уменьшает заболеваемость и проявление бронхиальной обструкции при ОРЗ.

Погода. Холод, высокая влажность, колебания атмосферного давления, гроза часто влияют на самочувствие детей, больных астмой. **Воздействие ветра, холода можно уменьшить, закрыв лицо шарфом, или оставаться дома в такие дни.** Необходимо научить ребенка дышать носом, постоянно следить за этим. Приучить рецепторы кожи к холодным процедурам. Закаливание тела холодным воздухом, водой снизят и устранят гиперчувствительность к вдыханию холодного воздуха.

Стресс. Эмоциональный стресс, нервные перегрузки, смех, плач, страх мо-



гут быть причиной бронхоспазма, приступа астмы. **Необходимо научить детей снимать напряжение, стресс с помощью дыхательных и расслабляющих упражнений, занятий спортом или регулярных умеренных физических нагрузок.** Важное место занимает нормализация психологического климата в семье.

Лекарства. У ребенка с повышенной чувствительностью может развиваться аллергическая реакция на различные лекарства, особенно антибиотики, сульфаниламиды, витамины, аспирин. **Необходимо всегда помнить о реакции своего ребенка.** Аллергическая реакция на лекарственные препараты должна быть зарегистрирована в амбулаторной карте для исключения повторного назначения этих лекарств. Из жаропонижающих препаратов у детей с бронхиальной астмой предпочтение отдается парацетамолу. Не рекомендуется использовать аспирин, бальзамы с резкими запахами, горчичники.

Профессиональная ориентация. Далее, когда ребенок с бронхиальной астмой находится в младенческом возрасте, необходимо думать о формировании интересов и планировании его профессии. **Это важно для того, чтобы исключить стрессы, связанные с возможным ухудшением состояния во время последующей работы.** Ограничения определяются с учетом установленных аллергенов. Так, при аллергии на шерсть животных исключается работа с животными, шерстью, мехом. При аллергии к пищевым продуктам, запахам невозможна работа поваром, продавцом. При аллергии к пыли не следует выбирать профессию историка или библиотечкаря. Следует избегать видов деятельности, связанных с резкими запахами, сменой температуры воздуха, большими физическими нагрузками. Не убеждайте ребенка в том, что ему нельзя быть химиком, биологом, военным, а **развивайте в нем интерес к специальностям, которые не ухудшат течение его заболевания, когда он станет взрослым.**

Дети с бронхиальной астмой могут учиться в любой специализированной школе, если справляются с учебной нагрузкой. Родители, к сожалению, часто предъявляют к своим детям очень высокие требования, подсознательно стремясь удовлетворить собственные



нереализованные профессиональные притязания.

Дети с астмой быстрее устают, чаще других пропускают занятия в школе. Они должны чаще бывать на воздухе, им требуется время для посещения врача, проведения курсов лечения. Помните об этом. Самое главное - ребенок не должен чувствовать себя отстающим и не удовлетворенным учебной.

Нередко встречается другая крайность. Без особых на то показаний детей, страдающих бронхиальной астмой, ограждают от всего: от учебы, внешкольных занятий, физических и эмоциональных нагрузок, общения со сверстниками. Эта крайность обычно обусловлена неразумным страхом, основанным на плохом понимании заболевания. Замечено, что **дети при таком отношении часто полностью выходят из-под контроля родителей в подростковом возрасте, однако вступают во взрослый мир совершенно не подготовленными.**

Тема профессии должна обсуждается с привлечением психолога.

Довольно часто задаются вопросы о **профилактических прививках.** Необходимо объяснить значение вакцинации. **После консультации с врачом решается вопрос о подготовке к вакцинации, вакцинация проводится на фоне базисной лекарственной терапии в состоянии ремиссии.** ☺

Эмоциональный стресс, нервные перегрузки, смех, плач, страх могут быть причиной бронхоспазма, приступа астмы. Необходимо научить детей снимать напряжение, стресс с помощью дыхательных и расслабляющих упражнений, занятий спортом или регулярных умеренных физических нагрузок. Важную роль занимает нормализация психологического климата в семье.





Целиакия - врожденная ферментопатия

Ольга Ивановна ЧЕРКАССКАЯ,
врач-педиатр высшей квалификационной категории,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Целиакия - наследственное хроническое заболевание, характеризующееся повреждением слизистой оболочки тонкой кишки глютеном (точнее, его составной частью глиадином) - растительным белком, клейковины злаковых, чувствительность к которому сохраняется пожизненно. В результате повреждения слизистая оболочка кишечника теряет способность полноценно всасывать белки, жиры, углеводы и витамины.

До 2000 года в России целиакия считалась одним из редких заболеваний, что объяснялось отсутствием диагностики. Появление соответствующих реактивов, которые способны определить антиглиадиновые антитела, позволило выявлять у многих больных как классическую, так и скрытую форму этого заболевания. В течение только последнего года диагноз «целиакия» ставится еженедельно 2-3 впервые выявленным больным.

К основным симптомам заболевания целиакией относятся:

- ◆ задержка роста и прибавки массы тела в течение всего детства (это самый постоянный признак);
- ◆ среди наиболее типичных симптомов специалисты выделяют:
 - боли в животе,

- поносы или стойкие запоры,
- увеличение живота,
- изменение аппетита от полного его отсутствия до резкого повышения,
- рвота,
- боли в костях,
- самопроизвольные переломы,
- кожный зуд,
- аллергические поражения кожи и органов дыхания,
- частые ОРВИ, ангина,
- агрессивное поведение,
- депрессивное состояние.

Нужно отметить, что первые симптомы заболевания развиваются через два-три месяца после введения ребенку продуктов, содержащих глютен (как правило, это происходит при первом прикорме в виде манной каши). При этом у ребенка отмечаются малые прибавки массы тела до полной остановки, признаки гипотонии мышц, рахитические



изменения костей, ломкость, сухость волос, малыш становится угрюмым и раздражительным. Однако, как правило, у него сохраняется хороший аппетит.

При длительном течении нераспознанной целиакии, вследствие длительной интоксикации глютенем, у больного начинаются **вторичные иммунные нарушения:**

- ◆ инсулинозависимый сахарный диабет,
- ◆ задержка психического развития,
- ◆ хронический гепатит,
- ◆ артрит,
- ◆ стоматит,
- ◆ язвы кишечника,
- ◆ опухоли полости рта и желудочно-кишечного тракта,
- ◆ хронические недифференцируемые температурные состояния.

При целиакии повышается опасность возникновения рака полости рта, кишечника и пищевода.

Целиакия характеризуется волнообразным течением. В период ремиссии состояние больного значительно улучшается, появляется аппетит, нормализуется стул, уменьшается объем живота. Ремиссии, однако, довольно непродолжительны, особенно у маленьких детей.

Для подтверждения диагноза существуют **лабораторные тесты** (клинические и иммунологические - для определения антител к глиадину). Проводится биопсия слизистой оболочки тощей или нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

Если заболевание удастся распознать в начальной стадии, то достаточно подобрать **нужную диету**. Поэтому основное условие успешного лечения целиакии - это **пожизненная диета с полным исключением из рациона ребенка продуктов, содержащих муку и зерна злаковых культур (пшеницы, ржи, овса и ячменя), а также ограничение жиров, особенно животных.** К продуктам, подлежащим категорическому исключению из рациона, относятся: мука и все изделия из нее, паштеты и фарш, сосиски и колбасы, соусы, раствори-



мый кофе, восточные сладости, продукты, содержащие красители, консерванты.

Необходимо обратить внимание на недопустимость назначения таблеток и пилюль в оболочке, так как в ее состав входит глютен. Также запрещены жидкие лекарственные формы, содержащие солод.

К продуктам, не содержащим глиадин, относятся изделия из гречневой крупы, риса, кукурузы и кукурузной муки, сои, картофеля, моркови и других овощей; молоко, сыр, яйцо, нежирная говядина, белое мясо и рыба, сахар, варенье, мед и фрукты.

Для полного обследования обращайтесь к педиатрам КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края». ☎

Главное, что должны усвоить родители, - ваши своевременные действия помогут ребенку избежать более серьезных проблем со здоровьем. Вы не должны разрешать ребенку даже пробовать запрещенные продукты. Постарайтесь сделать так, чтобы ребенок соблюдал диету сознательно.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-47-16 - справочная,
26-17-60, 26-17-76 - регистратура.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а



Кросс наций

20 сентября в краевой столице, а также в городах Бийске и Рубцовске, прошел «Кросс наций - 2009». Казалось, не только на площади Советов, где состоялся главный старт, но и во всем городе Барнауле царила радужная атмосфера. Хорошему настроению собравшихся 4,5 тысяч участников способствовала солнечная погода.

- Уже в четвертый раз принимаю участие во Всероссийском дне бега, - рассказал заместитель Губернатора Алтайского края **Николай Петрович ЧЕРЕПАНОВ**. - Я обратил внимание на то, что данное мероприятие - необычайное в спортивной жизни края. Не помню, чтобы в какой-то из сентябрьских дней, когда мы проводили Кросс наций, была пасмурная погода. Каждый раз она как будто призывает принять участие и говорит: «Двигайтесь! Ведь движение - это стимул здоровья». Отрадно, что мы видим здесь много молодежи. Считаю, такие массовые все-российские акции утверждают нормы здорового образа жизни. Дело ведь не в том, с какой скоростью пробежишь, станешь победителем или нет, главное - участие. Сегодня мы демонстрируем возможности наших краевых спортивных школ по гребле на байдарке и каноэ, горным лыжам. Желающие могут записаться на занятия. Все это будет работать на наш алтайский спорт, на наше крепкое здоровье.

- При содействии администрации Алтайского края и крайспортуправления было выделено финансирование, с помощью которого мы смогли приобрести новые лодки, - констатировала директор Школы по гребле на байдарках и каноэ им. К.Костенко **Татьяна Константиновна КОСТЕНКО**. - Мы используем не только байдарки и каноэ, еще существуют лодки класса «дракон». Это уникальное событие для края, ведь во всей Сибири и на Дальнем Востоке нет таких лодок. «Дракон» - это лодка, которая способна вместить 12 человек. Она устойчива, поэтому дает возможность детям тренироваться через игру. Вы спросите, почему через игру? Отвечаю: на лодке прикреплен барабан. К тому же дракон красиво, ярко расписан, что позволяет привлечь в наш вид спорта еще больше детей, и если они не все станут спортсменами высокого класса, то уж точно будут увлечены нашим видом спорта. Теперь мы уверены, что жители нашего края будут оздоравливаться и больше времени проводить на гребном канале.

Итак, вернемся к самому Кроссу наций. Представителям из Заринска, Барнаула, Камня-на-Оби, Новоалтайска, Шипуновского, Мамонтовского и других районов не терпелось выйти на старт. Спортсменов ожидали дистанции 1, 2, 4, 6, 8 и 12 км.

- Я очень хочу выиграть, но если не стану первым, не сильно расстроюсь, - говорит **Александр СМОЛЕНСКИЙ** из барнаульской школы №70. - Я каждый год принимаю участие в кроссе. В этом году привел с собой кучу своих друзей.



Традиционно самой многочисленной группой стали легкоатлеты 1990 года рождения и младше. Здесь победителями на дистанции 4км стали **Ильдар НАДЫРОВ** и **Ольга КРАСНОШЛЫКОВА**, воспитанница училища олимпийского резерва. Также девушки этой возрастной группы бежали 6км. На первую ступень пьедестала почета поднялась **Наталья ДИДНЕР** из Усть-Пристани. У юношей на дистанции 8км первым финишировал **Артем АПЛАЧНИН**, защищавший честь Третьяковского района.

В возрастной группе мужчин 1989 года и старше победителем на дистанции 6км стал студент педагогической академии **Вячеслав ПОЕНДАЕВ**, среди женщин - **Светлана ЧЕКМЕНЕВА** из Усть-Пристани.

На дистанции 12км среди мужчин 1989 года и старше победу праздновал представитель Казахстана **Андрей ЛЕЙМЕНОВ**, среди женщин на 8км «золото» взяла **Марина ЗЯТЬКОВА** - училище олимпийского резерва.

Среди инвалидов-колясочников первым пересек финишную прямую **Игорь КУЗНЕЦОВ**, в группе спортсменов с нарушениями опорно-двигательного аппарата победила **Наталья ТИТОВА**.

Самым возрастным участником соревнований стала **Анна Ивановна ЗЕЛЕНИНА**, которой 85 (!) лет. Ее заряду бодрости и хорошего настроения мог позавидовать любой более молодой спортсмен.

Среди мальчиков 2000 года рождения и младше первое место занял ученик школы №45 **Дима ЛАРИКОВ**. Самым юным легкоатлетом среди сильной половины человечества стал **Лев АПЕВАЛИН**, которому всего 4 года. Среди девочек на первую ступень пьедестала почета поднялась **Юля ЯЦЕНКО** из с.Алак. Немного ей проиграла **Лена ЕРМАК**, воспитанница ДЮСШ «Студия-Спорт». Самой маленькой представительницей женского пола была трехлетняя **Аня ХАВРОНОВА**.

В Кроссе наций приняли участие и семьи. Здесь медали высшего достоинства завоевала **семья ШЕФЕР**.

Призеры и победители соревнований получили медали, дипломы и ценные призы. Каждый уходил с хорошим настроением и полученным зарядом бодрости. ☺



Нашему партнеру ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ в 2009 году - 10 лет!

Все эти 10 непростых лет ее лидером, генератором и исполнителем многих идей была и остается **Лариса Алексеевна Плигина** - Президент Ассоциации. Лариса Алексеевна является членом редакционного Совета нашего журнала, и в том, что медицинские работники получили свою информационную трибуну на страницах нашего издания, ее большая заслуга. Весь 2009 год проходит в Ассоциации, если так можно сказать, в «предвкушении» юбилея. Встречая юбилей, меньше всего говорят о достигнутом. Больше - о планах на будущее.



10 ЛЕТ ВМЕСТЕ!



Высказывалось мнение, что этот возраст, 10 лет, еще трудно назвать юбилейным. Но у меня и у моих единомышленников - противоположное мнение, поскольку развиваться общественной организации, и не просто развиваться, а ежегодно поднимая планку в достижении поставленных целей, крайне сложно. Сложно, особенно в атмосфере равнодушия, а порой даже «меркантильного» отношения к своей профессии отдельных специалистов сестринского дела, неуважительного отношения некоторых руководителей лечебных учреждений к деятельности нашей Ассоциации, и если не прямого противодействия, то уж точно отсутствия поддержки ей с их стороны. Но мы уверены: мы не просто состоялись, заявили о своих профессиональных проблемах. Нам все же удастся совершать конкретные дела. Следовать выработанной стратегии в деятельности организации. Поэтому мы с почти 10-тысячным коллективом членов Ассоциации - можем с полным правом наши 10 лет считать юбилейной датой!

В этот особый для Ассоциации год мы запланировали проведение масштабных, значимых мероприятий.

Первое. Прошел Краевой профессиональный конкурс «Лучший медицинский работник 2009 г.», его девиз: «Профессия - жизнь!», и проводился он по четырем номинациям:

- ✓ Лучший фельдшер
- ✓ Лучшая медицинская сестра
- ✓ Лучшая акушерка
- ✓ Лучший лаборант

Следующее. Мы готовим первый в истории края Краевой съезд средних медицинских работников.

И первое, и второе мероприятия мы проводим в тесном сотрудничестве с Барнаульским базовым медицинским колледжем при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Мне бы хотелось акцентировать внимание и на прошедшем в апреле т. г. краевом семинаре по туберкулезу. Важно то, что этот семинар стал лишь своеобразным стартом, и в настоящее время продолжаются аналогичные семинары по каскадному методу в лечебно-профилактических учреждениях края. На сегодня уже обучено современным методам профилактики и лечения туберкулеза 600 медицинских сестер. Мы планируем продолжать эту работу в следующем году.

Мы приняли участие совместно с краевым комитетом профсоюза медицинских работников в краевом конкурсе «Семья года». В номинации «Лучшая творческая семья» победила семья члена нашей Ассоциации с 2004 г., фельдшера скорой помощи МУЗ «Косихинская ЦРБ» **Пауковой Елены Владимировны**, которую мы наградили ценным подарком, вручили памятный адрес и цветы.

Ежедневно, ежечасно члены нашей Ассоциации трудятся во имя созидания. Мы способны на многие позитивные дела в интересах нашей профессии, наших пациентов.

Л.А. Плигина

Краевой профессиональный конкурс
«Лучший медицинский работник 2009 г.»

«Профессия - жизнь!»



Победители отборочных этапов краевого профессионального конкурса средних медицинских работников 3 сентября 2009 года встретились на его заключительном этапе.

В зале Барнаульского медицинского колледжа собрались 43 конкурсанты и, конечно, болельщики из лечебных учреждений.

Несмотря на доброжелательную обстановку, чувствовалось волнение и у конкурсантов, и у членов жюри. Высокий уровень проведения конкурса отметили все участники. поприветствовав и вручив всем конкурсантам комплекты специализированной литературы, упакованные в фирменные пакеты Ассоциации, финалистов распределили по разным аудиториям, где им предстояло поработать практически: решить ситуационную задачу и выполнить медицинскую манипуляцию в соответствии с протоколом технологий выполнения простых медицинских манипуляций. Комиссия, тщательно обработав все протоколы, наконец объявила лауреатов. Они стали в номинациях:

«Лучшая медицинская сестра»:

I место - **Медведева Светлана Николаевна** - медсестра ГУЗ «Краевая клиническая больница»

II место - **Колтунова Лилия Ивановна** - медсестра МУЗ «ОКБ на ст. Барнаул»

III место - **Баркова Виктория Викторовна** - медсестра МУЗ «Павловская ЦРБ»

«Лучший фельдшер»:

I место - **Попова Евгения Александровна** - фельдшер з/пункта МУЗ «Городская больница № 4», г. Барнаул

II место - **Решетникова Анна Александровна** - фельдшер МУЗ «Троицкая ЦРБ»

«Лучшая акушерка»:

I место - **Носоновская Елена Владимировна** - акушерка МУЗ «Городская больница № 3», г. Рубцовск

II место - **Дьяченко Любовь Васильевна** - акушерка МУЗ «Центральная городская больница» г. Бийск

«Лучший лаборант»:

I место - **Бондарь Нелли Ивановна** - лаборант-технолог МУЗ «Родильный дом №1», г. Барнаул

II место - **Окунова Александра Владимировна** - лаборант МУЗ «Романовская ЦРБ».



С.Н. Медведева



Е.А. Попова



Е.В. Носоновская

По решению Правления Ассоциации победители, занявшие первые места во всех номинациях, награждены поездкой в г. Екатеринбург 15-16 октября 2009 г. в качестве делегатов III Всероссийского съезда средних медицинских работников.

А само награждение - вручение призов, дипломов, цветов - состоится на Краевом съезде средних медицинских работников 29-30 октября 2009 г.

(Фото - с краевого профессионального конкурса, 03.09.2009 г.)