

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (85) ЯНВАРЬ 2010



С Новым 2010 годом -
Годом Учителя!

ОТ РЕДАКТОРА



Провожая 2009 год, мы уже писали о том, что в новом 2010 году на страницах нашего журнала обязательно, довольно подробно, обратимся к теме сельского здравоохранения. Мне показалась очень интересной и правильной мысль, которую И.А. Егорова привела в своей статье, опубликованной в данном журнале, о том, что *«...борьба за бережное отношение врачей к себе и привлечение общественности к охране его здоровья - это не только законное проявление заботы о враче, как любом человеке, но в конечном счете это - улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей».*

Она в полной мере подтверждает объективность нашего обращения к медицинским работникам о культивировании принципов здорового образа жизни, прежде всего - в медицинском сообществе.

«Начни с себя!» - этот принцип является основным в реализуемом нами проекте «Здоровая семья - это здорово!». Мне кажется, что такое обращение правомерно и по отношению к педагогам.

Правомерно и необходимо еще и потому, что профилактическое направление, которое декларируется государством как стратегическое, по моему мнению, даст наиболее ощутимый и быстрый эффект среди молодого поколения. Если мы действительно хотим реализовать принцип «главное - не дать человеку заболеть», то начинать прививать навыки здорового образа жизни нужно с раннего детского возраста - в детском саду, в начальных классах.

И успех такой работы зависит во многом от настроения педагогического сообщества, от последовательного применения здоровьесберегающих технологий в школе, от совместного взаимодействия педагогов и медиков с родителями. Эта тема также будет обсуждаться на страницах нашего журнала в Год учителя.

Человеческий потенциал и развитие институтов гражданского общества - еще одна из проблем, которые волнуют наших читателей, и мы готовы продолжить ее обсуждение. Мы также не снимаем с повестки дня вопросы семьи и демографии.

Надеюсь, что нас всех ожидает интересный, насыщенный и добрый год. Наш журнал «Здоровье алтайской семьи» вступает в свой восьмой год с большими планами, и мы надеемся, что он оправдает ожидания наших читателей.

С Новым годом вас! Здоровья и успехов!

Содержание



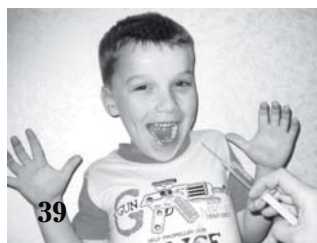
Можно ли сохранить генофонд нации акушерской агрессией?



Лекарство из молока



Кризис трех лет



Самое сажное - эмоциональная сфера

На обложке: Илья ШИШЛАКОВ, победитель Новоалтайской олимпиады среди школьников

Сельское здравоохранение - продолжаем разговор	2-5
Чисто мужская болезнь	6-7
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА В.М. Ремнев, И.Г. Брусенцов. Можно ли сохранить генофонд нации акушерской агрессией?	8-9
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Если некогда болеть	10
Лекарство из молока	11-12
Утомленные телефоном	13
Мир и медицина	14
И.А. Егорова. Когда заболевает доктор... ..	15-17
Похвала рутине	18-19
10 заповедей вечной молодости	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А. Плигина. «Цель одна на всех...»	21
Ю.Е. Ларькина. Возможен ли здоровый образ жизни в России?	22-24
Т.М. Асельборн. Кризис трех лет	25-27
И.В. Иванов, Г.М. Филиппова. ОРЗ плюс диарея: две болезни или одна?	28-29
Мир и медицина	30
Внимание: бабушка!	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Секреты зимней бодрости	34
Какие специи вам нужны	35-36
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Тест: В порядке ли метаболизм?	37
Пять способов активизировать обмен веществ	38
И.В. Демкина. Самое важное - эмоциональная сфера	39-40
Тест: Какую роль вы играете в фильме своей жизни?	41-43
«В детстве у нас было много книг и конструкторов»	44



Сельское здравоохранение

В декабрьском номере журнала мы анонсировали материалы круглого стола, который прошел 8 декабря 2009 года по инициативе комитета АКЗС по здравоохранению и науке и Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Администрации края по теме «О путях развития сельского здравоохранения». То, что развитие системы сельского здравоохранения определено на уровне края как приоритетное направление, подтвердила и тематика прошедшей 27 декабря, завершающей 2009 год коллегии Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Она также была посвящена вопросам организации медицинской помощи сельским жителям.

Почти половина жителей края (**46,3%**) проживает в сельской местности. Причем проживает некомпактно. Чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление, большое число сельских населенных пунктов, среди которых преобладающие так называемые «малые села» - с числом жителей до 500 человек - определяют и особенности формирования учреждений здравоохранения в сельской местности.

Если на уровне краевого центра идет интенсивная интеграция, объединение ресурсов - технологических, кадровых, формирование медицинских кластеров, то **основу сельского здравоохранения составляют в основном небольшие по мощности учреждения**. Как следствие, из 431 лечебно-профилактического учреждения **70% ЛПУ сосредоточены в селе**. При этом малая мощность учреждений, а следовательно, небольшое число специалистов, работающих в них, ограничивают и возможности оказания значительной части *специализированной* консультативной амбулаторно-поликлинической помощи. Те же технологические ограничения имеют и маломощные стационары.

Как отмечают специалисты, негативное влияние на здоровье селян оказывает и *более низкий уровень жизни в сельской местности, и специфика сельско-*



хозяйственного производства. И, что немаловажно, высокая распространенность *вредных привычек*: злоупотребление алкоголем, курение, недостаточная санитарно-гигиеническая грамотность сельского населения.

Для приближения специализированной медицинской помощи сельским жителям в крае **сформировано 7 медицинских округов с центрами в городах**, а скорой (санитарно-авиационной) специализированной медицинской помощи в гг. Бийске, Рубцовске, Славгороде работают филиалы Краевого центра медицины катастроф.

С целью обеспечения доступности медицинской помощи для жителей сельской местности на основе современных информационных технологий в крае создана **врачебно-диспетчерская служба**. Теперь пациенты из сельских районов края получают талон на прием к краевым специалистам в наиболее удобное для них время по месту жительства.

За три года объемы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи жителям края увеличились в 7 раз, 40% получивших ее - жители сельской местности.

Важно отметить, что сельские муниципальные учреждения здравоохранения получают значительную финансовую поддержку из федерального и краевого бюджетов за счет реализации национального проекта «Здоровье», а также федеральных и региональных целевых программ в сфере здравоохранения.

За 2006-2009гг. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в край поступило ресурсов на сумму **6,4млрд. рублей**, из них в здравоохранение села - **2,87млрд. рублей**. В сельские ЛПУ поставлено **515** единиц диагностического оборудования и **275** - автотранспорта.

На селе открыто **115** общих врачебных практик, оборудованных за счет соответствующей краевой целевой программы. За три года бюджет сельского здравоохранения края из всех источников финанси-



- продолжаем разговор

рования увеличился на **37,6%** - с 2689,6млн. рублей в 2006г. до 3702,4млн. рублей в 2008 году.

Впервые в 2008 году за счет выделенных субсидий (40939,43тыс. рублей, с софинансированием из местных бюджетов 66630,0тыс. рублей) **произведен капитальный ремонт учреждений здравоохранения в 48 муниципальных образованиях**, а именно: отремонтированы кровли 11 центральных районных больниц и амбулаторий, заменены системы инженерных сетей (водопровод, канализация, отопление) в 6 центральных районных больницах, отремонтированы хозяйственные корпуса и хирургические отделения 7 центральных районных больниц, а также отремонтированы фасады зданий 18 центральных районных больниц, 3 амбулаторий и 2 фельдшерско-акушерских пунктов.

В 2009 году субсидии краевого бюджета направлены на капитальный ремонт муниципальных объектов здравоохранения в 51-ом муниципальном образовании на общую сумму 75009,3тыс. рублей, в том числе 55849,6тыс. рублей из краевого бюджета.

Однако даже такие впечатляющие по объемам вложения в развитие системы оказания медицинской помощи селянам не снимают целого ряда острейших проблем.

Наипервейшая и наиглавнейшая - кадры! Вернее, их дефицит. Из учреждений здравоохранения села ежегодно выбывает более 300 врачей, что составляет 12-14% от общего числа работающих врачей, увеличивается число лиц пенсионного и предпенсионного возраста. Как результат, высокая текучесть врачебных кадров, большое число вакантных должностей врачей (более 500) при высоком коэффициенте совместительства (до 1,45), рост неудовлетворенности у медицинских кадров своей работой, оплатой труда и местом в обществе. Реализация национального проекта «Здоровье» способствовала улучшению обеспеченности учреждений участковыми терапевтами и педиатрами, врачами общей врачебной практики, но произошло снижение обеспеченности узкими специалистами. **Средний возраст врачей - хирургов, работающих в селе, составляет 43 года!** Из них почти 15,5% работающих уже достигли пенсионного возраста, столько же - в предпенсионном. В 10 сельских районах работает по одному хирургу, в 21 - по два, то есть работают с огромной нагрузкой, практически без отпусков и выходных. Как следствие, в большем объеме проводятся операции по экстренным показаниям, ухудшается работа по раннему выявлению, диспансеризации, плановой хирургической санации больных...

Еще одна проблема - **наличие в сельских учреждениях здравоохранения значительного объема оборудования, выработавшего свой ресурс и требующего замены**, на уровне центральных районных боль-

ниц он составляет 73%, на уровне участковых больниц приближается к 100%, на уровне ФАПов - превышает 88%.

Поставка оборудования по ПНП «Здоровье» позволила повысить доступность современных диагностических методик сельскому населению: практически полностью решены проблемы флюорографических обследований населения, существенно обновился парк оборудования для проведения лабораторных исследований. Так же серьезно был обновлен парк ультразвуковой и эндоскопической техники.

Однако, несмотря на несомненные положительные сдвиги, по-прежнему остро стоит **проблема с состоянием наркозно-дыхательной техники, хирургического и стерилизационного оборудования.** Актуальной является **проблема эффективности использования полученного диагностического оборудования.** Ультразвуковое и эндоскопическое оборудование зачастую простаивает по причине отсутствия специалистов, рентгеновское оборудование - из-за слабой подготовки персонала к работе на компьютере и несоответствия качества питающей сети.

Болезненной является проблема сервисного обслуживания и ремонта оборудования, полученного по ПНП «Здоровье» в связи с окончанием гарантийного срока обслуживания производителями медицинской техники.

Оставляет желать лучшего материально-техническая база сельского здравоохранения. Большая часть сельских лечебных учреждений расположена в приспособленных зданиях постройки 60-80-х годов, где отсутствуют горячее водоснабжение, центральная канализация. Электроснабжение больниц выполнено не в соответствии с современными требованиями.

90% фельдшерско-акушерских пунктов располагается в приспособленных помещениях бывших клубов, сельских советов и т.п. без центрального водопровода и канализации. ФАПы не в полной мере соответствуют санитарным нормам по минимальному набору помещений и противопожарным нормам.

Местные бюджеты, на балансе которых находятся лечебные учреждения, зачастую не в состоянии проводить капитальный ремонт учреждений здравоохранения, с трудом изыскиваются средства даже для текущего ремонта.

Какие пути повышения качества и доступности медицинской помощи видят сегодня специалисты?! В принципе, они не новы и уже доказали свою эффективность.

Это - опережающее развитие амбулаторно-поликлинической помощи, с одновременным развитием и выездных, и дистанционных форм обслуживания, и общих врачебных практик, и непременно развитием стационарзамещающих технологий: днев-



◀ ных стационаров, кабинетов амбулаторной хирургии.

Опыт финансирования в 2009 году ЦРБ по душевому принципу в значительной степени активизировал работу по реструктуризации сети сельского здравоохранения.

Однако, рассматривая различный опыт работы и предложения коллег - главных врачей Курьинского, Ключевского, Волчихинского, Тальменского и других районов, обсуждая и на круглом столе, и на коллегии вопросы реструктуризации сельских ЛПУ, особенно коечного фонда с круглосуточным пребыванием, в дневные стационары, члены коллегии неоднократно подчеркивали, что такая **реструктуризация - не есть самоцель**. Принятию такого решения обязательно должен предшествовать целый ряд необходимых процедур.

Прежде всего, **важно оценить структуру заболеваемости и спрогнозировать потребность в стационарной помощи** (круглосуточного пребывания). Иметь четкое представление, **в каком режиме и за счет каких ресурсов населению конкретных сел будет обеспечена доступность медицинской помощи**. Совместно с депутатами, исполнительной властью при участии медицинской общественности важно обсудить эту проблему на сходе граждан. Наверное, немаловажно для принятия такого решения учитывать и **перспективу развития сельскохозяйственного производства** (или других видов деятельности) в этих населенных пунктах, а главное, предполагает ли такое развитие приток, увеличение численности жителей.

А еще один вопрос: *как будет решена судьба работающих в реорганизуемом ЛПУ медицинских работников, при условии, что нет возможности на месте обеспечить их занятость?* Как показывает опыт разрешения такого рода «реорганизационных» конфликтов, очень часто «народное» возмущение подогревается, а то и организуется обеспокоенными своей профессиональной судьбой медицинскими работниками, что по-житейски, в общем-то, понятно... Однако предлагаемые правительством РФ, в программе долгосрочного социально-экономического развития страны, меры реформирования здравоохранения находят и своих оппонентов.



В частности, по их мнению, увеличение государственных расходов на амбулаторно-поликлиническое обслуживание (с 30% в 2005г. до 50% к 2020г.) и медицинской помощи в дневных стационарах (с 3% до 8%) и, соответственно, снижение доли расходов на стационарную помощь в этот же период с 61% до 37%, при повышении внимания к профилактике заболеваний, на фоне общего старения населения, не дадут заметного эффекта, а проблема стационарной помощи может обостриться.

Еще одна проблема, если так можно назвать, - это **«завышение» уровня оказания медицинской помощи**. Прогнозируя объем оказания медицинской помощи жителям края на разных этапах, **каждому уровню**: ЦРБ в межрайонным специализированным отделениям, краевым ЛПУ, центрам высокотехнологичной медицинской помощи - **определена своя мощность**, технологическая, рассчитанная на оказание определенной сложности видов медицинской помощи, и кадровая обеспеченность - уровень специальной квалификации, а следовательно, и затраты на ее получение специалистами и т.д. Однако на практике больные, чаще по собственной инициативе, минуя ЦРБ, например, оказываются в краевой больнице с плановым грыжесечением или операцией на желчном пузыре... Койки, которые открыты для такой сложности операций в городских и районных больницах, просто не работают, со всеми вытекающими из этого последствиями. Но даже не это самое главное - возникают очереди на плановые «сложные» операции, ведь главное - койка-то занята! Так и возрастает риск осложнений.

И это уже не только вопрос медицинских работников, но и некая **этическая проблема**. А впрочем, «недоверие» своим, местным врачам, это где-то и сигнал медицинскому сообществу - повод задуматься...

Особое внимание на круглом столе и на коллегии уделялось эффективности использования уже имеющихся ресурсов, результативности работы.

Почему программа дополнительной диспансеризации, финансируемая государством, в одних районах выполнена в полном объеме, а в других территориях,



мягко говоря, провалена. Или выявление больных с такими распространенными и опасными заболеваниями, как артериальная гипертония или ИБС. Почему в значительной части районов их выявляемость в разы ниже целевых, то есть тех показателей, которые определены как некий минимум для диагностики на определенное число (10 тысяч) жителей? В результате человек, которому своевременно не поставлен диагноз, не предупрежден о необходимости лечить заболевание, ему не даны рекомендации по устранению вредных именно для него, а не «абстрактного населения» факторов риска, не дано направление, например, на оперативное лечение... Итог такой небрежной работы - высокие показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в таких «неэффективных» районах.

Мы умышленно не стали приводить в данной публикации конкретных районов: и «передовиков», и «отстающих» - на коллегии они были названы. Думаем, что и медицинская общественность, и администрации, и депутатский корпус территорий обязаны обсуждать демографические проблемы и давать оценку собственной работе по сохранению и укреплению здоровья жителей, которые им такую работу доверили, и определять резервы, и не скрывать ошибок в организации помощи.

Но, говоря о правах на качественную и доступную медицинскую помощь, все больше обостряется проблема и личной ответственности населения за свое здоровье. Не случайно специалистами приводились просто ужасающие цифры выявления онкологических заболеваний, туберкулеза в запущенной стадии у жителей, которые на протяжении ряда лет уклонялись от медицинского обследования, и чтобы организовать такое обследование пришлось просто снять специалистов с приема в поликлиниках, выезжать в села на осмотры. Но даже такие выезды потребовали колоссальных дополнительных усилий и сельских советов, и участковых, для того чтобы только обеспечить явку на такой осмотр. В иные «пьяные» деревни даже при возникновении эпидпоказаний - только для «забора крови» «на сифилис» выезжали специалисты по три раза! И это, к сожалению,

тоже наша действительность!.. Просто махнуть рукой нельзя - такие больные опасны не только для себя, но и для окружающих.

На различных публичных мероприятиях мы неоднократно говорили о том, что столь серьезные вложения в систему здравоохранения обязательно повлекут и более строгий контроль их целевого и рационального использования, государственный и общественный контроль за показателями здоровья и демографическими показателями.

Те тенденции, которые наметились в демографических показателях сельского населения (показатель рождаемости на селе за три года вырос, в сравнении с 2005г., более чем на 23%, как и в целом по краю, в сельской местности с 2005г. отмечается последовательное снижение уровня как общей, так и преждевременной смертности), и о которых проинформировал В.А. Елыкомов, безусловно, являются индикаторами не только состояния здравоохранения, но и уровня социально-экономического развития края.

Но при этом в самой системе здравоохранения необходимо анализировать соответствие и объема, и качества лечения больных стандартам, определенным для каждого этапа, и нагрузку врача-терапевта, и затраты на содержание койки в стационаре, и структуру этих затрат - от затрат на оплату труда, медикаменты вплоть до анализа выполнения натуральных норм питания в разрезе ЦРБ, как это было сделано на прошедшей коллегии Главного управления. И такой «внутренний аудит» становится актуальным для конкретного ЛПУ, для каждого рабочего места.

Но мы еще раз хотим повторить вроде бы понятную истину: **демографические показатели - это результат взаимодействия власти и общества, а здоровье - это зона совместной ответственности врача и пациента. Залог успеха - в партнерстве.**

Мы при этом отчетливо должны понимать, что проблемы демографии, здоровья одними финансовыми механизмами не решить. Для решения таких проблем, как занижение роли института семьи, позитивные ориентация и жизненные устремления молодого поколения, необходимы и смена государственной идеологии в отношении семьи и семейных ценностей; формирование стереотипа полной семьи, семей, имеющих двух, трех и более детей. Это и создание возможностей для полноценного совмещения наличия семьи и карьерного роста, использование налоговых инструментов и штрафных санкций к предприятиям и организациям, ущемляющим права женщины-матери, реальные шаги по формированию здорового стиля жизни.

Мы приглашаем всех заинтересованных лиц к разговору о путях повышения эффективности сельского здравоохранения.

Темой следующей публикации мы определили оказание помощи беременным женщинам и служба родовспоможения. Нашим собеседником выступит главный акушер-гинеколог края И.В. Молчанова. ☺





Чисто мужская болезнь

Одна маленькая железа размером с грецкий орех может легко победить любого супермена. По данным ВОЗ, более 35% мужского населения США и стран Европы хотя бы раз в жизни отмечали симптомы, характерные для простатита. Около 19% мужчин детородного возраста имеют подтвержденный диагноз «хронический простатит». Аденома предстательной железы, имеющая схожие с простатитом проявления, обнаруживается у 10-15% мужчин старше 50 лет.

В России эти цифры значительно выше. Особенно тревожным фактом является увеличение распространенности хронического поражения простаты и бесплодия у мужчин молодого возраста.

Простатит - воспалительное заболевание предстательной железы у мужчины. Различают два вида заболевания: **бактериальный**, развивающийся на фоне инфекции условно-патогенными бактериями, и **абактериальный**, не обусловленный наличием инфекции. Чаще всего заболевание возникает у мужчин старше сорока лет. Однако в последнее время отмечается рост заболеваний, передающихся половым путем. Так, распространенность микоплазменной инфекции за последние семь лет выросла в 3,5 раза. **В настоящее время простатит нередко диагностируется у мужчин и более молодого возраста.**

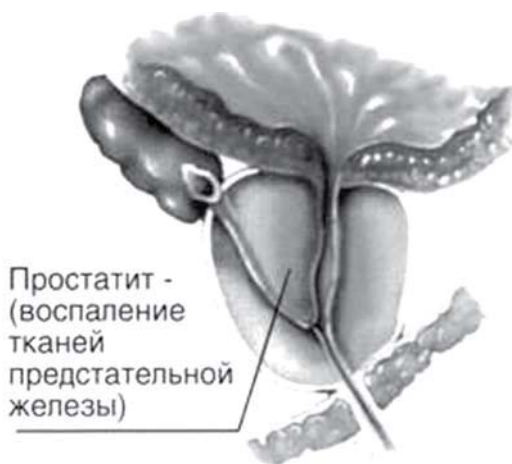
Предлагаем вашему вниманию разговор с заведующим отделением эндоскопии №2 КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» Евгением Юрьевичем КУПРЯШИНЫМ.

- На какие симптомы мужчина должен обязательно обратить внима-

ние, чтобы вовремя прийти на прием к врачу?

- Чаще всего наблюдается **расстройство мочеиспускания**, причем не обязательно при этом человек испытывает определенный дискомфорт или боль. Чаще можно вести речь только об увеличении частоты мочеиспускания в течение суток. Важно при этом обратить внимание на количество ночных мочеиспусканий. Нормальным считается, если человек просыпается с этой целью не более одного раза. Гораздо реже у больного встречается проявление **боли над лобком в паховой области промежности и в яичках.**

В принципе, проявление любых проблем в плане мужско-



Простатит - (воспаление тканей предстательной железы)

го полового здоровья является показанием для визита к врачу. К сожалению, особенно на начальных этапах развития заболевания оно может протекать бессимптомно и не иметь ярко выраженных клинических проявлений. В то же время болевой синдром свидетельствует о запущенности заболевания.

Отмечу, что в настоящее время наблюдается рост бездетных браков. Эта тенденция сохраняется на протяжении ряда лет, что отмечается и зарубежными, и отечественными специалистами. Так, по последним данным, каждый восьмой брак бесплоден, и это обусловлено именно состоянием здоровья мужчины. При обращении к врачу такой супружеской пары часто лабораторными методами выявляется у мужчины воспалительное заболевание предстательной железы. В то же время по международной классификации болезней не существует понятия бесплодности, но есть диагноз «бесплоден в браке».

Это означает, что *нужно говорить о совокупности проблем состояния здоровья и мужчины, и женщины, что вместе лишает возможности выполнения детородной функции.*

- После диагностирования данного заболевания насколько возможно полное излечение?

- На современном этапе развития медицины врачи располагают достаточным количеством профессиональных методик лечения больного. **Успех определяют правильная диагностика, верное установление причин развития заболевания.** К сожалению, на практике мы сталкиваемся часто с затянутыми, запущенными процес-



сами. В таких случаях не всегда удастся пролечить пациента сугубо лекарственными препаратами.

- Насколько эффективен и показан в таких случаях, например, массаж?

- В силу своеобразного строения системы кровоснабжения предстательной железы большую роль в течении воспалительного процесса играет **отек**, свидетельствующий о закупорке канальцев предстательной железы бактериальными тромбами. В данной ситуации требуется физическое воздействие на предстательную железу, например, ее пальцевый массаж, выполняемый врачом.

- Что из современных методик есть в арсенале сегодняшней медицины?

- В последнее время активно внедряются **физиотерапевтические методы** лечения заболеваний предстательной железы. К ним относятся *магнитотерапия, термотерапия, электрофорез лекарственных веществ в предстательную железу*. Относительно новым и, пожалуй, самым действенным в ряде случаев является **лазеротерапия**. Каждый метод хорош по-своему. В каждом конкретном случае специалист выбирает свою тактику лечения. Остановимся подробнее на новом методе - лазеротерапии.

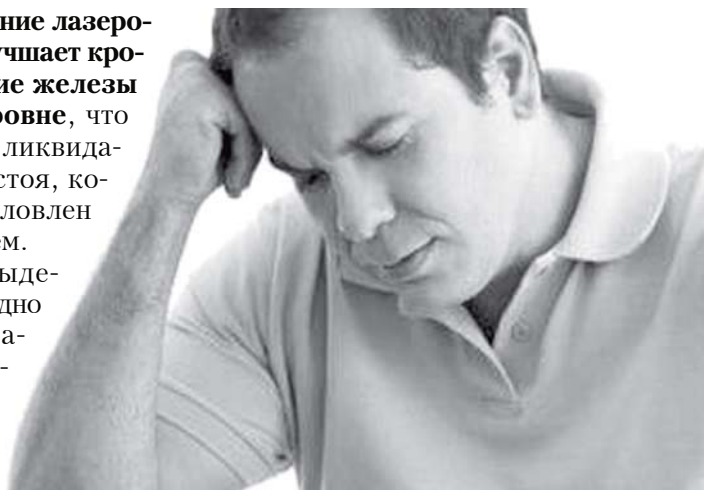
Лазерное излучение может быть получено в двух частях спектра - красном и инфракрасном. Их сочетание позволяет получить прямой антибактериальный эффект, основанный на том, что восприимчивость клеток организма и чувствительных ему, к излучению разная. На организм человека лазерное излучение не оказывает вредного воздействия. Для бактерий же оно, если и не является губительным, то обязательно резко ослабляет их патогенные свойства.

Применение лазеротерапии улучшает кровоснабжение железы на микроуровне, что приводит к ликвидации того застоя, который обусловлен заболеванием.

Стоит выделить и еще одно свойство лазерного излучения - **фотосенсибилизация**. В результате действие ряда лекарственных препаратов, в том числе и антибиотиков, носит направленный характер. Резко улучшается проникающая способность в ткани, лекарственное вещество поставляется именно к тому органу, которому нужна помощь. Перечисленные свойства лазерного излучения позволяют многократно сократить продолжительность лечения, повысить его эффективность, сделать более финансово доступным для пациента.

- Какие меры профилактики, особенности образа жизни можно рекомендовать мужчинам для того, чтобы избежать этого неприятного заболевания?

- Можно дать один главный совет: **регулярная половая жизнь** поможет избежать многих проблем с мужским здоровьем. Другие рекомендации носят скорее общеукрепляющий характер. **Избегайте переохлаждения организма, ноги всегда должны находиться в тепле, важно избегать**



длительного положения сидя, правильно и полноценно питайтесь. И помните, что ни в коем случае **нельзя допускать самостоятельного лечения простатита**, основанного на рекламной информации о препаратах и советах «бывалых» знакомых. Во Франции данное заболевание метко названо «болезнью боссов».

Однажды мне задали вопрос: может ли привести к данным проблемам со здоровьем подогрев автомобильного кресла? Анализ самых разных источников позволил утверждать, что в нашем климате скорее вредно сидеть на холодное кресло. С другой стороны, подогрев не надо путать с перегревом, что, естественно, ни к чему хорошему не приведет.

Пройти полное диагностическое обследование на современном оборудовании, а также получить полную консультацию у квалифицированных специалистов, вы можете в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края». ☺

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





Можно ли сохранить генофонд нации акушерской агрессией?



Василий Максимович РЕМНЕВ,
врач акушер-гинеколог первой категории, заведующий акушерским физиологическим отделением КГУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»;



Иван Григорьевич БРУСЕНЦОВ,
врач акушер-гинеколог высшей категории, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ

*Правды в людях мало,
а коварства много*
Петр Первый

Негативная демографическая ситуация в России сформировала широкий спектр медико-социальных проблем по сохранению генофонда нации, которые имеют государственную направленность. Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 года поставлена задача: сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения.

Современное акушерство является динамически развивающейся дисциплиной, постоянно впитывающей в себя все мировые достижения науки и практики, поэтому в работе акушеров часто возникают дискуссии по ряду вопросов, например: какова оптимальная частота кесарева сечения; есть ли надежные способы стимуляции родов; существует ли риск лекарственной терапии осложнений беременности для плода и другие. По мнению проф. **В.Е. РАДЗИНСКОГО** и главного акушера-гинеколога г.Барнаула д.м.н. **Е.Е. ГРИГОРЬЕВОЙ**, акушерство сегодня отличается необоснованной агрессивностью. При ведении родов - вскрытием плодного пузыря, нерациональным применением утеротоников, расширением показаний к кесареву сечению, что становится нормой. Очень сложно управлять родовым актом без четких представлений о физиологических нейроэндокринных и биохимических процессах, а мы, имея в арсенале только синтезированные окситоцин и энзапрост, порой «льем» их без разбора и показаний.

Актуальна проблема самостоятельных родов с рубцом на матке. Так, в США максимально сократили процент кесаревых сечений при первых родах, а решение вопроса о способе родораз-

решения у них принимается совместно с пациенткой, родственниками и юристом. Европейский и Азиатский мир активно перешли на консервативные роды при рубце: Саудовская Аравия - **84%**, Испания - **41,3%**, Англия - **54,8%**. Даже наши соседи-новосибирцы (проф. **О.Г. Пекарев**) ведут роды при рубце консервативно в **48%** случаев, считая, что этот способ более предпочтителен, при этом ориентируются не на толщину рубца по УЗИ, а на характер течения родов, жалобы со стороны женщины и данные пальпации нижнего сегмента.

В Барнауле в этом вопросе «не дотягивают» и **1 процента**. И все это объясняется тем, что беременные стали не те - «проблемные», но только выписка до 90% - домой, а не в другие стационары, кроме детей, переведенных на второй этап оказания помощи после агрессивных родов. У нас один прием убежденности: «Можете погибнуть вы и ребенок - распишитесь».

Проведенный анализ показаний к кесареву сечению по Новоалтайску и Заринску показывает необоснованность абдоминальных родов до 50% случаев. Сегодня выработалась идеология активных, то есть агрессивных, родов, а с ним и образ спасителя агрессора-акушера. Хотя изначально многие женщины настроены на естественные роды, но **здравоохранение - жесткая авторитарная система, стандартная** и, как говорят врачи: «Если что - нас не поймут». Но понять должны - специалисты, которые непосредственно работают в системе, а не «кто-то», кто не ориентируется в профессии акушера, поэтому частота кесаревых сечений достигает у нас уже 30%. **Однако ее увеличение не всегда решает проблему детской смертности, а тем более заболеваемости.** Кроме того, кесарево сечение для матери в 9 раз опаснее, чем естественные роды, и ребенок, как прави-



Школа ответственного родительства

ло, особенно недоношенный, получает травму при быстром извлечении под прямым углом из полости матки.

Следующая проблема - **длительное стационарное лечение**. Отделения патологии беременных в роддомах переполнены двукратно и все - «по показаниям», даже есть очередь. Уже доказана неоправданность дородовой госпитализации и с рубцом на матке, так как само пребывание в стационаре, оторванность от дома беременной приводит к психотравме, непривычному однообразному питанию, материальным затратам, росту инфицирования. **Даже внедрение так называемых новых перинатальных технологий не спасает ни ребенка, ни мать.**

Мы активно обследуем беременных с помощью УЗИ, КТГ, проводим массовую лабораторную диагностику, истории «пухнут» от анализов. Но в мире есть абсолютно другое мнение. Так, **Афинский конгресс еще в 2005 году подвел черту под дискуссией: низкий перинатальный риск, определяемый в первом триместре беременности, должен вести к отказу от дальнейшего электронного мониторинга - только один скрининг в 14 недель.** Остальные исследования - доплерометрия, КТГ, биофизический профиль плода без повода - это трата времени и средств, а ультразвуковые аппараты 3D и 4D - либо для выявления пороков развития плода, либо «для развлечения» беременной и ее семьи. А есть ли у нас в этом направлении работа? К примеру, широкое применение УЗИ для определения толщины рубца на матке показывает минимальный процент точности, в чем неоднократно убеждались наши хирурги во время операции кесарева сечения.

Теперь о терапии. Еще 40 лет назад больных беременных лечили и не думали о плоде, полагая, что ему повредить нельзя - природа позаботится о его безопасности, пока не разразилась в 1961 году «талидаминовая катастрофа». Многие врачи сегодня сохраняют беременность бета-адренометиками, проводят терапию плацентарной недостаточности актовегином, опасным для плода, тогда как **датчане предлагают лечить угрозу прерывания и анемию питанием жирной ры-**

бой. Акушеры хорошо знают, что если уже начался выкидыш, то сохранить беременность невозможно. Там же, где беременность была сохранена и не было опасности выкидыша: просто «пошаливали» нервы. Пациентки принимали естественные биологические сокращения матки за угрозу, а УЗИ, самостимулируя тонус матки, подтверждало этот диагноз. И вроде вышеизложенная терапия помогает, но **нет ни анализа, ни системного подхода.** Не проще ли сказать: «Курите, пейте - не надейтесь! Мы не боги». Курящий и пьющий муж - также не меньшая опасность!

И последнее. **Вовлечение в репродуктивный процесс все большего числа женщин с соматической и генитальной патологией, приводящее к росту осложнений беременности и родов, позволяет прогнозировать и дальше рост заболеваемости новорожденных.** Причем, в структуре причин болезней младенцев преобладают патологические состояния, возникающие в перинатальном периоде, что убеждает в тесной связи этих заболеваний со здоровьем матерей.

Но решить вопрос полного здоровья плода и новорожденного одни акушеры не в состоянии. Отдавать внутриутробный плод на откуп акушеру также не стоит и потому, что ему стандартами «приказано» сохранять беременность, спасать в первую очередь мать, а ребенка - уже вторично. Вот здесь **в один ряд с ним должны встать педиатр и терапевт, роль которых должна начинаться с района.** Совместно, с ранних сроков (а в идеале - на этапе планирования беременности) они должны решить ряд вопросов: чем лечить и нужно ли вообще лечить пациентку, как и когда родоразрешать, тогда убавится агрессия и врачи акушеры-«скоростники» потеряют свой профессиональный престиж.

Но кто об этом думает и работает? Равнодушны все!.. ☹



Проведенный анализ показаний к кесареву сечению по Новоалтайску и Заринску показывает необоснованность абдоминальных родов до 50% случаев. Сегодня выработалась идеология активных, то есть агрессивных родов, а с ним и образ спасителя агрессора-акушера. Хотя изначально многие женщины настроены на естественные роды, но здравоохранение - жесткая авторитарная система, стандартная и, как говорят врачи: «Если что - нас не поймут».



От редактора

Этой публикацией мы завершаем в нашем журнале цикл материалов-размышлений о взаимоотношениях медицинского работника и пациента.

Эти материалы вызвали большой интерес наших читателей, именно поэтому публикации послужили основой книги, которую мы издали в январе 2010 года.

Она стала своеобразным подарком ко Дню рождения автору - Ие Андреевне ЕГОРОВОЙ. Мы желаем ей здоровья, бодрости, творческих успехов!



Ия Андреевна ЕГОРОВА,

Заслуженный врач России, член Редакционного совета журнала «Здоровье алтайской семьи»

Когда заболевает доктор...

«Не каждый из нас, врачей, сгорает», потому что «светит».

Может быть, мы просто не обращаем на себя внимание?»

Из разговора

Бытует мнение, что врач болеть не должен. В Евангелии сказано определенно: «Врачу, исцелися сам!». Однако все эти расхожие представления о болезнях врачей далеки от бесспорности.

Врачей, как и всех медицинских работников, относят к группе высокого риска по заболеваниям, особенно инфекционным (вирусным гепатитом, гриппом и некоторыми другими). Вредно сказывается воздействие таких факторов, как общение, анестезирующие (наркоз!) и обезболивающих средств. Нельзя не учитывать большое нервное перенапряжение, особенно у врачей-хирургов.

Необходимость постоянно владеть своими эмоциями негативно сказывается на состоянии центральной нервной системы (неотреагированные эмоции). На здоровье врачей и вообще медицинских работников влияют отрицательно ночные и круглосуточные дежурства, утомляющие операции.

Не стоит закрывать глаза на то, что врачу приходится сталкиваться с людьми, предъявляющими не всегда обоснованные требования, претензии. А по большому счету - отвечать за несовершенство медицины, нелюбовь к себе пациентов.

По литературным данным, неврозы встречаются у врачей в 2 раза чаще, чем у инженеров (Горенский А., 1969г.).

Если медицинские знания сами по себе имеют какую-то цену, то, соответственно, здоровье врачей должно бы быть лучше, чем у остального населения. Однако наблюдения показывают, что врачи применяют медицинские знания к себе не наилучшим образом. Анкетирование показывает, что регулярность приема пищи соблюдают 26%, отдыхают в течение дня - 19,5% врачей.

Не следует закрывать глаза на то, что **условиям труда и быта медиков не уделяется должного внимания.** Многие, разумеется, зависит и от самого врача, от ответственного желания бережно относиться к своему здоровью.

В XVII столетии по предложению знаменитого врача Николаса Тульпы эмблемой медиков стала **Горящая Свеча**, заменившая чашу с ядом. Смыслом этого символа являются слова «Светя другим, сгораю сам».

Свет, безусловно, нужен! А нужно ли сгорание?! Думается, что, однако, не в этом дело. Чаще всего, как показывают практика и примеры из литературных источников, врачи попросту игнорируют свое состояние, подсознательно надеясь, что знания медицины - залог здоровья...

Примеров тому очень много. Яркий образец - врач и писатель

Врачей, как и всех медицинских работников, относят к группе высокого риска по заболеваниям, особенно инфекционным (вирусным гепатитом, гриппом и некоторыми другими). Вредно сказывается воздействие таких факторов, как общение, анестезирующих (наркоз!) и обезболивающих средств. Нельзя не учитывать большое нервное перенапряжение, особенно у врачей-хирургов.



◀ А.П. Чехов, который недооценил серьезность своей болезни (кровохарканье) и умер от туберкулеза в 44 года.

Практика показывает, что врачи приходят на исследование рака желудка через 9 месяцев после появления первых признаков, а рака легких - через семь месяцев.

Труд врача предполагает самоотверженность и заботу о больном, но это не должно означать игнорирования своего собственного здоровья, которое нужно не только ему, но и обществу.

«Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые, выдвигая одни его стороны, затемняют другие, меняют подчас гармонию личности, а также и характер отношений к самому себе», - писал профессор Г.И. Россолимо. Думается, что речь идет, прежде всего, о психологии больного врача. У больного врача бывает одновременно две концепции болезни: одна - более пессимистическая, другая - более оптимистическая, в которую он, врач, в глубине души верит. Очень важно эту последнюю выявить и убедительно подкрепить. В этом отношении яркий пример - с Н.И. Пироговым.

Известно, что он умер от злокачественной опухоли верхней челюсти. При ее обнаружении Н.И. Пирогову предложили операцию. Необходимость операции лишала Пирогова всяких иллюзий, он - врач (величайший хирург своего времени!) - прекрасно понимал, чем может обернуться его заболевание. Его настроение и состояние ухудшились. Семья настояла, чтобы операцию делал в Вене всемирно известный Т.Бильрот. Последний, осмотрев Н.И. Пирогова, отверг диагноз и заявил, что в операции нет необходимости. Как свидетельствует С.С. Шкловский, сопровождавший в Вену Пирогова, больной из убитого, дряхлого старика опять сделался бодрым и свежим. После возвращения он совсем воспрянул духом, ухаживал за своими любимыми розами, катался верхом. Через какое-то время болезнь взяла свое... Кое-кто из современников обвинял Т.Бильрота в диагности-

ческой небрежности. Для этого оснований нет. Т.Бильрот не сомневался в диагнозе, но, учитывая преклонный возраст больного, запущенность болезни, понимал бесперспективность операции. Как настоящий врач, он решил использовать свой авторитет для того, чтобы скрасить Н.И. Пирогову последний период его жизни.

Говоря о болезнях врачей, надо помнить о том, что в каждом случае подход должен быть индивидуальным. Многие из нас, врачей, перенесли различные болезни, в том числе и операции. При общении с друзьями мы редко говорим о болезнях, особенно о своих, и в этом есть определенный смысл. С моей точки зрения, лучше лечиться у врача, который не является твоим коллегой. Нельзя допускать, чтобы больной «руководил» диагностикой и лечением.

Еще профессор Р.А. Лурья отмечал, что часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить правильный диагноз, «помогая» разобраться в болезни.

Подход к заболеванию доктора должен быть таким же, как к другим пациентам. Как и любому больному, ему надо указать, когда, как принимать лекарство, какой придерживаться диеты, режима.

Задача может осложниться, если у коллеги - серьезное заболевание. Тут встает вопрос о врачебной правде. Дискуссии об этом идут уже много лет. Главное, в чем я убеждена, по своему многолетнему опыту врача-хирурга, - у больного нельзя отнимать надежду.

Как мы, врачи, ведем себя, став пациентами? Конечно, по-разному. Но, безусловно, своих коллег оцениваем уже как пациенты. Порою бывает грустно.

В течение жизни мне пришлось перенести несколько операций. Во время болезни ко мне все относились по-доброму. Осталась горечь только от одного случая. После одной из операций меня направили на консультацию к профессору в г. Новосибирск. Ознакомившись с историей болезни, он вдруг заявляет: «Когда у вас научатся оперировать правильно!». Сейчас думаю: что это было с его стороны?

Бесчувственность, жестокость? Рисовка?! Он ведь знал, что я - врач-хирург.

Я же благодарна нашим алтайским врачам, принявшим в отношении меня правильное решение об объеме операции. Каждый случай заболевания требует индивидуального подхода. Но еще раз повторю эту мысль: **врача лечить и обследовать нужно так же, как обычного пациента.** Чтобы не получилось так, как в случае с пациенткой-врачом, которой потребовалась консультация кардиолога на предмет коррекции приема гипотензивных средств. Посмотрев электрокардиограмму, не измерив даже артериальное давление, врач записала в амбулаторной карте «АД 120/80 мм рт.ст.». Такого у пациентки быть не могло, так как диастолическое давление выше 60 мм рт.ст. у нее не поднимается. Рекомендаций не было дано. Захочется ли после этого пойти к этому доктору? Вряд ли.

А вот другой, тоже, на мой взгляд, неприглядный пример. Заслуженный врач, спасший за тридцать лет врачебной деятельности не один десяток жизней, сидит у кабинета врача в очереди.

Мои учителя меня учили: *«Придя на прием, - посмотри амбулаторные карты, и если среди них есть карта медицинскx работников - вызови их среди первых пациентов».*

Кто-то скажет, что это неверно.

Я думаю обратное. Если мы, врачи, нужны обществу, то и общество должно отдать нам должное.

Американские исследователи пришли к выводу, что если бы удалось продлить жизнь каждого американского доктора даже на один год, то это было бы равносильно увеличению численности врачей США примерно на семь тысяч человек. Речь ведь идет о наиболее квалифицированных, зрелых, опытных кадрах. В статье, вышедшей в 1981 году, «Берегите врачей», которую написал врач-хирург, говорится следующее: *«Борьба за бережное отношение врачей к себе и привлечение ответственности к охране его здоровья - это не только законное про-*



явление заботы о враче, как любовью человеку, но в конечном счете это - улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей».

Медицина является сплавом искусства и науки. В той мере, в какой врачевание является искусством, оно определяется личностью врача, его обаянием, его способностью влиять на больного. **Любовь к людям и знания - главное, что требуется от врача.** Но и этого мало. **Необходима общая культура.** Имея дело с людьми разных специальностей, разной степени интеллекта, образования, врач и сам должен быть человеком, всесторонне развитым, то есть избегать односторонности в своих знаниях. Нельзя при этом не учитывать возросший образовательный уровень людей, который делает человека более критичным, порождая скептицизм и ослабляя, иногда, доверие к словам врача.

В.В. Вересаев писал, что *«врач может обладать громадным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности подчинять и покорять себе душу больного. Путь к этому не всегда легок, а подчас тернист».* Эти слова еще в большей степени относятся к нам, врачам, когда рядом - заболевший коллега.

Порой хочется спросить: что с нами происходит? Почему пациенты недовольны не только отдельными врачами, но и системой здравоохранения в целом?

Мне, врачу, вышедшему, как вы, читатель, поняли, «из той эпохи», понять это трудно. Почти у каждого из нас бывает доктор, которому можно верить, и другие, о которых лучше не говорить...

Стать врачом легче, чем быть им. Врач - это профессия, а доктор - это призвание.

А.Моруа писал: *«Завтра, как и сегодня, ...врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную все возрастающую ответственность... И жизнь врача останется такой же, как сегодня, - трудной, тревожной, героической и возвышенной».*

Перечень качеств, которыми должен обладать врач, можно продолжить: он должен быть психологом, дипломатом, артистом и педагогом. Вряд ли найдется медик, который об этом не слышал, по крайней мере, при получении диплома. **Моральные нормы во многом определяют авторитет доктора.** Этика и авторитет, однако - далеко не одно и то же. Можно вести себя вполне этично, но быть при этом плохим врачом. Недоброжелательность и непорядочность, которые у многих, как они поясняют, формируются «такой их жизнью», во врачебной деятельности совершенно недопустимы.

За свою немалую врачебную жизнь мне, как и другим врачам, пришлось быть для своих пациентов доверенным лицом, советчиком, хранителем их тайн.

Закончить статью хочется словами величайшего хирурга С.С. Юдина. Тем самым обращаюсь к новому поколению врачей, поколению врачей новой эпохи, эпохи XXI века.

*«Сыны другого поколения,
Мы в новом - прошлогодний снег,
Живых нам чужды впечатленья,
А нашим в них сочувствий нет.
Наш мир им храм опустошенный,
Им баснословье - наша боль,
И то, что пепел нам священный,
Для них - одна немая тень».*

В этих словах слышу боль за следующие поколения врачей, за то, чтобы не иссякла вера в медиков, в их тяжкий, сложный и такой благородный труд. **Ведь главное - это здоровье, это самое большое счастье, счастье быть здоровым.**

Не хочется заканчивать статью грустными словами, но тем не менее. Когда-то в юности я прочла следующее: «На Аппиевой дороге, ведущей в Рим, лежит могильный камень, на котором высечены слова, обращенные к путнику: «Я был тобой, ты станешь мной».

Берегите друг друга, а своим молодым коллегам хочу сказать: помните нашу эмблему - «Светя другим - сгораю сам». Светите, делайте добрые дела. Быть врачом, медиком - это прекрасно и ответственно. ☺



На заметку

Любимые места для микробов

Карту человека, на которой указано местоположение и степень концентрации на нем микробов и бактерий, составили американские ученые.

Оказалось, микробы располагаются на человеке неоднородно, у них есть свои предпочтения и любимые зоны. Так, наибольшее количество бактерий, которые всю жизнь сопровождают людей, более других предпочитают руки, ладони и указательный палец. Однако наибольшее их количество - под коленкой и на ступнях.

По количеству и расположению на теле человека бактерий можно сделать очень точный диагноз его состояния здоровья и даже возможных будущих заболеваний.

Брахитерапия спасает зрение

Британские микрохирурги приступили к клиническим испытаниям методики восстановления зрения с помощью точечного использования радиационного излучения. Новая техника основывается на применении дозированного потока радиоактивных частиц, воздействующего на площадь всего в 5,4мм.

Процедура близкофокусной лучевой терапии (брахитерапии) позволяет уничтожить неработающие кровеносные сосуды глазного дна, которые провоцируют дегенерацию центральной части сетчатки (макулы) - наиболее частую причину слепоты. В отличие от ныне практикуемых методик, которые предполагают ежемесячные «подавляющие» инъекции, эффект от нового типа лечения является постоянным.

При этом негативного воздействия на людей в ходе лечения не зафиксировано. Это связано с тем, что воздействие радиоактивного луча строго отрегулировано - он достаточно интенсивен для разрушения больных клеток и в то же время не проникает далеко вглубь других тканей.



«Цель одна на всех...»

Лариса Алексеевна ПЛИГИНА,
президент АРОО
«Профессиональная ассоциация
средних медицинских работников»,
член Правления РАМС

Продолжение. Начало - в №12(84)

В продолжение информации по итогам обмена опытом о деятельности сестринского учебно-методического отдела Кемеровской областной клинической больницы следует отметить, что **внедрение этой инновационной технологии начиналось с создания учебно-методического кабинета.**

Постепенно с расширением поля деятельности кабинета были увеличены и площади. С 2006 года утвержден учебно-методический отдел, который состоит из трех кабинетов: компьютерного, эргономики, кабинета заведующей отделом и старшей медицинской сестры (причем, оба специалиста имеют высшее сестринское образование).

Среди целей учебно-методического отдела можно выделить основную: **повышение доступности, качества и безопасности сестринской помощи при оказании специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи населению.**

Повышение уровня профессиональной ответственности и компетентности сестринского персонала; проведение исследовательской и инновационной деятельности в области сестринского дела с учетом современных аспектов развития здравоохранения; совершенствование этических аспектов деятельности специалистов сестринского дела, повышение культуры их труда; формирование мотивации населения к ведению здорового образа жизни, в том числе и повышение качества жизни пациентов через активное включение в процесс лечения терапевтического обучения; стандартизация деятельности сестринского персонала по уходу, профилактики, диагностики и лечения; сохранение и пополнение сестринских кадров, развитие корпоративной

культуры, а также развитие связей и сотрудничества с другими ЛПУ региона - **вот те задачи, на решение которых и направлена деятельность отдела.**

Деятельность отдела построена согласно годовому плану, по которому проводятся производственные совещания с врачами больницы, со старшими медицинскими сестрами, с преподавателями-консультантами, советом по сестринскому делу и его секторами, готовятся и проводятся общепольничные сестринские конференции, профессиональные конкурсы, посвящения в профессию и т.д., принимаются и отрабатываются годовые отчеты старших медицинских сестер, готовится участие в региональных и российских конференциях и конкурсах, проводятся занятия малыми группами с сестринским персоналом всех структурных подразделений по отработке навыков первой реанимационной помощи с привлечением старших медсестер АРО, осуществляют предаттестационную подготовку (компь-



Делегат Алтайской ассоциации, главная медицинская сестра МУЗ «Городская больница №4» Е.А. ВЕТХОЛОВАСКАЯ проходит обучение Эргономике в учебно-методическом отделе ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»

ютерное тестирование, формирование аттестационных работ и их рецензирование); занятия малыми группами по эргономике, внедряют в практику новые технологии. Также проводится **научно-практическая работа:**

- ◆ изучение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством сестринской помощи;

- ◆ изучение организации и внедрения здоровьесберегающих технологий в работу сестринского персонала;

- ◆ изучение социально-психологических аспектов труда сестринского персонала с проведением сравнительных анализов;

- ◆ исследование уровня знаний по оказанию доврачебной неотложной помощи (тестирование, решение ситуационных задач).

К тому же отдел проводит работу по охране труда и технике безопасности рабочих мест: инструктаж на рабочих местах, занятия и зачеты по программам, занятия по правилам поведения по ГО и ЧС.

Отдел не только обеспечивает и обновляет инструкции, но и оказывает методическую помощь сестринскому персоналу при разработке пособий, методичек, памяток, подготовке докладов на конференции различного уровня.

Проводится контроль за производственной деятельностью, качеством оказания медицинской помощи и эффективностью труда сестринского персонала.

Весь этот огромный объем работы осуществляется при непосредственном участии и под контролем **главной медицинской сестры больницы.**

В заключение хочется выразить надежду на внимание руководителей крупных лечебно-профилактических учреждений (главных врачей, начмедов, главных медицинских сестер) к данному материалу и **постараться увидеть рациональное зерно в такой организации сестринской деятельности,** так как цель одна на всех - повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. ☺



Возможен ли здоровый образ жизни в России?



Юлия Евгеньевна ЛАРЬКИНА,
операционная
медицинская сестра,
ГУЗ «Краевая клиническая
больница», член ПАСМР
с 2008 года

Вот если бы вам задали этот вопрос, вы бы как ответили? Я бы сказала, что это когда человек: не пьет алкоголь, не курит, не ест сладкого, мучного, не меняет часто половых партнеров. А вот как бы ответили вы?

Я решила обратиться к такой науке, как валеология. Это наука, которая изучает здоровый образ жизни.

Один из валеологов на мой вопрос ответил так: *«Ну не совсем здоровый образ жизни - то, что ты представляешь, просто должна существовать культура питья спиртных напитков: 50г водки в сутки улучшают кровоток и снижают риск возникновения атеросклероза или 150-200г красного виноградного настоящего вина, а не то, что продается в наших магазинах - рублей за 200-300. Но это же нельзя применять у нас в России!..»*

Курение. Если человек уже курит, причем не первый год, ему, возможно, уже хочется начать вести здоровый образ жизни... Курильщики знают, как тяжело бросить курить, ведь это зависимость, а значит, возникнет и синдром отмены. Курить бросать надо постепенно - снижая количество выкуренных сигарет в день, и к тому же курить качественные табачные изделия.

Насчет половых партнеров: при постоянном половом партнере меньше риска венерических заболеваний.

Хлеб можно иногда включать в рацион, но прямого размола зерна и лучше черный, сладкое можно позволить себе чуть-чуть в первой половине дня и непременно после основного блюда, на десерт, чтобы оно не перешло в основное блюдо».

Вот такая у нас получилась беседа. А я решила еще поискать ответ на свой вопрос в литературе. И знаете, что я обнаружила?! Я совсем не подумала о том, что здоровый образ жизни это еще и физические нагрузки! А вы подумали? **В действительности ведь мы все меньше и меньше двигаемся.**

Как проходит ваш день? Утром вы делаете зарядку? Или, может быть, пробежку? На работу едем на автобусе. Работа у большинства людей сидячая. А обед? Его мы можем купить в супермаркете и разогреть в микроволновой печи. А осуществляете ли вы ве-

чером прогулку? Лучше свободное время поваляться на диване и посмотреть любимую передачу или фильм по телевизору... И ведь, чтобы его включить или переключить на другой канал, нам не надо вставать с места, можно просто нажать на кнопку пульта.

А в это время результаты исследований в области профилактики заболеваний достаточно убедительны для того, чтобы считать **низкую физическую активность фактором развития болезней системы кровообращения, ожирения, сахарного диабета, заболеваний органов дыхания, остеопороза, депрессии, онкологических заболеваний.**

Сейчас создалось такое положение, что врачи не умеют использовать физическую активность, даже если они понимают ее пользу. В нашей медицинской литературе практически нет современных методик оценки физического состояния здоровья на основе использования субмаксимальных нагрузочных тестов. Также нет и методик тренировок, достаточно разработанных и неопасных. В результате страдает профилактика, реабилитация при многих заболеваниях.

Что же такое активный отдых? Это кратковременные периоды выполнения специально подобранных физических упражнений для восстановления и улучшения функционального состояния утомленного организма. Наиболее эффективны упражнения, вовлекающие в работу мышцы, которые не принимали участия в предшествующей деятельности. Под оздоровительной физической тренировкой понимают систему специально организованных форм мышечной деятельности, направленных на достижение должного уровня физического состояния, обуславливающего оптимальную физическую работоспособность и стабильное здоровье. В оздоровительной тренировке - нагрузки не превышают функциональных возможностей организма, недостаточно интенсивные, чтобы вызвать тренировочный эффект.



Советы медицинской сестры

Максимальный оздоровительный эффект наблюдается лишь при использовании физических упражнений, рационально сбалансированных по направленности, мощности и объему в соответствии с индивидуальными возможностями занимающегося. В связи с этим **оценка - неотъемлемое условие правильного дозирования физических нагрузок в тренировочном процессе.**

В зависимости от состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности лиц, занимающихся физическими упражнениями, подразделяют на три медицинские группы:

○ **основная:** в нее входят лица без отклонений в состоянии здоровья, а также лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, при достаточном физическом развитии и физической подготовленности. Нагрузка этой группы: занятия по учебным программам физического воспитания в полном объеме, занятия в одной из спортивных секций, участие в соревнованиях;

○ **подготовительная:** это лица без отклонений в состоянии здоровья, а также лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, с недостаточным физическим развитием и недостаточной физической подготовленностью. Занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением организму повышенных требований;

○ **специальная:** лица, имеющие отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующие ограничения физических нагрузок, допущенные к выполнению учебной и производственной работы. Занятия у них проводятся по специальным учебным программам.

Для достижения необходимого оздоровительного эффекта достаточно трехразовые занятия в неделю. Эта периодичность может быть рекомендована для лиц различного возраста и уровня физического состояния.

Исследования ГНИЦ МП (2001г.) показывают, что 98% терапевтов ЛПУ не дают рекомендаций по вопросам активности из-за недостаточности знаний. Тогда как с каждым посетителем амбулаторно-поликлинического учреж-



дения необходимо беседовать и о его двигательной активности в повседневной жизни, это объясняется следующими причинами:

◆ 70-80% населения посещают врача, по крайней мере, один раз в 1-2 года;

◆ большинство людей хотело бы получить индивидуальный совет по физической активности;

◆ пациенты считают врачей надежным источником информации о здоровье;

◆ рекомендации по умеренной физической активности являются безопасными и оказывают положительное влияние на качество жизни практически здоровых людей;

◆ неадекватная физическая активность - это фактор риска развития большинства хронических неинфекционных заболеваний.

Важно определить практически для каждого пациента потребность в активизации и уровень двигательной активности.

Люди вырабатывают полезные для здоровья привычки шаг за шагом. **Существуют три типичные стадии, которые люди проходят, усваивая новый образ жизни.** На каждой из них существуют свои принципы проведения консультирования, и цель консуль-

Для укрепления здоровья, повышения работоспособности и профилактики заболеваний средствами физической культуры создана система различных форм повышения уровня физической активности. В зависимости от решаемых задач, условий применения и механизмов воздействия на организм они подразделяются на две группы: активный отдых и физическую тренировку.



Советы медицинской сестры

тирования на каждой из стадий будет различна.

Стадия «незаинтересованности». Цель - убедить пациента.

Рекомендуется описать пользу физической активности для конкретного пациента, определить возможные препятствия и предложить обдумать все «за» и «против».

Стадия «начало обдумывания». Цель - составить план для начала занятий, подчеркнуть пользу, выбрать предпочтительный вид занятий, определить возможные препятствия и пути их преодоления, убедить в реальности изменений и контролировать результат.

Стадия «изменения поведения». Цель - поощрять активный образ жизни, уточнять и обсуждать программу дальнейших действий, сформировать круг поддержки, определить возможные препятствия и пути их устранения, убеждать в способности продолжить занятия и контролировать результат.

Определяя необходимость для пациента повышения физической активности, очень важно решить, как человек относится к таким рекомендациям и насколько готов изменить свое поведение. Этот этап очень важен, так как именно он поможет избрать не только наиболее эффективную тактику, но и повысит авторитет этих рекомендаций в глазах пациента. Нет смысла давать сразу конкретные рекомендации человеку, если он не понимает их предназначения и не желает что-либо делать самостоятельно. Поэтому нам - медицинским работникам - необходимо:

♦ *обсуждать вопросы физической активности с пациентами* (риск развития заболеваний, взаимодействия с другим риском, пользу для здоровья регулярной физической активности), мотивировать и повышать уровень физической активности путем включения физических упражнений в повседневную жизнь;

♦ *спрашивать пациентов об их физической активности во время досуга:* «Сколько раз в неделю Вы выполняете какую-нибудь физическую нагрузку, включая ходьбу, продолжительность

которой составляет 20 минут и более? Какая нагрузка была бы для Вас достаточно тяжелой, чтобы у Вас участилось дыхание или пульс?»;

♦ *помогать разрабатывать личные планы для программы физической активности*, давать советы относительно выбора соответствующего типа и уровня физической нагрузки, которая вошла бы в их повседневную жизнь, с учетом возраста, состояния здоровья, тренированности;

♦ *наблюдать за пациентами, которым был дан совет*, следить за соответствием рекомендованного комплекса физических упражнений, оказывать поддержку тем, кто вернулся к низкому прежнему уровню физической активности.

Вы решили стать физически активным? Тогда приступайте!

Вы можете расширить свою физическую активность без специального выделенного на это времени и места. С этой целью вместо специальных 30 минут тренировки достаточно в нужном темпе ходить пешком на работу и с работы, вместо лифта пользоваться лестницей, взять себе за правило обходить здание с дальнего угла, выполнять производственную гимнастику, ездить на велосипеде и т.д.

Физическая активность необходима не только тем, кто занят сидячей работой или живет в городе. Ручной труд, который широко распространен в сельской местности, часто связан с нагрузкой лишь на некоторые группы мышц. Кроме того, даже если нагрузка сохраняется в течение нескольких часов, ее интенсивность может быть недостаточной для тренировки сердечно-сосудистой системы.

Трудовая деятельность связана с большим напряжением мышц тела, *существуют пиковые нагрузки, которые приходятся на определенное время суток или определенный сезон.* Как результат, в это же время наиболее часто возникают перегрузки опорно-двигательного аппарата и несчастные случаи. Примером может служить повреждение спины при чрезмерных физических нагрузках. Эти неблагоприятные эффекты можно отчасти предотвратить, если в

течение и после рабочего дня выполнять упражнения на расслабление и растягивание мышц.

Идеальное упражнение - ходьба в темпе, который обеспечивает частоту пульса в безопасной зоне. Она хороша для всех возрастов. Кто занимается ходьбой, у тех и в шестьдесят, и в семьдесят - намного больше сил, куда живее ум, чем у их пассивных сверстников.

Достоинства: доступна в любых условиях; способна доставлять удовольствие, удобна, не требует затрат. Поддерживает нормальный вес тела.

Недостатки: может оказаться трудным занятием, если у человека больные ноги. По сравнению с другими видами упражнений может потребоваться больше времени для достижения оздоровительного эффекта; зависит от погодных условий.

Что нужно для ходьбы? Чтобы удобнее чувствовать себя во время длительной прогулки, наденьте две пары носков: пару хлопчатобумажных, а сверху - потолще. По возможности не берите с собой ни сумок, ни других предметов, которые могут быть обузой при ходьбе.

Время - какое угодно, но лучше не ходить сразу после еды. Ходите не реже трех раз в неделю по 20-30 минут без остановки.

Темп - не надо начинать слишком быстро, могут заболеть мышцы. Каждый раз занятия ходьбой начинайте с прогулочного, неторопливого шага, чтобы минут 5 дать мышцам разогреться. Потом пойдите быстрее, дыша глубоко, но, не задыхаясь, не теряя способность вести разговор.

Итак, существует физиологический механизм саморегуляции оптимальной физической активности. В основе его лежит **потребность в двигательной активности.** Дозирование мышечной деятельности в соответствии с этой потребностью обеспечивает автоматической подбор индивидуальной физической нагрузки, является эффективным и безопасным средством оздоровления, профилактики и лечения.

Двигайтесь и получайте от этого удовольствие! ☺



Кризис трех лет

К трем годам родители часто обнаруживают, что с малышом не так-то просто справиться. Он вдруг перестает слушаться, а то, что совсем недавно принимал как должное, теперь вызывает у него бурю протеста. Почему же это происходит? И как призвать ребенка к порядку?

Становление личности - процесс неравномерный. Кроме постепенных изменений, сопровождающихся приобретением навыков и знаний, существуют этапы, когда развитие носит стремительный, скачкообразный характер. На протяжении относительно короткого времени - от нескольких месяцев до одного года - наблюдается нарастание трудностей общения взрослого с ребенком, который становится капризным и трудновоспитуемым. Именно эти поворотные пункты и получили название **кризисов детского развития**. Хотя подобного рода проявления характерны не для всех детей, но чаще всего в той или иной степени они все-таки существуют.

Как показывает практика, период адаптации чаще приходится на возраст от 2 до 3 лет. В настоящий момент существует очень много информации по данному возрасту.

Особенность этого возраста характеризуется тем, что в это время ребенок начинает отделять свое «Я» от мира других людей. Он становится неуправляемым, противопоставляет себя взрослому, делает все наоборот, капризничает, одним словом, взрослым очень трудно с ним справиться.

На основе актуальности данной проблемы хотелось бы предложить несколько советов родителям «трудных» трехлеток.

Истерика

Кто из взрослых не оказывался хотя бы раз в ситуации, когда любимое чадо, получив отказ, закатывало истерику на людях?

У некоторых детей истерика - это бурные рыдания, постепенно переходящие в судорожные всхлипы, у других она имеет вид «двигательной

бури» - малыш падает на пол, стучит руками, ногами, издает крик на пределе своих возможностей. Чаще всего, истерики свойственны нервным и легко возбудимым детям или детям истеричных родителей.

Стоит только раз уступить силовому давлению ребенка, и вы будете сталкиваться с истерикой все чаще и чаще. Умело используя ваш испуг и растерянность, ребенок будет манипулировать вами, закатывать истерики, добиваясь желаемого. **Истерику надо пресекать сразу, и самым решительным образом.**

Что делать в этой ситуации? Как только вы столкнулись с истерикой впервые, - **дайте понять своим полным безразличием к ней, что это ни в коем случае не способ добиться вашего согласия.**

Истеричному ребенку нужна «аудитория», он никогда не плачет для себя, а только для других. **Лишите его зрителей.** В одиночку он успокоится быстрее. Как только всхлипы станут слабее, подойдите к нему, как ни в чем не бывало и совершенно спокойным тоном задайте отвлеченный вопрос: «Ты помнишь, это я тебе обещала почитать интересную книжку или другому мальчику?».

Ни в коем случае **не давайте никакой оценки малышу в связи с недавней истерикой**, не обсуждайте его поведение, доказывая, что оно вам безразлично. Сделайте вид, что ничего не произошло. Ребенок не должен осознать то, что его поведение вывело вас из себя или огорчило. Убирайте истерику из поведения нулевым эмоциональным отношением к ней.

Агрессивность

Агрессивность можно разделить на две формы: *вербальную и физическую*. Вербальная агрессия - угрозы,



Татьяна Михайловна АСЕЛЬБОРН,
педагог-психолог,
МДОУ «Детский сад
№229», г.Барнаул

Особенность этого возраста характеризуется тем, что в это время ребенок начинает отделять свое «Я» от мира других людей. Он становится неуправляемым, противопоставляет себя взрослому, делает все наоборот, капризничает, одним словом, взрослым очень трудно с ним справиться.



Как правило, проявление физической агрессии - более типично для мальчиков. Вероятно, это объясняется целым комплексом - это и мужские гормоны, и более грубые игры. Девочки же чаще всего свою агрессию выражают словом, выражением презрения, «отлучением» от себя.



обещания убить, разорвать на кусочки. Физическая агрессия - когда ребенок кусается, дерется, плюет.

Чаще всего агрессивны те дети, которых наказывают физически, часто угрожают на словах. Такая форма поведения заимствована у взрослых. **Агрессия может возникнуть из-за педагогических ошибок взрослых.** Если вы заметили, что ребенок стал отвечать ударом на удар, - обесценьте в его глазах ваши действия.

Задержите замахающуюся руку ребенка и скажите: *«Прости меня за то, что я тебя шлепнул, мне стыдно, что я не сдержался. Это очень плохо - бить других. Я постараюсь больше никогда этого не делать. Давай вместе избавимся от этой плохой привычки».*

Не стыдитесь извиняться перед ребенком. Это совсем не роняет родительский авторитет в глазах ребенка, наоборот, очень скоро вы убедитесь, что ребенок, подражая вам, будет извиняться в случае необходимости. В кризисном возрасте освоение стиля родительского поведения происходит очень интенсивно.

Если агрессия у ребенка все же сохраняется, - не шлепайте его, **покажите всем своим видом, что вы обижены и не хотите общаться с ним или выполнять его просьбы.**

Когда ребенок устыдился и пошел к вам искать прощения и примирения, обязательно пойдите к нему навстречу, не укореняйте у него злопамятность длительной обидой.

Напомните, что ваша обида была вызвана драчливостью, и вы не потерпите подобных действий с его стороны, так как сами с ним так уже не обращаетесь, даже если он вас очень расстроил. Предложите ребенку: *«Если ты рассердился на меня, - топни ножкой, я пойму, что ты сердисься».*

Почему же дети дерутся между собой?

Прежде чем что-то предпринять, убедитесь,

что это именно проявление агрессии, а не просто игра или неумение объяснить свои желания.

Дети видят модели такого поведения на улице, по телевидению и переносят некоторые действия в свои игры.

Многие дошкольники еще не в состоянии полностью контролировать сильные чувства и ведут себя импульсивно, не могут осознать все возможные последствия своих действий.

Можно и нужно научить детей действовать по-разному в разных обстоятельствах: там, где нужно - уметь защитить себя, где нужно - уйти от драки.

Как предотвратить проблему? Ограничьте время просмотра боевиков и сериалов, если не можете исключить их полностью.

Дайте ребенку **возможность естественного конструктивного выхода энергии** - не запрещайте бегать, вволю кататься на велосипеде и роликах, строить дома из стульев, сделайте дома подобие боксерской груши.

Как справиться с проблемой, если она уже есть? Если дети начинают драться или бороться в неподходящее время, скажите им: *«Сейчас наступило время спокойно играть (собираться на прогулку, готовиться к обеду), а вот после вы сможете побороться, только возьмите матрац».* Договоритесь с ребенком о некоторых правилах борьбы: не ставить подножку, не бить ногами и т.п.

Если ребенок отбирает игрушки и вещи у других детей - действуйте методом логических последствий: *«Если ты отберешь игрушку у Кости, что может случиться дальше?».*

Помогите ребенку осознать свое поведение. Как можно чаще, когда ребенок спокоен, давайте ему знать, что его поведение улучшается: *«Видишь, ты можешь без кулаков объяснить другим, что хочешь, и дети принимают твои идеи. Наверное, ты сейчас гордишься собой».*

Если ребенок говорит бранные слова

Эта проблема представляет собой определенную сложность, потому что с одной стороны взрослые не хотят «спускать» использование бранных слов, а с другой стороны знают, что



если на это не обращать слишком много внимания, то дети будут ругаться еще больше.

Не стоит считать, что все плохое дошкольники получают в детском саду. В реальности все без исключения ребята уже когда-то слышали эти слова раньше, просто сейчас они вошли в тот возраст, когда им интересно испытать их эффект на своем опыте. Как правило, есть два типичных периода, когда дети ругаются: от 2,5 до 3,5 лет и от 4 до 5 лет.

Как предотвратить проблему?
Поговорите с ребенком о значении слов, которые люди обычно используют для того, чтобы выразить отрицательные эмоции. Например: «*мне не нравится, я рассердился, мне неприятно, я злюсь, мне больно...*».

Когда ребенок выражает свои чувства приемлемыми словами, похвалите его: «*Это просто замечательно, что ты по-человечески объяснил нам, что ты чувствуешь*».

Как справиться с проблемой, если она уже есть? **Сначала нужно разобраться, почему малыш говорит бранные слова.** Это может быть желание привлечь к себе внимание взрослого или других детей. Это может быть один из способов обрести некоторую власть над другими, вывода взрослых из терпения, обижая детей. Это может быть автоматическая реакция на обиду или злость - ребенок видит, что родители поступают именно так.

Если ребенок ищет внимания и власти, - полностью проигнорируйте его слова. Если другие люди или дети пожалуются вам на это, скажите: «*Я слышала и не обратила на это внимания. Вы можете поступить так же*». Не проявляйте никакого волнения или гнева, так как ребенок именно этого и добивается. Несколько минут спустя спокойно поговорите с ним о недопустимости использования таких слов.

Если ребенок произносит бранные слова автоматически или в подражание взрослым, вмешивайтесь мгновенно, но очень спокойно. Скажите ему, что эти слова могут обидеть других.

Если ребенок кусается

Чаще всего дети кусаются в возрасте от 12 до 24 месяцев. Причиной «кусачества» может быть прорезывание зубов, возбуждение, гнев. Иногда

ребенку не хватает слов, и, пытаясь завладеть игрушкой, - он кусается, считая это хорошим способом добиться своего. Чаще всего это происходит как мгновенная реакция, импульсивное действие, ребенок слишком мал, чтобы продумать какие-то другие, более приемлемые, действия.

Как предотвратить проблему? Помогайте детям выражать свои чувства и потребности словами: «*Катя говорит: «Дай, дай» - это значит, она хочет поиграть этой игрушкой*», «*Катя скажет: «Нет, нет» - это значит, что Катя не хочет кушать*».

Если вы видите, что ребенок чем-то расстроен, не спешите его занять нужными вам делами. **Сначала помогите успокоиться** - поддержите на руках, поговорите с ним, добейтесь улыбки.

Позаботьтесь, чтобы у ребенка было достаточно безопасных предметов для режущихся зубов.

Как справиться с проблемой, если она уже есть? Дети ясельного возраста, как правило, еще слишком малы, чтобы соотносить между собой то, что они кого-то укусили, и то, что взрослый сердится. Поэтому в такого рода ситуациях наказание, как правило, мало помогает. **Лучше утешьте того, кого укусили**, и достаточно резко скажите «кусаче»: «*Это же больно!*». Ваше лицо при этом должно быть строгим, чтобы ребенок видел, что вы его не одобряете. Будьте лаконичнее, чтобы «кусаче» не получил от вас слишком много внимания.

Внимательно наблюдайте и **попробуйте выяснить, в чем причина «кусачества»**. Если удастся, попробуйте поймать тот момент, когда малыш еще только вознамерится укусить. Остановите его и скажите: «*Нельзя! Будет больно!*».

Если ребенок готов кусаться от отчаяния, например, у него отняли игрушку, остановите его и помогите «озвучить» нужду: «*Скажи ему: «Дай!»*».

Если ребенок кусается в какое-то определенное время перед сном или обедом, - подумайте, что можно изменить в режиме. Например, перед обедом дайте ему кусок морковки, кочерыжки. ☺



Конечно, есть дети, которые в три года почти не обнаруживают каких-либо негативных проявлений. Или же они проходят так быстро, что родители могут их даже не заметить. Думать, что это как-то негативно скажется на психическом развитии или становлении личности, не стоит. Основная задача родителей - следить за появлением нового в поведении ребенка: формированием воли, самостоятельности, гордости за достижения.



ОРЗ плюс диарея: две болезни или одна?

Игорь Валерьевич ИВАНОВ,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии №1 с курсом детских инфекций АГМУ, врач высшей категории;

Галина Михайловна ФИЛИППОВА,

заведующая детским инфекционным отделением МУЗ «Городская больница №12», г.Барнаул, врач высшей категории

В практике врача-инфекциониста случаи одновременного развития респираторных и желудочно-кишечных симптомов с различной выраженностью патологического процесса - не редкость. Однако эти патологии регистрируются по-разному: либо как сопутствующие заболевания, либо симптомы желудочно-кишечной дисфункции расцениваются как проявления интоксикации или дисбиоза и не учитываются при постановке диагноза вообще.

К тому же, из-за нечеткой клинической диагностики, практически всем пациентам с диареей при острой респираторной инфекции (ОРИ) назначается не всегда необходимая антибактериальная терапия, которая способствует развитию дисбактериоза кишечника.

Интерес к проблеме сочетанного поражения респираторного и кишечного тракта существовал всегда, но многие годы этот симптомокомплекс трактовался как парентеральная диспепсия при острых респираторных вирусных инфекциях либо кишечные проявления замалчивались вовсе.

Основываясь на результатах наблюдений, можно считать, что причиной развития симптомов сочетанного поражения респираторного и кишечного тракта могут быть **различные возбудители как респираторных, так и кишечных инфекций**, протекающие в виде моно- или микст- (смешанных) вариантов.

Сейчас точно установлена способность ряда респираторных вирусов вызывать поражение кишечника. К таким относятся *аденовирусы, энтеровирусы, коронавирусы, реовирусы, возбудители гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции и инфекционного мононуклеоза.* Но и для кишечных вирусов установлена способность вызывать **воспаление верхних отделов дыхательных путей.** Среди таковых - *ротавирусы, норо-, торо-, астровирусы.*

Нельзя полностью исключить **роль бактериальных агентов**, одновременно поражающих дыхательную и желудочно-кишечную системы: *иерсинии, стафилококки, или активизирующихся на фоне развившейся вирусной инфекции.*

Подытоживая имеющиеся к настоящему времени данные, можно утверждать, что **в развитии кишечного синдрома при респираторных инфекциях, особенно в случаях тяжелых форм, могут принимать участие следующие факторы:**

Возбудители, которые поражают эпителий как респираторного, так и кишечного тракта, выделенные еще в 50-х годах XX века, сначала были отнесены к роду энтеровирусов, а затем - в отдельное семейство - **реовирусов.** В 60-е годы стали появляться сообщения о выявлении различных желудочно-кишечных расстройств у пациентов с острыми респираторными заболеваниями, обусловленными в основном **аденовирусами, вирусами гриппа и энтеровирусами.** В это же время было доказано, что почти в 80% случаев кишечных расстройств у детей, протекавших с синдромом поражения респираторного тракта, **ведущая роль принадлежит именно вирусам.** При этом у 40% детей инфекция, начавшись как вирусная, трансформируется в **смешанную вирусно-бактериальную.** В исследованиях 70-х годов доказывалась роль респираторных вирусов в развитии дисбактериоза кишечника, проявляющегося разнообразными желудочно-кишечными расстройствами.

В 90-х годах описано развитие желудочно-кишечных расстройств у больных тяжелыми формами ОРВИ, требующих лечения в отделениях реанимационной и интенсивной терапии: **у каждого третьего пациента в начальном периоде заболевания и в 100% случаев - в постреанимационном.** Эти проявления авторы исследований расценивали либо как проявления дисбактериоза кишечника, либо как результат побочного действия интенсивных методов лечения.

В 2005 году сотрудниками НИИ гриппа представлен анализ более 15 тысяч историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет: сочетанная симптоматика поражения респираторного и желудочно-кишечного тракта регистрировалась **у каждого четвертого-пятого ребенка,** находящегося на стационарном лечении с симптомами ОРЗ. При этом с одинаковой частотой (по 10% соответственно) наблюдалось преобладание одного или другого синдрома.



● **сами возбудители и вызванные ими процессы** (выраженная кислородная недостаточность тканей, массивные воспалительные процессы с накоплением токсических продуктов обмена веществ, нарушения кровоснабжения и водно-электролитного баланса и т.д.), в том числе и в эпителии слизистой тонкой кишки;

● **снижение способности кишечника к пищеварению**, развивающееся вследствие повреждения пищеварительных желез кишечника, печени, поджелудочной железой продуктами жизнедеятельности возбудителей;

● **дисбиоз кишечника**, в формировании которого, особенно при тяжелых формах инфекции, велика роль массивной интенсивной и антибактериальной терапии.

Клинически различить все эти ситуации возможно далеко не всегда, особенно при спорадических (отдельно возникающих) случаях заболеваний, так как основные проявления одинаковы: это - общая интоксикация, катаральный синдром и желудочно-кишечные расстройства. К тому же следует учитывать, что вызываемые инфекционными агентами заболевания имеют различные варианты течения, приводящие к развитию не всех возможных признаков, а только некоторых из них.

Очень важную роль в диагностике будет играть *практический опыт врача*, который дает возможность учесть вспомогательные симптомы болезни. Но даже для опытных врачей зачастую возникают трудности в работе с заболеваниями, вызывающими сочетанное поражение респираторного и кишечного тракта.

А как же современные диагностические возможности медицины? Бесспорно, их следует широко использовать для выяснения причины сложившейся ситуации, не забывая о давно уже используемых в медицине. **Общий анализ крови и копрограмма дают возможность косвенно оценить этиологию заболевания** (вирусная она или бактериальная), а также тип нарушений в работе кишечника. А это - информация для выбора основного лечения.

Основной принцип терапии - раннее начало с учетом предполагаемой этиологии заболевания, тяжести течения, наличия осложнений и сопутствующих патологий, а также возраста ре-



бенка и исходного состояния его организма. **Комплексное лечение включает три компонента:**

● *этиотропная терапия* (средства, подавляющие размножение вирусов или микробов или стимулирующие противовирусную защиту иммунных клеток);

● *посиндромная терапия*, в том числе регулирующая водно-солевой баланс;

● *предупреждение* или коррекция развития дисбиоза кишечника.

Наибольшие сложности всегда связаны с первой частью лечения. Что выбрать: противовирусный препарат или антибиотик, интерферон или его стимулятор, а может, иммуноглобулиновый препарат? Именно для этого и нужны, причем как можно раньше, результаты лабораторных реакций, позволяющих установить причину заболевания.

Но даже после окончания лечения организму ребенка **нужен некоторый период времени для полного восстановления развившихся нарушений.** Поэтому очень важно, чтобы родители соблюдали рекомендованное питание, смысл которого в том, что не следует употреблять продукты, «тяжелые» для пищеварения (жареные, жирные, экстрактивные, острые, экзотические).

Статью нам бы хотелось закончить призывом к врачам: *будьте аккуратны при назначении антибиотиков детям, у которых заболевание протекает с симптомами сочетанного поражения респираторного и желудочно-кишечного тракта!*

А родители заболевших детей должны прислушиваться к рекомендациям ваших лечащих докторов и помогать им в лечении своих детей! ☺

Классическими методами обнаружения вирусных агентов у больных являются вирусологический и электронно-микроскопический.

Но из-за их длительности, высокой стоимости необходимого оборудования в практике они почти не используются. Вот здесь как раз и помогают современные диагностические реакции, выявляющие признаки присутствия возбудителя в организме: нуклеиновые кислоты, отдельные структурные части (антигены) или выработываемые на него в организме защитные белки (антитела). Это такие диагностические реакции, как ПЦР-диагностика, иммунофлюоресцентный, иммуноферментный анализ и ряд других.



Самое важное - эмоциональная сфера

**Стоматофобия - это патологическая боязнь
стоматологического кабинета.**

**Для достижения безболезненного лечения зубов
существуют различные методы обезболивания.**

**Для обезболивания зубов проводят местную анестезию:
аппликационную и инъекционную. К общей
анестезии (наркозу) при лечении кариеса
прибегают в исключительных случаях.**

Местная анестезия - это эффективный и безопасный метод обезболивания в современной стоматологии. Обезболивание и лечение зубов под местной анестезией позволяет забыть о стрессе, который раньше традиционно связывали с посещением стоматолога. Благодаря новым препаратам и профессионализму специалистов лечение выполняется безболезненно и комфортно.

Но как подготовить психологически ребенка к лечению зубов?

Дети более эмоциональны, чем взрослые, и восприимчивы. Все, что касается применения силы, они не принимают. *До трехлетнего возраста дети могут забыть о впечатлениях в стоматологическом кабинете.* После этого возраста у ребенка, имевшего опыт посещения стоматолога, может появиться стоматофобия.

Пятилетнего малыша, имевшего неудачный опыт посещения зубного врача, все равно не убедить в том, что нужно потерпеть. Этого никогда не будет.



Крохе еще страшнее, чем взрослому. Дети будут относиться к лечению более спокойно, если сами родители им помогут. Изначально дети боятся зубного врача не так, как мы с вами. Более того, они относятся к этому вопросу гораздо спокойнее.

Но если мы сами по-детски боимся зубного врача, то наш ужас передается и детям. Я убеждена, что в первую очередь необходимо готовить самих родителей. Ваши собственные переживания могут передаваться ребенку. Если вы обсуждаете эту тему в семье между собой (о своем неудачном опыте в кресле стоматолога), а ребенок слышит, то это неправильно. Скрывайте свой страх перед зубным врачом. Это совсем не трудно. Не говорите при ребенке, что посещение зубного врача мучительно и неприятно. Если вы по какой-то причине не смогли прийти к зубному врачу, не следует говорить об этом с облегчением.

Всегда следует предвидеть отрицательную реакцию ребенка при первом посещении врача. Это поведение вполне естественно, и поэтому не стоит ругать малыша. Пусть он лучше поплачет в кабинете врача, чем будет потом испытывать обиду на весь мир.

Родителям лучше не присутствовать при лечении ребенка. Опытный врач с ним справится гораздо успешнее, чем вы. Покинув кабинет, вы продемонстрируете до-



**Ирина Владимировна
ДЕМКИНА,**
врач-стоматолог первой
категории, МУЗ «Детская
поликлиника №9»,
г.Барнаул

Дети более эмоциональны, чем взрослые, и восприимчивы. Все, что касается применения силы, они не принимают. До трехлетнего возраста дети могут забыть о впечатлениях в стоматологическом кабинете. После этого возраста у ребенка, имевшего опыт посещения стоматолога, может появиться стоматофобия.



верие и к ребенку, и к доктору.

До четырех лет детей без родителей лечить нельзя. В этом возрасте мама должна держать малыша на руках и ласково говорить с ним, а врач в это время работает. В присутствии родного человека все протекает гораздо спокойнее и правильно. Родители должны проявлять перед ребенком уверенность и бодрить его. Превратите все в игру, отвлекайте ребенка разговорами на разные темы. Важно постоянно переключать внимание ребенка.

Первый визит к стоматологу лучше не связывать с лечением. Пусть врач просто посмотрит зубы ребенка, поговорит с ним, расскажет, как ухаживать за зубами, проведет профилактический курс.

Если вы сами были на приеме у стоматолога, то, вернувшись домой, покажите ребенку поставленную пломбу. Делайте это спокойно, даже с гордостью.



Устранение страха будет зависеть от ваших взаимоотношений с ребенком. Если вы пользуетесь авторитетом, то убедить его в том, что ничего страшного в кресле стоматолога не происходит, вам будет просто.

Важное значение имеет не только **психопрофилактика**

боли, но и премедикация (предварительная медикаментозная подготовка пациента к лечению). Для преодоления чувства страха, чрезмерной возбудимости применяют фармакологические средства: транквилизаторы, седативные (успокаивающие) средства.

Среди целей премедикации можно выделить основные:

- ♦ устранение чувства страха;
- ♦ создание предрасположенности ребенка к контакту с врачом;
- ♦ устранение психоэмоционального напряжения.

Предварительная медикаментозная подготовка пациента к лечению **обязательна** не только для детей с неблагоприятным прогнозом поведения, но и с благоприятным прогнозом, но с выраженным чувством страха, а также для детей с нарушением умственного развития, органическими поражениями нервной системы, психическими заболеваниями.

Седативные препараты (настойка валерианы, пиона) - можно применять в течение 2-3-5 дней до начала лечения зубов, предварительно проконсультировавшись с врачом-педиатром.

Самое важное у стоматолога - создание благоприятной, положительной эмоциональной сферы, тогда у вас все получится! ☺

Почему у зайца заболел зуб

Сказка



На лесной опушке жил-был заяц Длинное Ухо. По утрам он делал зарядку вместе с лесными зверюшками: белочкой и ежиком, а потом умывался, но очень не любил чистить зубы.

Однажды случилась беда - у зайчишки заболел зуб. Скачет Длинное Ухо по тропинке и плачет, а на встречу ему доктор Айболит. «Здравствуйте, доктор Айболит, помогите - зуб болит!» - взмолился заяц. Посмотрел доктор больного. Зуб пришлось удалить. Длинному Уху стало легче, развеселился заяц. А добрый доктор Айболит на прощанье говорит: «Чтобы зубы не болели, надо чистить их утром после сна и вечером перед сном. Чистить зубы и полоскать рот водой нужно для того, чтобы во рту не оставалось пищи. Поэтому очень важно после еды полоскать рот чистой водой».

Длинное Ухо внимательно выслушал доктора Айболита. А белочка и ежик ему рассказали о том, что если Длинное Ухо будет есть овощи и фрукты, пить молоко и есть творог, сыр и мясо, то зубки его будут крепкими и красивыми. Доктор подарил Длинному Уху зубную щетку и зубную пасту. Зайчик поблагодарил доктора Айболита. Он понял, что зубы надо беречь, что очень плохо и больно когда они болят.



«В детстве у нас было

Поздравляли победителей

В преддверии новогодних праздников в школе №19 Новоалтайска состоялось чествование и торжественное награждение победителей городской олимпиады среди школьников.

Стоит особо отметить, что по итогам олимпиады школа №19 стала абсолютной победительницей, ее учащиеся показали лучший в городе результат, заняв в общей сложности тридцать пять призовых мест. Звание победителя школа удерживает на протяжении уже двух лет, доказывая, что главным приоритетом в работе педагогического коллектива остается качество образования. В своем приветственном слове председатель Попечительского совета школы **Вадим Владимирович КОЗЛОВ** отметил,

что победа в олимпиаде для школы №19 становится доброй традицией: *«Каждый труд почетен, а труд школьников замечателен, прежде всего, тем, что в своей работе они не только постигают различные предметы, но и познают жизнь в целом, учатся общению, взаимопониманию».*

Все победители в этот раз стали обладателями почетных грамот от краевого фонда поддержки социальных инициатив «Содействие» и денежных призов.

Обладателем главного приза - ноутбука - стал девятиклассник **Илья ШИШЛАКОВ**. Он принес в копилку школы самое большое количество призовых мест, став первым по физике, математике, английскому языку и

географии, а также занял второе место по истории.

В числе победительниц в нынешнем году оказалась и старшая сестра Ильи - **Елизавета ШИШЛАКОВА**, она заняла первые места по английскому языку и математике и третья - по истории.



В доме бабушки **Алевтины Васильевны** тепло и уютно. Пироги готовятся не из-за моего прихода, в доме ждут внуков - Илью и Лизу. Они здесь - самые главные точно так же, как это было бы в доме любой бабушки.

- Конечно, я рада успехам ребят на олимпиадах. Всегда хотела, чтобы они много читали и росли умными. До десяти лет они росли на моих глазах, руках полностью. Мы перечитали все детские книжки - и днем, и перед сном. Книги есть и в их доме сейчас, правда, в основном - энциклопедии. Лиза рано научилась читать - года в четыре. А Илья потом многому учился у старшей сестры.

Спрашиваю Илью, **можно ли оценить, сколько в доме книг?**

- В моей комнате книги везде, - следует ответ.

- **Илья, победа на нескольких предметных олимпиадах означает, что твои интересы не ограничиваются рамками математики или биологии. Неужели приоритетов и правда нет?**

- Пожалуй, я бы стал программистом. Только пока я не очень силен в информатике, но собираюсь это исправить. Правда для этого потребуются серьезно самостоятельно заниматься.

Разговор поддерживает сестра Ильи. Она совсем другая - слегка категоричная в суждениях, уверенная в себе, в своем мнении. В некотором смысле мы с Елизаветой коллеги: она занимается версткой школьной газеты «Самолет». А профессия газетчика не терпит промедления в действиях.

- Мне кажется, что человек не должен ограничиваться изучением одного предмета. Узким специалистом стоит становиться позднее, обучаясь в вузе. Если к этому стремиться сейчас, человек будет просто неинтересен для окружающих, да и сам заметно ограничит свой кругозор.

- **Лиза, но ведь в любом случае выбор должен быть сделан тобой, ученицей одиннадцатого класса...**

- И он сделан: я буду поступать на экономический факультет Новосибирского университета. Хочу быть предпринимателем, как мои родители. Кстати, в этом вузе на математическом факультете учился мой папа, и сегодня, спустя годы, он оценивает уровень своего образования достаточно высоко. ▶



МНОГО КНИГ И КОНСТРУКТОРОВ»

- Как вы считаете, обязательно увлеченность в школе конкретным предметом определяется личностью учителя?

Лиза:

- Лишь в какой-то степени. Для меня важно, чтобы учитель был личностью, чтобы общение с ним было интересным. Но это в принципе относится и к общению с другими людьми.

Во время разговора раздается лай собаки - Барсика. Это любимец и детей, и взрослых. Он привык к своему особому статусу и не терпит, когда незаслуженно остается без внимания. В доме, где живет семья Шишлаковых, есть кошка Васька, сторожевой пес - немецкая овчарка. Порода в данном случае - не главное в статусе животного, его любят за характер, верность, надежность в дружбе. Известно, что в детстве каждого ребенка должны быть такие друзья.

Лиза смеется в ответ на это замечание:

- А у нас есть еще муравьи дома.

Они живут в коробке с прозрачными стенками, в гипсовой массе делают ходы, размножаются. За этими созданиями наблюдает Илья, и результатом наблюдений станет его первая научная работа о жизни муравьев в неволе:

- Вы знаете, они такие привередливые. Если один день соглашаются есть, скажем, дыню, то на следующий день им нужна совсем другая еда.

- То есть ты отвечаешь за их обеденный стол?

- Совершенно верно. Для этого развожу мушек-дрозофил, затем их ловлю и предлагаю муравьям. Мой личный рекорд - одним хлопком поймал 23 дрозофилы. Вообще я в этом уже стал мастером. Был и такой эксперимент: в коробку запустили муравья-чужака, который был раза в два больше хозяев. Они то ли испугались, то ли долго думали, во всяком случае гость успел обследовать весь муравейник, съесть запас еды только после этого принял бой с хозяевами и погиб в честной схватке.

- Чем еще примечателен ваш дом?



Лиза:

- У нас много цветов - и маленьких, и больших, до потолка. Цветы любит мама, следит за их здоровьем, поливает, переставляет ближе к свету, если это необходимо. Года два назад мы насчитали около трехсот растений. Сейчас их, конечно, уже больше.

- Из нашего разговора следует, что вы - образцовые дети, с которыми родители не знают хлопот...

Лиза:

- Совсем не так. Мы ленивые. Не удивляйтесь. Вот в каникулы можно было успеть столько сделать, прочитать. Время ушло совсем напрасно. Еще не любим заниматься физкультурой.



Лиза спросила:

- Вы согласитесь с тем, что самое правильное - читать произведение на том языке, на котором оно написано?

Согласиться с этим легко. Труднее именно так сделать. Верю, что стремление Лизы и ее требовательность к себе приведут к успеху. Во всяком случае, на краевой олимпиаде по английскому языку она вошла в число 11 призеров. И это при том, что среди участников были ребята из лучших профильных школ и классов, лицеев и гимназий края. Илья в олимпиаде по физике был двенадцатым. И это замечательно: он не испугался серьезных заданий, которые предполагали не просто знание формул, но и умение поставить эксперимент, получив лишь оборудование и сформулированную задачу. Надеюсь, что победа Ильи впереди - до окончания школы еще два года. А ближайшими серьезными задачами для ребят станут сдача ЕГЭ и ГИА, поступление Лизы в институт.

От души желаю им успехов!

Л.Юрченко



Такая требовательность к себе заслуживает восхищения: я уже знала, что каждое воскресенье Илью и Лизу можно увидеть на катке, что двухчасовым спортивным занятиям не могут помешать тридцатиградусные морозы. Знала и то, что всем компьютерным играм Лиза предпочитает чтение книг и перевод оригиналов любимых авторов с английского языка.

Кстати, первый компьютер в доме купили для папы, второй - для занятий Лизы, и уже затем - для Ильи.

