

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (116) АВГУСТ 2012



ОТ РЕДАКТОРА



Здравие семьи всё так же актуально, как и 100 лет тому назад...

Одиннадцать лет тому назад, когда мы задумывали наш журнал, вопросы семьи, демографической политики - еще не были обозначены как стратегический государственный приоритет.

Но начать говорить именно о проблемах здоровья семьи - здоровья физического, нравственного, духовного, нам казалось тогда, вначале 2000-х, особенно важным. Времена были не простые, многих людей опьянило чувство свободы. Кто увлекся политикой, кто пробовал себя в бизнесе и какой-то период времени - здоровье, семья были как бы отброшены на второй план.

Серьезной доступной информации на эти темы в те времена было мало. Многим помнится еще советских времен журнал «Здоровье» и входили подшивки прошлых лет. Затем появились клоны зарубежных изданий, освещающие вопросы «женского, детского и т.д. здоровья», на наш взгляд, перенасыщенные рекламой.

Скажу честно, тогда не занимаясь особенно глубоко исследованием насколько издания такого рода представлены на рынке и, соответственно, как и кем, такой журнала, как наш, будет востребован - мы с большим энтузиазмом взялись за дело.

Сейчас тема здоровья стала довольно модной. Материалы на тему здоровья в той или иной форме, дают практически все издания.

Но издания задумываемого нами формата, именно о здоровье семьи, во всех ее аспектах, - не встречались. И тем более было удивительно, когда недавно в качестве подарка к десятилетнему юбилею нашего журнала мне вручили, приобретенный где-то на блошином рынке в Санкт-Петербурге - ежемесячный журнал гигиены и популярной медицины - «Здравие семьи». Правда изданный ровно 100 лет тому назад в августе 1912 года!

Не менее удивительным для нас стало и его содержание. На его страницах, например, был опубликован подробный материал о здоровой крови, в тогдашнем представлении, о ее составе, функции кровяных телец. Дана информация о паразитах - глистах кишечного канала, с подробными иллюстрациями (просто пособие по курсу паразитологии!). Статья о безубойном питании - вегетарианстве. Обсуждалась тема малокровия у детей и диета пожилых людей. В разделе «исследования и открытия» - материал о лечении цветом. обстоятельный рассказ о питательном и лечебном значении сыворотки (пахтанье!). Теперь мне понятно, почему моя бабушка была столь последовательной приверженицей этот напиток!

Рассказывалось о «болгарской простокваше, произведенной по способу профессора Мечникова» в рекламе Молочной лаборатории «ЯГУРТЪ» из С-Петербурга. (Да, да, в журнале была масса рекламных объявлений, - модулей, как бы сказали сейчас).

Особое внимание уделялось вопросам гигиены. Так в статье «Гигиена носового платка», рекомендовали и объяснили почему, нужно не только «иметь достаточно количество носовых платков, тщательно их обрабатывать, но и завершили статью следующей фразой «Конечно проще всего было бы пользоваться бумажными платками, которые очень дешевы и могут быть сжигаемы». Через 100 лет многие стали следовать таким рекомендациям...

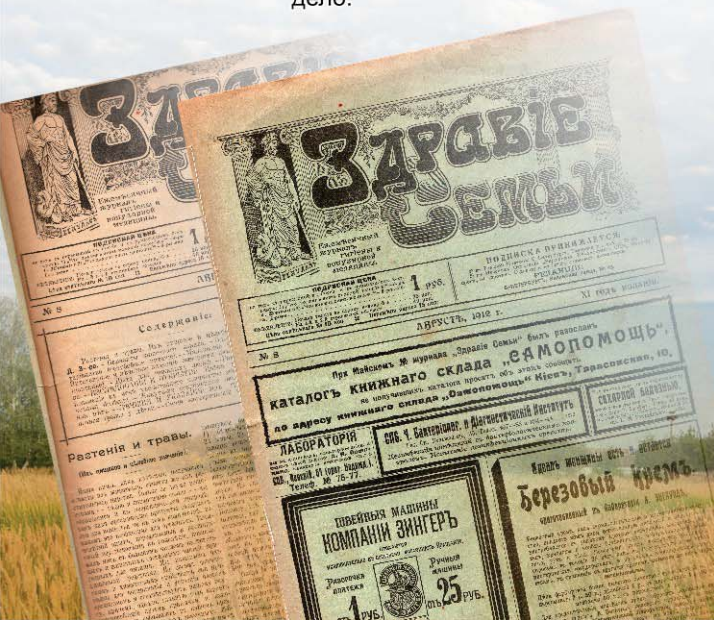
Журналу «Здравие семьи» в 1912 году было 10 лет, и он переживал XI год своего издания! Мне кажется этот подарок очень символическим. Мы сейчас - на этом же рубеже.

Не побоюсь предположить, если бы не череда трагических социальных потрясений, которые пережила в последующие годы Россия, которые отбросили эту и многие другие проблемы на многие годы, тема здоровья семьи - очень важная во все времена, не уходила на второй и даже «предпоследний» план!

А журнал «Здравие семьи» отмечал бы сейчас свое 110-летие.

Мне отраднo, от того, что сейчас становится все больше семей серьезно относящихся к вопросам укрепления и сохранения своего здоровья, здоровья членов своей семьи.

Хочу пожелать нашим авторам и читателям - будьте здоровы и счастливы, а наш журнал «Здоровье алтайской семьи» будет для вас и дальше партнером и другом.



Содержание



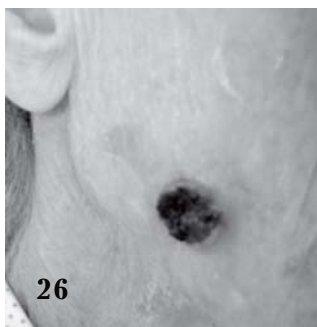
9

Проблемная беременность. Выход из тупика



12

Самоконтроль при сахарном диабете



26

Злокачественные новообразования кожи



39

Цветопробы. Язык оттенков

На фото: Николай Васильевич ШЕСТОПАЛОВ, директор Краевого центра медицины катастроф, Заслуженный работник здравоохранения РФ

Фото: Евгения Налимова

О.Н. Николаева. В чрезвычайных обстоятельствах	2-5
Откуда у лекарств такие странные названия	6-7
Шум и ярость	7-8
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Т.В. Богун. Проблемная беременность. Выход из тупика	9-10
Жизнь без табака и алкоголя	11
«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ. ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»	
Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Самоконтроль при сахарном диабете	12-13
Мир и медицина	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	
Микроэлементы для ума	15
В.В. Алешкевич. ЭхоКГ плода с дуплексом магистральных сосудов	16-17
"Здравіе семьи", август 1912г.	18-19
Отцы и детки	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.	
Главное в работе медсестры - это душа	21
Л.А. Червова. Как дети расплачиваются за безрассудство родителей	22
О.В. Кобылина. Глаукома: диагноз или приговор?	23-24
Союз рыжих	25
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Е.В. Тарасенко. Злокачественные новообразования кожи	26-28
«Игры» с едой и вокруг нее	29-30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	
Мир и медицина	34
Поможем нашим ноготкам!	35
Цветопробы. Язык оттенков	36-39
Укрепить фасад	40
Мир и медицина	41
Тест: Какой вы эгоист?	42-44



В чрезвычайных обстоятельствах

Всероссийская служба медицины катастроф - одна из тех немногих структур, которые вызывают безоговорочное уважение любого гражданина нашей страны. И вполне заслуженно.

Не исключение - и Краевой центр медицины катастроф, который со времени его основания возглавляет Николай Васильевич ШЕСТОПАЛОВ.



- В Российской Федерации служба медицины катастроф создана более 20 лет назад. Алтайский Краевой центр медицины катастроф родился в 2000 году.

- Спокойной жизни у службы медицины катастроф никогда и не бывало, и все же в последние годы работы вам заметно прибавилось. Этому есть причины?

- Все имеет свою причину. И возросшая востребованность нашей службы - тоже. Это связано со многими процессами и в обществе, и в самом здравоохранении. К примеру, рост заболеваемости населения, в том числе и в острых формах проявления, когда требуется экстренная медицинская помощь. Больше стало ДТП, и нам приходится иметь дело с тяжелыми сочетанными травмами. **Мы отмечаем ежегодный рост чрезвычайных ситуаций различного характера в среднем на 6-8 процентов.** Хотя ситуации, скажем техногенного характера, - вполне прогнозируемые, поскольку связаны со старением объектов, транспорта.

Не все безупречно и в медицинской сфере. Стареют опытные кадры районного здравоохранения. На смену приходят молодые, не имеющие достаточных навыков оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Поэтому мы вынуждены брать на себя эту нагрузку.

С каждым годом все чаще приходится доставлять пациентов с периферии в краевые специализированные лечебные учреждения для оказания экстренной помощи в полном объеме. По некоторым регионам России рост объемов этой помощи составляет порой до 50 процентов.

Хотя мы, в свое время, предвидя увеличение потребности в нашей помощи, создали филиалы службы в центрах самых отдаленных медицинских округов края - в Бийске, Рубцовске, Славгороде. И за время своего существования они оправдали себя с медицинской точки зрения. Бийск, например, обслуживает десять районов, где проживает почти 500 тысяч человек, около 250 тысяч - в Рубцовском округе и более 200 тысяч - в Славгородском. Эти филиалы, по сути, - в миниатюре центры медицины катастроф окружного уровня. Их специалисты быстрее добираются в отдаленные районы. За счет этого фактически сроки оказания экстренной медицинской помощи сократились в 2-2,5 раза! **Благодаря филиалам качественно изменились и условия медицинской эвакуации пациентов, приблизилась специализированная медицинская помощь сельским жителям.**

Выросло и качество оказания самой медицинской помощи. С одной стороны, потому что в нашей службе трудятся высококлассные

специалисты, имеющие солидный стаж работы и опыт, а с другой - мы используем имеющиеся на данный момент современное медицинское оборудование и эффективные технологии организации оказания скорой специализированной медицинской помощи. Например, максимально оптимизированы способы и сроки доставки пациента в лечебное учреждение. Для детей, беременных женщин и крайне тяжелых пациентов используется авиация. Чаще всего она применяется для транспортировки больных из самых отдаленных населенных пунктов.

К слову, сам Центр медицины катастроф очень сильно повлиял на качество оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожных катастрофах. У всех на памяти один из недавних примеров - авария в Тальменке (*напомним: 29 мая 2012 года в 23.54 на 140км федеральной трассы М-52 столкнулись два автомобиля - «Рено» и «Мерседес», пострадали 12 человек, из них пятеро детей. Через 14 минут на место аварии прибыли бригады скорой*



Модернизация здравоохранения

помощи из Тальменской ЦРБ, но до их прибытия от травм, не совместимых с жизнью, скончались 7 человек). К месту происшествия сразу же выехали и наши три специализированных бригады - нейрохирургов, хирургов, травматологов, и в течение трех часов пострадавшие были прооперированы на месте. Один из них сразу эвакуирован с сочетанной травмой в городскую больницу №1 г.Барнаула, двоих доставили туда чуть позже. И все живы. В подобных ситуациях Центр срабатывает мгновенно. При необходимости (и такое бывало не раз) к месту происшествия выезжает и по пять бригад экстренной помощи Центра.

В дальнейшем мы ведем мониторинг состояния здоровья и лечения пациентов, которым оказана помощь нашей службой. Это помогает оценивать, насколько верно, точно и быстро мы сработали. А скорость оказания помощи, используемый вид транспорта имеют очень важное значение. У нас, например, прекрасный парк скоростных реанимационных автомобилей с очень хорошим медицинским оборудованием.

- Как это все приобретено?

- Краевое руководство очень внимательно к нам относится. Принят ряд ведомственных целевых программ, на средства которых и была приобретена дорогостоящая, но такая необходимая для нашей службы медицинская аппаратура.

На выезде мы за год проводим около 600 операций различного профиля. Помощь оказывается по 32 специальностям. У нас работают специалисты из различных лечебных учреждений. Мы объединяем их для оказания скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи по всему краю. Без этой помощи часто просто невозможно на селе провести грамотное лечение тяжелых больных.

Как пример - такая статистика. В сутки мы принимаем до 300 звонков от врачей края по поводу консультирования тяжелых больных на местах. За неделю лечим от 150 до 200 пациентов, нуждающихся в экстренной помощи. Ежедневно в круглосуточном режиме работают 6 реанимационных

бригад и еще 28 специализированных бригад различного профиля. Они делают по 12-15 выездов по краю на расстояние до 500км. Это - очень напряженный труд. Вызовы порой передаются по радиосвязи, нередко случаи, когда бригада из одного района сразу переезжает в другой. Поэтому назрела необходимость дальнейшего развития службы. Прежде всего - через создание новых филиалов Центра. В программе демографического развития Алтайского края создание таких филиалов предусмотрено в Заринском, Алейском и Каменском округах. Тем самым мы не только «облегчим» жизнь коллегам этих районов, но и сократим сроки и, в первую очередь, повысим качество оказания экстренной помощи.

- Как вам удается быть «здесь и сейчас»?

- Центр работает в различных режимах постоянной «боевой» готовности, включая угрозы ЧС. Мы реагируем быстро. Вспомните прошлогоднюю трагедию с пожаром в Николаевке. Наши люди уже через час были на месте происшествия и сразу же приступили к действию. И там были специализированные бригады не только хирургов, но и психотерапевтов, которые вели прием в полевых условиях, реально помогая гражданам, лишившимся крова.

Такая оперативная и результативная работа требует не только высочайшей профессиональной квалификации персонала, но и умения применить свои навыки в сложных условиях: пожара, наводнения, взрывов, землетрясения... Не каждый это может. Поэтому подбираем к себе на службу людей выносливых, с твердым характером и при этом очень грамотных специалистов.

Мы располагаем очень хорошим запасом различных медикаментов, в том числе - иммунно-биологических препаратов (например, на случай вспышки эпидемии инфекционного заболевания, скажем, в пионерском лагере). При своевременном и оперативном реагировании на такую опасность она ликвидируется в самом зародыше.

Наша задача - своевременно отрабатывать взаимодействие с различными службами, привлекаемыми для ликви-

В сутки мы принимаем до 300 звонков от врачей края по поводу консультаций тяжелых больных на местах. За неделю лечим от 150 до 200 пациентов, нуждающихся в экстренной помощи. Ежедневно в круглосуточном режиме работают 6 реанимационных бригад и еще 28 специализированных бригад различного профиля. Они делают по 12-15 выездов по краю на расстояние до 500км.



дании медицинских последствий чрезвычайных ситуаций различного характера. **Мы работаем в тесном контакте и со службой скорой помощи.** Между нами много общего. От нашего взаимодействия во многом зависит и результат. Скорая помощь находится ближе к источнику чрезвычайной ситуации и быстрее может до него добраться, так как ее бригады расположены по всему краю. Центр осуществляет информационный мониторинг, контроль за всей обстановкой при ЧС, но при необходимости мы становимся единым целым. Все особенности работы и проблемы скорой помощи нам очень хорошо известны. Поэтому мы участвовали в разработке ведомственной целевой программы по совершенствованию оказания скорой помощи жителям края. Программа рассчитана на три года, и на ее развитие ежегодно предусмотрено выделение 80 млн. рублей. Основные программные мероприятия - приобретение автомобилей скорой помощи, оснащенных специальным медицинским оборудованием, приборов навигационного слежения ГЛОНАСС, компьютеров с программным обеспечением.

Отрадно отметить, что программа уже реально реализуется. Так, только **в этом году планируется приобрести 68 автомашин.** С сентября 49 новых машин скорой помощи начнут поступать в районы края. Планируется, что к концу года весь транспорт отделений скорой помощи в сельских ЛПУ будет оснащен системой ГЛОНАСС, которая позволяет определять место нахождения автомобиля и выбирать наиболее оптимальный маршрут движения к месту назначения. В дополнение к этому предусмотрена и **компьютеризация службы скорой помощи через установку информационно-управляющей системы «МИСС СКОРАЯ».** Процесс уже начался.

К тому же сама служба скорой помощи будет структурно изменяться, а уже с 2013 года с бюджетного будет переведена на финансирование через фонд обя-

зательного медицинского страхования.

Развитие скорой помощи - острая необходимость в крае. С 2011 года на 37 увеличено число бригад скорой помощи, но по расчетным нормативам нам в крае необходима еще 51 бригада. Есть районы, где на два десятка тысяч населения - всего одна бригада скорой помощи.

В настоящее время скорая помощь - самая массовая и востребованная медицинская услуга. За год в крае осуществляется около 900 тысяч вызовов. Каждый третий житель в среднем один раз вызывает ее в течение года. Поскольку скорая помощь - бесплатная, то и пользуются ею часто, к сожалению, не всегда обоснованно. До 40% выездов - к людям с хроническими заболеваниями, которые в принципе должны лечиться планово и систематически наблюдаться у специалиста по месту жительства. Но в период обострения заболевания они не обращаются в поликлинику, а вызывают скорую помощь. Обслуживание таких пациентов не совсем соответствует функциям скорой помощи, но сегодня нет законодательной базы для разграничения этих функций между лечебными учреждениями и службами. Хотя со временем, с развитием и совершенствованием поликлинического обслуживания, нагрузка на скорую помощь, не связанная с выполнением ее собственных функций, будет, надеюсь, существенно снижена.

- Насколько остра для вас кадровая проблема?

- Кадры, по-прежнему, решают все. Но с ними ситуация непростая, особенно в нашей службе, и особенно в территориях, отдаленных от краевого центра, например, в Рубцовске и Славгороде. **К нашим сотрудникам предъявляются очень высокие требования.** Нужен как минимум пятилетний опыт практической деятельности, чтобы человек имел право консультировать других. Но в этих округах укомплектованность необходимыми нам специалистами - все-

го на 40% от потребности. Впрочем, и в Барнауле ощущается нехватка, особенно детских реаниматологов. В настоящее время, например, у нас всего один штатный специалист и четыре совместителя.

Как выходим из положения? Стараемся готовить сами. Но стимулов к тому немного, поскольку зарплата не соответствует той физической и психологической нагрузке, которую испытывают наши сотрудники. И не только врачи, но и диспетчеры, и водители (которые наезжают до 120 тысяч километров в год по нашим дорогам), и другие сотрудники. Нужны не случайные люди, а только очень преданные делу.

Среди хирургов очень много людей пенсионного или предпенсионного возраста. Их опыт бесценен, но им непросто выдерживать возникающие нагрузки. А молодых, желающих идти в медицину вообще, и в хирургию в частности, с каждым годом все меньше. И это проблема всего нашего здравоохранения. Хотя возможности хирургии сейчас поистине сказочные, во многом благодаря совершенной аппаратуре, позволяющей по экстренным показаниям оказывать очень квалифицированную помощь, которая в итоге обходится значительно дешевле, чем содержание клинических отделений. А за год мы эвакуируем более 2800 человек только в стационары лечебных учреждений. Это очень много. Кроме того, мы оказываем помощь более чем 4500 больным непосредственно у постели и проводим более 10,5 тысяч консультаций - и это самые тяжелые пациенты. Так что от кадров и от оперативности оказания помощи зависит многое. Не зря говорят - дважды помог тот, кто помог быстро. **Принцип «золотого часа» в экстренных ситуациях срабатывает очень четко.**

У нас трудятся замечательные специалисты, которых знают везде в крае: заслуженный врач РФ **Александр Иванович КУНГУРОВ**, хирурги **Александр Викто-**



Модернизация здравоохранения

рович **ВОРОБЬЕВ** и Михаил Федорович **ПЕРФИЛЬЕВ**, реаниматологи **Владимир Иванович БАТУРИН**, **Игорь Владимирович КАРПЕЦ** и **Владимир Николаевич РАКИТНЫХ**, нейрохирург, кандидат медицинских наук **Герман Владимирович ЛЕТЯГИН**. Достойны и молодые кадры: врачи-реаниматологи **Виктор Павлович ПИСЬМЕННЫЙ**, **Константин Анатольевич ДЕМЧУК**, **Максим Владимирович МОЛЧАНОВ**, врач-невролог **Максим Викторович ЗЯБЛОВ**, нейрохирург **Алексей Сергеевич СОЛОВЬЕВ**. Это наши штатные специалисты. В Бийске трудятся **Олег Алексеевич ДУБИНИН**, в Рубцовске - **Наталья Ивановна ШПАК**, другие замечательные врачи, все - с огромным опытом, люди, с чьим мнением считаются. Они трудятся в районах и, как никто другой, знают там обстановку, потому что каждый из них каждый месяц бывает там.

- **Наше традиционное предложение - поделиться своими советами с читателями журнала.**

- С 2004 года в крае действует **школа медицины катастроф**. Она создавалась по специальному постановлению Губернатора, и в ней начинали готовить спасателей - медиков. На первых порах мы начинали учить руководителей лечебных учреждений, как правильно работать в условиях ЧС. Потом круг учащихся расширился. В него вошли сотрудники МВД, в том числе и ГАИ-ГИБДД, сотрудники спецслужб, спасатели, а также водители скорой помощи, инструкторы-проводники скорой помощи, сотрудники туризма, горноспасатели, преподаватели ОБЖ и другие категории специалистов, которым необходимо владеть навыками оказания первой медицинской помощи в экстренных случаях.

Школа оснащена компьютеризированными учебными местами, навыки отрабатываются на 12 роботизированных манекенах, оснащенных системой оценки качества выполненных действий. **Очень хотелось бы, чтобы обучение в этой школе проходили также все водители-автолюбители**, так как масштабность ДТП на наших дорогах растет многократно, сопровождаясь многочисленными жертвами. К сожалению, мало кто из автолюбителей



владельцев владеет навыками оказания медицинской помощи. А хотелось бы законодательно преподавать им эти знания с закреплением практических навыков. Неплохо бы взять на вооружение зарубежный опыт обучения граждан вождению автомобиля. Там все водители, прежде чем получить права, по несколько месяцев осваивают методику оказания медицинской помощи, да и само обучение вождению длится не полтора месяца, как у нас, а полтора года.

- **Как вы лично восстанавливаете свои силы при такой напряженной работе?**

- По возможности в выходные дни стараюсь бывать на природе. Летом мне помогает река, зимой - лыжи. Знаю, что многие наши ребята садятся на велосипеды и крутят педали, тоже стараюсь быть поближе к природе. Почти все наши сотрудники увлекаются спортом и восстанавливаются с его помощью. Кто в бассейне, кто на тренажерах, кто в спортивных играх. Мы ведем здоровый образ жизни и редко болеем. И уж точно никто в выходной день не лежит на диване перед телевизором. Многие увлекаются сплавом по рекам. У нас есть настоящий эксперт по этому делу - **Михаил ПЕРФИЛЬЕВ**. Он несколько раз сплавлялся в одиночку, а в этом году ребята разработали маршрут сплава по Оби, который намерены осуществить в конце августа. ☺

Ольга Николаева

Фото: Евгений Налимов

Сама наша работа подразумевает хорошую физическую подготовку всех сотрудников. Потому что ситуации бывают разные. Например, наш сотрудник **Дмитрий Юрьевич АРГУДЯЕВ, заместитель директора по медицинской части для работы по ГО и мобработе, дважды спасал человека из горящей машины. Один случай пришелся на его отпуск. Он стал свидетелем ДТП и, оценив обстановку, кинулся извлекать человека из заблокированной машины. И такие случаи - не редкость.**





Проблемная беременность. Выход из тупика

В категорию «проблемной беременности» принято относить любую беременность в анамнезе с отклонениями от нормы (самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, интранатальная и антенатальная гибель плода, преждевременные роды), которая требует дополнительного обследования и тщательного медицинского наблюдения и психологического настроя на благополучное вынашивание.

Перенос негативного психотравмирующего опыта на последующую беременность, роды и послеродовый период позволяет прогнозировать выраженную неблагоприятную динамику переживания настоящей беременности.

Для организма в период беременности характерно особое состояние целостности, которое формирует оптимальные условия развития плода и его рождения. Присущая материнской природе целостность необходима для успешного формирования организма ребенка, но эта целостность может быть быстро утрачена, если эмоциональное состояние женщины не соответствует поставленной природой задаче. В практике хорошо известны случаи, когда практически здоровые женщины, пережившие глубокий стресс, прерывали беременность выкидышем. И наоборот, слабые, с сочетанными физиологиче-

скими отклонениями анемичные женщины, но с позитивной мотивацией на материнство, успешно вынашивают и рожают детей.

Отрицательные эмоции влияют на психологическое состояние женщины, а также искажают содержание некоторых компонентов материнского поведения, увеличивая степень отклонения стиля материнского поведения от адекватного. Женщина должна понимать, что все это еще может ухудшать внутрисемейный климат и супружеские взаимоотношения и обостряет взаимодействия с детьми, уже имеющимися. Тестируя отцов на наличие тревожности и эмоциональных расстройств в период ожидания и рождения ребенка, выявили, что **отцы также склонны формировать тревожные состояния, иногда даже более отчетливые, чем у их жен.** Таким образом, ведущая роль создания гармоничного семейного микроклимата принадлежит женщине, даже в такой непростой для нее период.

Так как все-таки справиться с состоянием вечного страха в процессе очередного вынашивания? Во-первых, исключите определенные факторы риска возникновения нарушений эмоциональной сферы:

● *отпустите прошлый негативный опыт* (если невозможно забыть, то не концент-



Татьяна Васильевна БОГУН,
медицинский психолог,
КГБУЗ «Перинатальный
центр (клинический)
Алтайского края»

Присущая материнской природе целостность необходима для успешного формирования организма ребенка, но эта целостность может быть быстро утрачена, если эмоциональное состояние женщины не соответствует поставленной природой задаче.



Школа ответственного родительства

◀рируйте свое внимание на нем);

● *тревогу* в связи с возрастом беременной;

● *напряженные отношения* с мужем и ближайшими родственниками;

● *конфликты* с руководством, подчиненными или сослуживцами;

● *материальные проблемы* - предоставьте решать мужчине.

При детальной оценке медицинским психологом психоэмоциональной сферы беременной эти факторы выходят на первое место. Причем клинические проявления угрозы прерывания беременности нередко сочетаются с нарушениями сна и функциями кишечника, в частности, возникновением запоров с задержкой стула на 3-4 дня. Данные патологические состояния негативно сказываются на тоне матки, усугубляя проявления угрозы прерывания беременности, и значительно ухудшают психоэмоциональное состояние женщины, снижают резервные возможности ее организма.

Во-вторых, доверьтесь акушерам-гинекологам в период ведения беременности. Так как уже при профилактическом назначении препаратов беременная нередко приходит в состояние напряжения и тревоги, с беспокойством прислушивается к малейшим изменениям тонаса матки (даже естественным) и, по сути, сама способствует формированию у себя клиники угрозы прерыва-

ния беременности. При назначении фармакологических препаратов с лечебной целью беременная напряженно ждет эффекта их действия. Кстати, при этом нередко наблюдается эффект плацебо, то есть женщина ощущает снижение тонаса матки еще задолго до начала действия препарата и очень переживает, если по какой-то причине препарат не был принят своевременно или его пришлось отменить из-за возникновения осложнений (аллергические реакции, общее ухудшение самочувствия, тахикардия, боли за грудиной при введении гинипрала внутривенно и т.п.).

В-третьих, необходимо освободиться от страха при общении с внутриутробным ребенком (с помощью бесед, чтения сказок, распевания колыбельных и детских песен, сочинения стихов), а также страх общения с женщинами, у которых беременность протекает гармонично и которые радуются своему состоянию.

Систематическое использование данных рекомендаций значительно снимает напряжение и улучшает психоэмоциональное состояние беременной. **Если беременная женщина не может справиться с состоянием страха самостоятельно, ей необходима профессиональная консультация медицинского психолога.** Есть такое выражение писателя Пауло Коэльо: *«Все всегда заканчивается хорошо, если все закончилось плохо - значит, это еще не конец!»*. ☺



На заметку

Лучше сцеживать молоко руками

Американские ученые выяснили, что ручное сцеживание молока лучше использования отсосов.

В исследовании приняли участие 68 кормящих матерей, чьи дети неохотно брали грудь в течение первых 36 часов после родов. Женщин разделили на две группы: первая половина в течение 15 минут перед кормлением сцеживала молоко с помощью отсосов, а остальные проделывали то же самое руками.

По результатам двухмесячного исследования, на грудном вскармливании находились 96% детей в группе женщин, сцеживавших молоко руками. Среди участниц исследования, использовавших отсосы, кормить детей грудным молоком продолжали лишь 73% матерей.

Поэтому рекомендуется использовать отсосы тем женщинам, у которых установилась равномерная выработка грудного молока. По словам ученых, для недавно родивших мам, чьи дети по тем или иным причинам отказываются от груди, лучше подходит ручное сцеживание.

Молоко - на будущее

Будущие поколения австралийцев подвергаются повышенному риску хронических заболеваний, поскольку новорожденных слишком рано отлучают от грудного вскармливания.

По статистике, не более 35% австралийских матерей кормят грудью полгода. Для сравнения: в 1960-70-х годах 90% населения были вскормлены на материнском молоке.

Грудное молоко уже защищает организм малыша от инфекционных заболеваний и дает мощную «установку» на будущее, предотвращая развитие астмы, ожирения, диабета и укрепляя иммунную систему. К сожалению, система здравоохранения Австралии не уделяет данной проблеме должного внимания. Удивительно, говорят педиатры, что в современном обществе молодые мамы не осознают, какую пользу могут принести не только ребенку, но и собственному организму. Ведь женщина, в первую очередь, создана для того, чтобы родить и выкармливать детей.



Самоконтроль при сахарном диабете

ЗАНЯТИЕ 2



**Нина Васильевна
ЛЕОНОВА,**

главный эндокринолог
Главного управления
Алтайского края по
здравоохранению и
фармацевтической
деятельности,
Заслуженный врач РФ,
кандидат медицинских
наук, заведующая
эндокринологическим
центром
Алтайского края;



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**

кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог,
высшая
квалификационная
категория,

- КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

С помощью современных методов экспресс-анализа больные сахарным диабетом самостоятельно могут определять важнейшие параметры обмена веществ с точностью, близкой к лабораторной. Имеющиеся методики позволяют контролировать уровень сахара в моче и крови, а также ацетон в моче.

Характеристика средств самоконтроля

Для определения наличия ацетона в моче используются визуальные полоски: **Кетур-тест, Кетоурихром, Кетофан** и другие.

В норме ацетона в моче не должно быть. Его уровень следует определять у лиц с сахарным диабетом в случае высокой гликемии, то есть, когда в нескольких определениях подряд сахар в крови превышает 14-15 ммоль/л, при сопутствующих заболеваниях с высокой температурой, а также при тошноте, рвоте. Этот вид контроля позволяет своевременно распознать декомпенсацию сахарного диабета с кетоацидозом. **При выявлении положительного ацетона мочи следует обращаться к врачу.**

Определение сахара (глюкозы) в моче

Для этого используются визуальные тест-полоски: **Диабур-тест, глюкоурихром** и другие. Дешевизна, безболезненность - их преимущества.

Следует отметить, что **в норме у человека сахара в моче нет**, он появляется или фильтруется в том случае, если сахар в крови превышает определенное значение. Это **минимальное значение концентрации глюкозы в крови, при котором появляется сахар в моче, и называется почечным порогом.** Его значение - индивидуально, но в среднем показатель гликемии составляет **10 ммоль/л**: то есть, если у вас сахар в крови 10,5 ммоль/л, сле-

довательно, у вас появится сахар в моче.

Ориентировочно при сахаре в моче 1 мг% - сахар в крови составляет 11 ммоль/л; при 2 мг% - 12 ммоль/л; 3 мг% - высокий сахар в крови - более 13 ммоль/л.

Идеальным будет вариант, если вы совместно с вашим доктором установите ваш индивидуальный почечный порог перед проведением самоконтроля по сахару в моче.

На точность определения глюкозы в моче влияют лекарственные средства: аскорбиновая кислота, антибиотики - пенициллин, цефалоспорины, рентген-контрастные вещества. Уровень глюкозы в моче изменяется также при выраженных заболеваниях почек, а также при неполном опорожнении мочевого пузыря.

Следует помнить, что **сахар в моче определяется только в свежей 30-минутной моче**, то есть, если вы определяете сахар в моче перед завтраком, то в 7 часов следует опорожнить мочевой пузырь и через 30 минут помочиться вновь, и именно в этой второй порции только определить сахар. Таким образом, вы получите сахар в моче в период с 7ч. до 7.30ч. и по результатам косвенно оцените сахар в крови, а соответственно, сможете скорректировать терапию и диету на завтрак. Также в 30-минутных порциях мочи следует определять сахар перед другими приемами пищи.

В случае, если вы собираете суточную мочу на сахар и получаете положительный результат, вы не можете точно указать то время, когда сахар



Жизнь с сахарным диабетом»

в крови превышал почечный порог и попал в мочу, следовательно, невозможно будет провести коррекцию терапии и диеты по часам.

Методика проведения аналогична предыдущей: наносится капля мочи на тестовую зону, и по изменению цвета можно судить о результатах в сравнении с цветовой шкалой.

Определение сахара (глюкозы) в крови

Это самый предпочтительный метод самоконтроля. Он осуществляется с помощью визуальных тест-полосок (**Бетачек, Глюкостикс, Глюкохром-Д** и другие) и приборов-глюкометров (**Уан Тач Ультра, Бетачек, Глюкотренд, Элит, Акку-чек** и другие).

Для этих методов необходимо взять каплю крови. **Как правильно взять кровь из пальца?** Перед проведением анализа руки обязательно вымыть с мылом и высушить, но спиртом не протирать, так как это исказит результат. Проккол производится в боковую поверхность концевой фаланги пальца - это менее функциональная зона, а значит, и менее болезненная. Для прокалывания используются специальные ручки (**Софтгликс, Пенлет, Гиполет**), в которые вставляются одноразовые ланцеты. Если нет такой ручки, то запомните следующее: наиболее безболезненным будет взятие крови из пальца в том случае, если вы используете трехгранный ланцет.

Перед применением визуальных полосок обязательно изучите инструкцию, так как после нанесения капли крови на тест-полоску через определенное время ее надо стереть, а от точности выполнения методики зависит результат. Затем по изменению цвета вы производите сравнение с цветовой шкалой на флаконе и получаете диапазон результата в цифрах.

К преимуществам подобных тест-полосок относятся относительная их дешевизна, возможность разрезать повдоль ножницами и таким образом увеличить количество полосок. **К отрицательным качествам следует отнести** требования проти-

рания, четкого соблюдения методики, а также приблизительное количественное определение.

Определение глюкозы крови глюкометрами просто и удобно в обращении, возможность работать с ними даже детям выводит их среди методов самоконтроля на первое место. Методика одинакова для всех приборов и заключается в нанесении крови на полоску, предварительно вставленную в прибор или непосредственно введенную после нанесения крови, и через 30-120 секунд на экране появляется результат сахара в крови.

Преимущества видов глюкометров

Уан Тач Ультра: самостоятельное всасывание необходимого количества крови поднесенной к пальцу тест-полоской; большой экран; русский язык; магнитная память на 250 результатов; возможность внесения в память дозы инсулина, то есть аналог дневника самоконтроля; гарантия - 5 лет; разъем для подключения к компьютеру; расфасовки тест-полосок по 10, 25, 50 штук.

Бетачек: небольшой размер; возможность применения одних и тех же тест-полосок как для визуального определения, так и для глюкометра.

Элит: самостоятельное всасывание необходимого количества крови поднесенной к пальцу тест-полоской; память на 10 результатов.

Когда надо измерять уровень сахара в крови? Проверку необ-

ходимо делать перед едой (перед завтраком, перед обедом и перед ужином).

Дополнительно нужно контролировать уровень сахара в крови перед сном и во всех случаях ухудшения самочувствия. Вы должны понять, что **только ежедневный многократный контроль уровня сахара в крови поможет вам скорректировать дозы инсулина соответственно вашему образу жизни и режиму питания.** Для достижения оптимального результата **необходимо измерять уровень сахара в крови не менее 3-4 раз в сутки.** Если уровень сахара в крови измеряется реже, то течение диабета ухудшается.

Ваша потребность в инсулине может быть установлена только при помощи ДНЕВНИКА САМОКОНТРОЛЯ, который вам требуется заполнять ежедневно.

В этот дневник заносятся: данные самоконтроля уровня сахара в крови, который вы измеряете перед каждым приемом пищи; количество вводимого инсулина; количество хлебных единиц. Кроме того, есть отдельная графа для записи различных состояний, касающихся сахарного диабета: гипогликемия, появление ацетона в моче, повышение температуры или употребление алкоголя. Все результаты заносятся, а затем анализируются.

И в заключение следует сказать, что **девизом больного сахарным диабетом должно стать: «не жизнь для самоконтроля, а самоконтроль для полноценной жизни».**

Диабетолог Джослин верил: в будущем статистика покажет, что пациенты, выполняющие все рекомендации по образу жизни с сахарным диабетом в течение всей жизни, будут жить дольше и будут меньше болеть другими заболеваниями, чем остальное население, не имеющее сахарного диабета. Это связано с тем, что пациенты с сахарным диабетом больше следят за своим питанием, больше занимаются спортом, поддерживают себя в хорошей форме. А значит, и жить будут дольше. ☺

Продолжение следует



Микроэлементы для ума

Избыточная кулинарная обработка пищи, увеличение сроков ее хранения за счет замораживания, консервирования, добавления химических ингредиентов приводят к разрушению в продуктах многих биологически активных веществ.

Органы и ткани не получают в достаточном количестве элементы, необходимые для их нормального функционирования. Недостаточное поступление микронутриентов. Отрицательно сказывается на физическом и умственном развитии, постепенно развиваются обменные нарушения и хронические заболевания.

Недостаток йода в пище вызывает заболевания щитовидной железы с тяжелыми осложнениями, нарушения репродуктивной функции у женщин, увеличение количества выкидышей и мертворожденных, повышение детской смертности. Появляются раздражительность, подавленное настроение, забывчивость, ухудшение памяти, снижение интеллекта.

Рост неинфекционной заболеваемости в крае, связанной с дефицитом поступления необходимых питательных веществ (йода, селена, кальция, фтора, витаминов) в организм человека с продуктами питания, показал необходимость принятия мер по обеспечению населения пищевыми продуктами, обогащенными необходимыми питательными веществами.

Введение в пищевой рацион в домашних условиях, школах, детских садах, больницах и других организованных коллективах обогащенных продуктов питания позволит сохранить физический и интеллектуальный потенциал населения.

Важной задачей профилактики микронутриентной недостаточности является обогащение продуктов питания витаминами и микронутриентами. Неотъемлемая роль производителей пищевых продуктов, которые понимают необходимость производства продуктов, обогащенных микронутриентами (йод, фтор, селен) с целью профилак-

тики заболеваний, обусловленных их дефицитом.

Управлением Роспотребнадзора по Алтайскому краю (далее - Управление) одним из приоритетных направлений деятельности определило организацию и проведение профилактических мероприятий йоддефицитных состояний, надзор за предприятиями, вырабатывающими йодированную продукцию.

В 46 территориях края на 98 предприятиях хлебопекарной и молокоперерабатывающей промышленности **организовано производство хлеба, хлебобулочных изделий и молочной продукции, обогащенных пищевой добавкой «Йодказеин»**. Налажено производство обогащенных микронутриентами (йод, фтор, селен) питьевых расфасованных вод. На 8 предприятиях края производится **26 наименований питьевых и минеральных вод**. Их реализация осуществляется в детские дошкольные, школьные образовательные, загородные оздоровительные учреждения, административные учреждения, среди населения.

Кондитерскими фабриками в г.Бийске и Тальменском районе вырабатываются сахаристые кондитерские изделия с витаминами С, А, кальцием, железом, бифидобактериями.

Управлением ведется мониторинг за качеством реализуемой йодированной соли (в 2011г. пробы соответствовали гигиеническим нормативам).

Управлением тесно сотрудничает с Гильдией пекарей г.Барнаула по вопросам повышения качества вырабатываемой хлебной продукции, постоянно проводит мониторинг ситуации на потребительском рынке Алтайского края в отношении производимых и реализуемых хлеба и хлебобулочных изделий.



При Управлении создан Общественный совет, в состав которого входит Гильдия пекарей г.Барнаула, где обсуждаются проблемы хлебопечения, вопросы качества и безопасности выпускаемой продукции. Проводятся конференции по вопросам развития лечебно-профилактического хлебопечения. В крае **действуют советы по питанию**, на которых рассматриваются вопросы по микронутриентной недостаточности, обеспечению предприятий, пищеблоков лечебно-профилактических учреждений обогащенными продуктами, в том числе йодированными хлебобулочными изделиями.

С 2006г. по рекомендации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на хлебопекарных предприятиях края производственный контроль осуществляется согласно скорректированным в сторону уменьшения программам производственного контроля, образцы которых утверждены Руководителем Федеральной службы Г.Г. Онищенко и согласованы с Президентом Российской Федерации гильдии пекарей и кондитеров. Управлением оказывается содействие всем предприятиям хлебопекарной промышленности по всем вопросам, касающимся производства и реализации хлеба, хлебобулочных и кондитерских изделий.

Сегодня практически во всех магазинах жители Алтайского края могут купить продукцию, обогащенную микронутриентами: хлеб, молочную продукцию и другие товары повседневного спроса. Покупая обогащенные продукты сегодня, мы восстанавливаем и сохраняем свое здоровье для завтрашнего дня. ☺





ЭхоКГ плода с дуплексом магистральных сосудов



Василий Васильевич АЛЕШКЕВИЧ,
кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики, высшая квалификационная категория, отделение функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Эхокардиография плода (ЭхоКГ) позволяет диагностировать сердечную патологию и правильно определить дальнейшую акушерскую тактику.

Что же это такое - врожденный порок сердца (ВПС)? Это обширная и разнородная группа заболеваний, которая обусловлена врожденными морфологическими изменениями клапанного аппарата, перегородок, стенок сердца или отходящих от него крупных сосудов, нарушающими передвижение крови внутри сердца или по большому и малому кругам кровообращения.

В группу этих заболеваний входят как относительно легкие формы, так и состояния, несовместимые с жизнью ребенка. Всего насчитывается более 100 видов врожденных пороков сердца и их разновидностей. Многие из них встречаются не только пороذك, но и в различных сочетаниях.

Врожденные пороки сердца (ВПС) формируются с 19 по 72 дня беременности: на 19 сутки сердце крохи начинает сокращаться, а к 72 оно становится мини-копией взрослого органа. Именно в этот период наиболее высока вероятность что одним из маленьких сердечников может стать больше. Среди заболеваний сердца у детей врожденные пороки прочно занимают лидирующие места. **Ежегодно в России насчитывается 10-12 таких случаев на каждую тысячу младенцев.** У нас в стране ВПС занимают стабильно первые места в структуре пренатальной смертности. ВПС являются причиной 40% перинатальных потерь, каждый пятый умирает в первый год жизни. Определенную часть выявленных врожденных пороков сердца составляют некорректируемые ВПС.

Особую социальную значимость ВПС приобретают потому, что они имеют высокую смертность и инвалидизацию детей, причем с самого раннего возраста, что, несомненно, имеет серьезное значение для здоровья нации в целом.

Часто причинами ВПС становятся вирусные заболевания, которые переносит беременная женщина в первые три месяца, так как вирусы способны проникать к плоду через еще только формирующуюся плаценту и оказывать повреждающее действие. Доказано вредное воздействие *ОРВИ, гриппа и простого герпеса.* Однако наибольшую опасность для беременной представляет *вирус краснухи,* особенно если в семье есть малыши. Краснуха, перенесенная мамой в сроки до 8-12 недель, в 60-80% случаев вызывает триаду Грегга: ВПС с врожденной катарактой и глухотой. Кроме того, еще могут быть и пороки развития нервной системы.

Немаловажную роль при формировании ВПС играют *профессиональные вредности, интоксикации, неблагоприятная экологическая обстановка места проживания.* У мам, употреблявших алкоголь на ранних сроках беременности, вероятность порока повышается на 30%, а в комбинации с никотином - до 60%. У 15% малышей с пороками сердца есть указание на контакт будущей мамы с *лакокрасочными материалами,* а у 30% детей отцы были водителями автотранспорта, *часто контактирующими с бензином и выхлопными газами.*

Существует статистика, что только 20% детей с ВПС рождаются от беременностей с повышенным риском, а остальные 80% - у формаль-



но здоровых родителей. Поэтому желателен осмотр всех беременных. Если же у врача появляются подозрения на наличие у ребенка порока сердца, основным методом инструментальной диагностики является ультразвуковое исследование сердца. Эхокардиография плода (ЭхоКГ) позволяет диагностировать сердечную патологию и правильно определить дальнейшую акушерскую тактику.

Фетальная ЭхоКГ (эхокардиография плода) - это неинвазивный ультразвуковой метод исследования сердечно-сосудистой системы плода с применением спектрального доплера, цветового доплеровского картирования кровотока, 4D технологии и оценки сердечного ритма. Исследование проводится с 18 недель беременности, оптимальными сроками считаются - 22-24 недели.

В ходе исследования врач диагностирует анатомическое строение сердца, функционирование сердечно-сосудистой системы у плода (толщину стенок и перегородок, размеры камер сердца, расположение крупных сосудов). Кроме того, ультразвуковое исследование позволяет определить интенсивность и направление внутрисердечных потоков крови.

Существуют следующие показания к эхокардиографии плода.

Показания со стороны плода:

- 4-камерное сечение сердца плода при УЗИ в сроке беременности 22-24 недели;
- фетальная аритмия: брадикардия < 100 в 1 минуту и дольше 10 секунд, тахикардия > 220 в 1 минуту и дольше 10 секунд, экстрасистолия > 1 на 10 сокращений сердца;
- внутриутробная задержка роста;
- асцит (скопление жидкости в брюшной полости) плода, плевральная или перикардиальная жидкость;
- врожденные пороки других органов плода по УЗИ;
- мало- или многоводие;
- хромосомная патология (амниоцентез).



Показания из анамнеза (со стороны матери), которые являются обязательным для исследования ЭхоКГ:

- врожденный порок или тяжелое заболевание миокарда в анамнезе у матери или ближайших родственников;
- генетические аномалии или пороки развития у матери и ближайших родственников;
- прием лекарств и токсических веществ во время уязвимого периода (алкоголь, наркотики, литий, антиконвульсанты и др.);
- краснуха во время беременности;
- резус-конфликт;
- диабет, фенилкетонурия и другие болезни обмена веществ;
- болезни соединительной ткани (системная красная волчанка).

Специальной подготовки к исследованию не требуется.

Что касается противопоказаний: неизвестны отдаленные последствия воздействия ультразвуковой энергии на развивающийся плод. ☺

Данное исследование вы можете пройти в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» на эхокардиографе по направлению от врача вашей женской консультации.

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

На правах рекламы





ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ

Ежемесячный журнал
гигиены и
популярной
медицины.

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА

за годъ съ пересылкой въ Россіи и съ приложеніемъ 2-хъ книгъ: 1) „Что долженъ знать молодой человекъ?“ — 0-ра 2) „Что должна знать женщина?“ — 0-ра мед.
1 руб.

СЪЯВЛЕНІЯ: Полади текста на строку новонарейль 25 коп.
На 1-й и 2-й страницахъ обложки 40 коп.
Цѣна отдѣльнаго № 10 і.с.п. 1: Перемѣна адреса 15 коп.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ:

1) въ Главной Конторѣ: С.-Петербургъ, Галерная ул., соб. д. № 49;
2) въ Невскомъ Отдѣленіи „Вирневыхъ Вѣдомостей“: С.Пб., Невскій просп., 50 (противъ Садовой) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

РЕДАКЦІЯ:

С.-ПЕТЕРБУРГЪ, Назанская улица, № 45.

№ 8

АВГУСТЪ, 1912 г.

XI годъ изданія.

НЕ ПЕЙТЕ СЫРОЙ ВОДЫ!...

Лучшимъ здоровымъ и доступнымъ народнымъ напиткомъ, при современномъ совершенствѣ техники производства, является исконный русскій напитокъ — пиво.

Заключая въ себѣ незначительный процентъ этильного, т. е. не сивншнаго алкоголя, пиво, въ ряду другихъ, содержащихъ въ себѣ алкоголь, напитковъ занимаетъ особое почетное мѣсто и пользуется покровительствомъ правительства во многихъ странахъ, какъ напимѣръ, въ Швеціи и Норвегіи, гдѣ оно служитъ орудіемъ борьбы съ пьянствомъ, замѣняя собою водку и другіе крѣпкіе напитки.

Намъ знаменитый экономистъ, проф. И. И. Янжудъ, въ своей брошюрѣ «Пьянство, какъ социальный недугъ, и борьба противъ него», ставитъ пиво наряду съ натуральными виноградными винами, какъ здоровый, исторически свойственный русскому народу напитокъ, и также видитъ въ немъ лучшее орудіе для борьбы съ алкоголизмомъ. Онъ утверждаетъ, что «страны, въ которыхъ национальнымъ напиткомъ являются виноградное вино и пиво, гораздо больше гарантированы отъ пьянства, нежели мѣстности съ преимущественнымъ употребленіемъ водки».

Проф. Розентаалъ утверждаетъ, что болѣзни пьянщицъ случаются только тамъ, гдѣ только пьютъ водку. Въ странахъ же винограднаго вина и пива эти болѣзни сравнительно рѣдки и подпадаютъ только въ крайне легкіхъ формахъ.

СПБ. Ч. Бактеріолог. и Диагностическій Институтъ

Гет. Ст., Большой пр., 35. Телеф. 497—85 и 184—44. 1278
Дезинфекція помѣщеній съ бактериологическимъ контролемъ. Испытаніе дезинфекціонныхъ средствъ.

ГИГИЕНА НОСОВОГО ПЛАТКА

Съ чисто гигиенической точки зрѣнія носовой платокъ оставляетъ желать слишкомъ много. Собственно говоря, вкоренившаяся въ простонародіѣ старая привычка сморкаться носъ пальцами, въ дѣйствительности, болѣе гигиенична, чѣмъ и болѣе безопасна для другихъ: во-первыхъ, потому что содержимое носа не сохраняется, а выбрасывается и, такимъ образомъ, сразу подвергается вліянію свѣта и солнца, которые быстро убиваютъ всякія бактеріи, и, во-вторыхъ, потому что при такомъ способѣ чистить носъ не наносится вредъ ушамъ. Дѣло въ томъ, что большинство людей во время чистки носа держитъ носовой платокъ передъ ртомъ и въ то же время сдавливаютъ оба носовыя отверстия, такъ что бактеріи, слизь и другія нечистоты могутъ попадать черезъ евстахию трубу, служащую для соединенія рта съ барабанной полостью, въ среднее ухо, и вызывать тамъ различныя воспаленія. Правда, нельзя сказать, чтобы старая манера сморкаться прямо на воздухъ была эстетична, но такъ какъ носовой платокъ, который этимъ недостаткомъ не обладаетъ, не гигиениченъ, то при пользованіи имъ необходимо соблюдать особенную осторожность. Во-первыхъ, каждый человекъ долженъ имѣть собственные носовыя платки для пользованія. Матери должны часто повторять своимъ дѣтямъ, что не слѣдуетъ и вредно пользоваться чужими носовыми платками, а также не одолжать своихъ платковъ другимъ, потому что многія хроническія болѣзни носа, напим., туберкулезъ, воспаленія носа, Волченка и дифтерія, очень часто передаются здоровымъ черезъ носовыя платки.

Что необходимо знать страдающему САХАРНОЙ БОЛѢЗНЬЮ,

чтобы восстановить свое здоровье.
Соч. д-ра В. Граффа. Цѣна 40 коп.,
илл. плат. 60 к., С.Петербургъ, Невскій 55,
отд. I. М. Готшалкъ. 1232

ДѢТА ДЛЯ ПОЖИЛЫХЪ ЛУДЕЙ.

На основаніи многочисленныхъ наблюдений дознано, что пожилые люди должны вести строго правильную жизнь, дабы не вызвать въ ослабленномъ организмѣ, въ значительной степени потерявшемъ прежнюю способность противостоять вреднымъ вліяніямъ серьезныхъ и подчасъ трудно исправимыхъ расстройствъ.

Далѣе, старые люди во всемъ должны соблюдать большую умеренность, не ѣсть не пить чрезмерно много уже по той причинѣ, что организмъ не требуетъ многого, дабы не слишкомъ напрягать пищеварительные органы.

Малокровіе у дѣтей.

Нѣтъ второй болѣзни, которая такъ часто предполагалась бы родителями у своихъ дѣтей, какъ малокровіе. Всевозможные симптомы различнаго болѣзней прежде всего приписываются малокровію. Но вредъ отъ такого ошибочнаго распознаванія и нахожденія повсюду малокровія у дѣтей заключается въ томъ, что эти любящіе родители по собственному усмотрѣнію лѣчатъ своихъ любимцевъ различными средствами, рекомендованными имъ знакомыми или вычитанными изъ газетъ. Не нужно, слѣдовательно, удивляться, если отъ такого лѣченія нерѣдко получаются противоположные результаты, а слѣдуетъ быть довольнымъ, если такое неправильное лѣченіе не влечетъ за собою какихъ-нибудь вредныхъ послѣдствій.



ЖИВУТЬ-ЛИ СОВРЕМЕННЫЕ ЛЮДИ ДОЛЬШЕ ПРЕЖНЯГО, ИЛИ НѢТЬ.

На этот весьма интересный и важный вопрос отвечает доклад профессора доктора Fischera, представленный им конгрессу Соединенных Штатов. Доклад этот рассматривает жизненные условия настоящего времени и прежних вѣковъ въ различныхъ государствахъ міра.

Въ то время, какъ въ Индіи, напримѣръ, надежда состариться въ послѣдніа тридцать лѣтъ не увеличилась, въ европейскихъ государствахъ, напримѣръ, въ Англіи, съ 1881 года до 1900 г. средняя продолжительность жизни увеличилась для мужского населения на 14 лѣтъ, а для женскаго — на 16 лѣтъ, во Франціи въ этотъ же промежутокъ времени мужчины выиграли 10 лѣтъ, а женщины — 11 лѣтъ. Въ Пруссіи средняя продолжительность жизни увеличилась на 25 или даже на 29 лѣтъ, въ Давіи въ течение послѣднихъ 57 лѣтъ продолжительность увеличилась на 13 и даже на 15 лѣтъ. Невольно является вопросъ: какими причинами можно объяснить это странное явление? Для того, чтобы отвѣтить на этотъ важный вопросъ, необходимо раньше всего обратить внимание на громадныя успѣхи медицинскіихъ наукъ за послѣднія 50 лѣтъ и на вліяніе на общее благосостояніе народовъ. Вообще девятнадцатый вѣкъ, который справедливо можетъ быть названъ вѣкомъ гигиены, научилъ человечество строже слѣдовать предписаніямъ личной гигиены, соблюдать больше чистоты въ жилыхъ помѣщеніяхъ, въ школахъ, рабочихъ мастерскихъ, на фабрикахъ, заводахъ и т. д.

Продолжительное рабочее время, которое въ прежнія времена только содѣйствовало сокращенію многихъ человѣческихъ жизней, въ настоящее время урегулировано почти во всѣхъ культурныхъ государствахъ. Теперь больше, чѣмъ когда-либо, во вѣхъ слояхъ общества обращается вниманіе на соответствующее разумное питаніе. Многие не допускаютъ у себя даже умереннаго употребленія спиртныхъ напитковъ и другихъ вкусовыхъ веществъ. Наконецъ, продленіе жизни многихъ людей содѣйствуетъ еще уменьшенію несчастныхъ случаевъ во время работы.

Здоровая кровь.

Мы, вѣроятно, не ошибемъ, если скажемъ, что въ настоящее время всякій знаетъ, насколько кровь необходима для жизни и даже кажется, будто она сама есть жизнь. Въ здоровой человѣческой крови отношеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ къ бѣлымъ составляетъ 350 къ 1. Это значитъ, что на 350 красныхъ кровяныхъ шариковъ приходится одинъ бѣлый. Но это отношеніе существенно измѣняется при различныхъ состояніяхъ тѣла, напримѣръ, при недостаточномъ питаніи или при болѣзняхъ. Для сохраненія здоровья человѣка чрезвычайно важно, чтобы отношеніе между красными и бѣлыми кровяными тѣльцами постоянно было нормальное, такъ какъ отъ выполненія кровяными тѣльцами своихъ задачъ зависитъ развитіе и поддержаніе здороваго и работоспособнаго организма.

Красящее вещество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (гемоглобинъ) обладаетъ въ значительной степени способностью поглощать кислородъ изъ воздуха. Будучи насыщены этимъ газомъ, кровяныя тѣльца плаваютъ по артеріямъ и доставляютъ каждой клеткѣ любой ткани извѣстное количество кислорода, необходимаго для ея работы.

БОЯЗНЬ ПОЯВЛЕНІЯ ВЪ МОЧѢ УВЕЛИЧЕННАГО КОЛИЧЕСТВА МОЧЕВОИ КИСЛОТЫ.

Какъ только наука обогащается каими-нибудь новыми открытіями въ области гигиены или практической медицины и широкая публика узнаетъ объ этомъ изъ газетъ, всѣ начинаютъ обсуждать по-своему эти новыя, строго медицинскіе факты, дѣлаютъ изъ нихъ всевозможные выводы, чаще, конечно, неправильные. Въ концѣ концовъ, сами сочиняютъ различные, ни на чемъ не основанные слухи о новыхъ средствахъ, что отъ нихъ здоровьемъ и даже жизни грозитъ большая опасность.

ПОЧЕЧНЫЯ БОЛѢЗНИ.

Ничто не можетъ болѣе поразить человѣка своею неожиданностью, какъ сообщеніе, что у него — скрытая сахарная или почечная болѣзнь. Правда, въ настоящее время многие уже знаютъ, что послѣ нѣкоторыхъ болѣзней особенно часто слѣдуютъ болѣзни почекъ; напримѣръ, всѣмъ извѣстно, что послѣ скарлатины и дифтеріи въ мочѣ довольно часто обнаруживается бѣлокъ. Этимъ объясняется, почему интеллигентные люди въ такихъ случаяхъ смотрятъ врагу прямо въ глаза, отправляютъ свою мочу въ лабораторію для изслѣдованія, дабы не пропустить момента и можно было бы заблаговременно принять необходимые мѣры.

Вегетаріанство (безубойное питаніе).

Различаютъ двѣ формы вегетаріанства, а именно ту, которую правильнѣе было бы называть дѣтой, свободной отъ мяса. Послѣдователи этого рода вегетаріанства, къ числу которыхъ принадлежитъ преобладающее большинство вегетаріанцевъ, чувствуютъ будто бы отвращеніе ко всѣмъ продуктамъ, приготовляемымъ изъ мяса убитыхъ животныхъ, слѣдовательно, ко всякой мясной пищѣ, все равно, получается-ли она отъ четвероногихъ, птицъ или рыбъ.

ГИГИЕНА.

ПИТАТЕЛЬНОЕ И ЛѢЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНІЕ СЫВОРОТКИ ИЗЪ ПОДЪ СЫТАГО МАСЛА (ПАХТАНЬЕ).

Пахтаньемъ, какъ извѣстно, называется сывортка, остающаяся послѣ сбивки масла. Въ свѣжемъ состояніи пахтанье имѣетъ желтовато-золотистый цвѣтъ и отличается кислотатымъ, слегка приятнымъ вкусомъ.

Лѣченіе сыворткой съ особенной пользой прилжняется при всѣхъ болѣзняхъ обильна веществъ. Оно начинается съ того, что два раза въ день между пріемами пищи выпиваютъ сначала по $\frac{1}{4}$ литра этой жидкости, а потомъ, постепенно увеличивая количество сывортки, доходятъ до 2 литровъ ежедневно. Никогда не слѣдуетъ пить молочную сывортку непосредственно до или послѣ дѣды, потому что она въ такихъ случаяхъ теряетъ свое лѣчебное дѣйствіе. Во время лѣченія пьюще сывортку должны дѣлать продолжительныя прогулки и вообще находиться много на открытомъ воздухѣ и по возможности даже совершать легкую работу въ саду и въ полѣ. Дѣта во время лѣченія сыворткой должна быть легкая, а главное, чтобы она не содержала никакихъ раздражающихъ веществъ, а именно: всякихъ пряностей и копченыхъ продуктовъ, а, въ особенности, строго избѣгать употребленія крѣпкихъ напитковъ.

При лѣченіи молочной сыворткой и соблюденіи только что указанной діеты полезное дѣйствіе обнаруживается уже спустя короткое время: дѣятельность желудка и кишечника улучшается, силы больныхъ возрастаютъ и наружный видъ замѣтно измѣняется къ лучшему. Лѣченіе молочной сыворткой можно продолжать отъ 4 до 6 недѣль.

ЛЕЧЕБНАЯ

болгарская простокваша, приготов. по спос. проф. Мечникова — есть самое вѣрное и испытанное средство противъ желудочно-кишеч. заболѣваній, полагры, склероза, преждевр. старости, упадка энергіи и разстройства нерви. системы на почвѣ кишеч. гниенія. Порція жидкой обыкновенной, а также и сильно дѣйствующей закваски (на 30 стак.) 50 к.; сухія закваски въ порошокъ — 8 р. 50 к., чересыска — 50 к. Жидкая сохраняется до 20 дн., сухая — до 4 мѣс. Наставленія и брошюры безплатно. Молочная Лабораторія „ЯГУРТЪ“ С.-Петербург. Невскій, 88. Тел. 469—44.

Хорошее питаніе — залогъ здоровья!

Исключительно лучшіе и свѣжіе пищевые продукты

у „О'ГУРМЭ“.

Главное депо СПб., уг. Морской и Невскаго, 9—13.

Отдѣленіе 1. Литейный просп., № 15.

Отдѣленіе 2. Маринскій рынокъ, Курятный рядъ, 4.

Вновь открытое отдѣл. Вас. Остр., Андреевскій рын., по 6-й л., 23.

Все гигиенично! — Все свѣжее!

и ВСЕ не дороже другихъ солидныхъ фирмъ.

Мясо, птицы, овощи, фрукты, закуски, сласти, вина.

Гастрономическая кухня. Готовыя блюда, заказы, порціи.

Подробный печатный прейсъ-куррантъ.

1291

Уважаемые читатели! Мы представили вам фрагменты материалов журнала гигиены и популярной медицины «Здравіе семьи», №8, август 1912г.

Главное в работе медсестры - это душа

На сайте газеты «Комсомольская правда» - Барнаул» завершился конкурс «Самая обаятельная медсестра Алтай», который проводился совместно с Алтайской региональной общественной организацией «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников». Конкурс был посвящен Дню медицинского работника и продолжался около двух месяцев. А сегодня мы представляем вам пятерку победителей.



Первое место с 12949 голосами заняла **Евгения БАРЦЕВА**, медицинская сестра физиотерапевтического отделения, КГБУЗ «Городская поликлиника №11, г.Барнаул».

Папа Евгении работал водителем на «скорой», поэтому с самого детства она любила играть в больницу. После окончания школы Евгения поступила в медицинское училище. Считает, что профессия медсестры невероятно важна, ведь эти сильные женщины наряду с докторами каждый день совершают добрые дела - помогают людям. А этого сейчас так не хватает в современном мире.

С 11706 голосами на втором месте - **Наталья ЛАПШЕВА**, медицинская сестра физиотерапевтического отделения, КГБУЗ «Городская поликлиника №11, г.Барнаул».

Наталья поступала с подружкой в медицинское училище за компанию. Правда, подружка так его и не окончила, а Наталья уже который год трудится в медицине. Она всецело отдает себя работе и считает, что наряду с профессиональными навыками для медсестры не менее важными являются и душевные качества.



Елена ЛЕПЕЗИНА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул» заняла третье место (2703 голоса).

По первому образованию Елена - зубной врач. Более десяти лет назад ей предложили возглавить сестринскую службу. На данный момент также работает главной медсестрой. Считает, что если бы не стала врачом, из нее вышел бы неплохой юрист, но Елена Лепезина остается верной своей профессии.



На четвертом месте - **Татьяна ГОРБУНОВА**, старшая медицинская сестра травмпункта поликлинического отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул», набравшая 453 голоса.



Когда Татьяне исполнилось 15 лет, перед ней встал выбор - кем стать: строителем или медицинским работником. Дело в том, что в Благовещенском районе на момент, когда Татьяна

Горбунова окончила школу, было всего два училища - и именно по этим специальностям. И Татьяна выбрала медицину. О своем выборе никогда не пожалела. Свою работу любит за то, что в медицинском деле много неожиданностей, причем по большей степени приятных.

Анастасия КАРЕДИНА, медицинская сестра, КГБУЗ База №4 Онкологический центр «Надежда», набрала 418 голосов и по праву занимает пятое место.

Уже в восьмом классе Анастасия твердо решила, что будет помогать людям. Для нее нет радости сильнее, чем поправившийся пациент. Тем более, что Анастасия Каредина работает с онкобольными. Видеть, как отступает болезнь, для нее - настоящее счастье.



Как дети расплачиваются за безрассудство родителей



Людмила Алексеевна ЧЕРВОВА,

медицинская сестра амбулаторного краевого консультативного приема, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», член Ассоциации с апреля 2002 года

Алкоголь бьет не сразу, но наверняка и не только самого пьющего, но и его потомство. За алкоголизм родителей расплачиваются дети. Спиртные напитки, попадая в организм, очень часто вызывают изменения в половых железах. Выяснено, что уже через после употребления спиртного напитка, даже в умеренном количестве, можно обнаружить алкоголь в семени у мужчин и в яичниках у женщин.

Систематическое употребление спиртных напитков может привести к перерождению, а иногда и к атрофии половых желез. **Железы либо вовсе перестают вырабатывать половые клетки, либо эти клетки становятся неполноценными.** Это касается в равной мере как мужчин-алкоголиков, так и женщин. Ожидаемо, что при слиянии подобных зачатковых клеток образуется неполноценный зародыш. А в результате - выкидыш, мертворожденные или неполноценные дети. Такая печальная судьба уготована детям не только злостных алкоголиков, но также и редко выпивающих родителей. Доказано отрицательное воздействие на будущего ребенка даже однократного приема спиртного, невинные жертвы пьяного зачатия навсегда сохраняют в своем мозгу те капли алкоголя, которые доставляли веселье их родителям.

Каждое существо начинает жить с момента зачатия. Состояние опьянения хотя бы одного из родителей во время зачатия может губительно отразиться на развитии и здоровье будущего ребенка. Он может родиться с симптомами функционального расстройства нервной системы - в виде раздражительности, усиленных эмоциональных реакций.

Влияние отца ограничивается моментом зачатия. А дальше развитие зародыша всецело зависит от матери.

Алкоголь, употребляемый матерью во время беременности, непрерывно поступает в кровь. Материнская кровь несет к клеткам плода вместо необходимого питания алкогольный яд, который прежде всего поражает зачатки развивающейся у плода нервной системы. У зародыша нарушается нормальный обмен веществ, искажается и приостанавливается его развитие, тяжело поражается мозг будущего ребенка. Такие дети склонны к малокровию, очень восприимчивы к любому инфекционному заболеванию и с раннего возраста отстают в физическом и психическом развитии от своих сверстников. Особенно велика склонность у них к нервным и психическим заболеваниям. Многие страдают судорожными припадками, некоторые рождаются с тяжелыми недостатками слуха и зрения, страдают заболеваниями сердца.

Внутриутробный период имеет огромное значение в развитии человека. Именно в это время образуются элементы всех тканей и органов, закладывается основа нервной системы. **Систематическое пьянство родителей во много раз увеличивает вероятность врожденных уродств.** Воздействуя на зародыш еще в материнской утробе, алкогольный яд за долго до рождения ребенка может не только задержать, но и исказить его развитие. Так возникают различные врожденные уродства: недоразвитые руки, ноги, неполное количество пальцев, тяжелое косоглазие, расщепление позвоночника с выпирающей под кожу в виде грыжи частью спинного мозга. Встречаются иногда и более страшные уродства, с которыми дети могут жить лишь короткое время: отсутствие головного мозга либо одного из мозговых полушарий, тяжелая водянка головного мозга. Эти тяжелые уродства часто сопровождаются судорожными припадками и параличами. В числе пороков развития бывает микроцефалия, когда голова ребенка неестественно мала, а головной мозг почти не развит. Как правило, такой ребенок нежизнеспособен.

Уже с рождения такие дети беспокойны, возбуждены, плохо спят, вздрагивают во сне при малейшем звуке. Позднее, в дошкольном возрасте, они очень капризны, плаксивы, иной раз поражают своей суебливостью, необузданностью, а иногда и жестокостью. **В школе они, как правило, учатся плохо, на уроках невнимательны, беспосредливы.** По наблюдениям педагогов, дети из семейств алкоголиков составляют основную группу второгодников. Американский врач XIX столетия Д.Смит, описавший «зародышевый алкогольный синдром», утверждал, что если неумеренно пьющий производит на свет психопатов, то умеренно пьющий дает потомство невротопов.

Это они - пьяные отцы и матери - делают своих детей инвалидами, физическими и психическими уродами. Это они лишают их счастливого детства и будущего. А должны ли дети расплачиваться за безрассудство своих родителей? ☹



Глаукома: диагноз или приговор?

Глаза - самый удивительный и совершенный орган чувств человека. С их помощью мы познаем мир, выполняем ежедневную работу: пишем, читаем, работаем за компьютером, водим машину, различаем цвета и предметы...

С течением времени под влиянием различных неблагоприятных факторов, на фоне общих заболеваний организма, таких, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз, заболевания ЦНС, могут возникать различные глазные заболевания. Одним из таких заболеваний является **глаукома**.

Термин «глаукома» объединяет большую группу заболеваний глаз, которая характеризуется постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД) с последующим развитием дефектов поля зрения, снижением центрального зрения и атрофией с экскавацией зрительного нерва. Если волокна зрительного нерва погибают, нарушается проведение зрительной информации от клеток сетчатки в мозг, и человек теряет зрение.

Человеческий глаз можно рассматривать как сферической формы тело с жидким содержимым и упругими оболочками, в котором происходит постоянный процесс обмена внутриглазной жидкости. Внутриглазная жидкость отвечает за поддержание ВГД и питание хрусталика и роговицы. Она образуется в цилиарном теле глаза, затем поступает в заднюю его камеру и через зрачок переходит в переднюю камеру.

В здоровом глазу соблюдается строгий баланс притока и оттока жидкости, поэтому глаз имеет определенную плотность, что и определяет тонус глаза, или ВГД.

В норме истинное ВГД находится в пределах от 9 до 22 мм рт.ст. У каждого человека оно имеет свой суточный ритм: обычно несколько выше в утренние и дневные часы и минимальное - в вечернее время. **Причинами повышения ВГД являются усиленная продукция водянистой влаги цилиарным телом,** когда она не успева-

ет оттекать (2%), и - наиболее частая причина - нарушение оттока жидкости (в 98% случаев).

Второй симптом глаукомы - *изменение зрительных функций*. Это выражается, прежде всего, в сужении поля зрения, что говорит об отсутствии компенсации ВГД. Если у больного даже при нормальных показателях тонометрического давления наблюдается сужение полей зрения, такое ВГД не является нормальным.

Третий симптом глаукомы - *изменения на глазном дне*. Вначале атрофируются волокна зрительного нерва, а затем появляется экскавация (углубление) его диска. Это происходит от механического сдавливания зрительного нерва, нарушения питания его волокон, изменения в сосудах, питающих зрительный нерв, то есть вследствие нарушения его микроциркуляции.

Различают врожденную и приобретенную глаукому. Врожденная глаукома возникает в результате недоразвития или неправильного развития дренажной системы глаза или угла передней камеры.

Приобретенная глаукома делится на первичную и вторичную.

Первичная возникает, как правило, у людей старше 40 лет. Она появляется под влиянием изменений, которые не имеют самостоятельного значения, и является одной из самых частых причин необратимой слепоты.

Вторичная глаукома вызывается самостоятельными заболеваниями. Причинами также могут послужить травмы глаза, воспалительные заболевания глаз (ирит, увеит), прободные ранения глазного яблока, набухающая катаракта, состояния после тромбоза центральной вены сетчатки, сахарный диабет и др.

Различают также открытоугольную и закрытоугольную глаукомы.



Ольга Владимировна КОБЫЛИНА,

медицинская сестра
врача-офтальмолога,
первая квалификационная
категория, КГБУЗ
«Городская поликлиника
№11, г.Барнаул»

Человеческий глаз можно рассматривать как сферической формы тело с жидким содержимым и упругими оболочками, в котором происходит постоянный процесс обмена внутриглазной жидкости. Внутриглазная жидкость отвечает за поддержание ВГД и питание хрусталика и роговицы.



Советы медицинской сестры

▶ Патогенез *открытоугольной* глаукомы связан с нарушением нормальной функции дренажной системы глаза, по которой осуществляется отток жидкости. Все изменения в определенной мере зависят от нервных, эндокринных и сосудистых нарушений. Поэтому **первичная глаукома сочетается с такими заболеваниями, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.** Степень и характер дистрофических изменений в дренажном аппарате при глаукоме обусловлены генетическими факторами, поэтому **открытоугольная глаукома часто носит семейный характер.** Чаще всего она начинается и прогрессирует незаметно для больного, который не испытывает никаких неприятных ощущений и обращается к врачу только тогда, когда замечает значительное ухудшение зрения и сужение поля зрения.

Закрытоугольная глаукома встречается реже и развивается у людей трудоспособного возраста. Главным звеном в патогенезе закрытоугольной глаукомы является блокада угла передней камеры корнем радужки, которая развивается в результате функционального блока зрачка. Это затрудняет движение жидкости из задней камеры глаза в переднюю. ВГД резко повышается, что приводит к развитию острого приступа глаукомы. Он сопровождается сильной головной болью, тошнотой, рвотой, болью и тяжестью в глазу, снижением остроты зрения, возникает затуманивание зрения, появляются радужные круги, расширяется зрачок. **При таком состоянии больному срочно требуется врачебная помощь!**

При глаукоме страдают оба глаза, но один из них заболевает первым.

К сожалению, **глаукому в настоящее время излечить невозможно.** Однако при ранней диагностике заболевания и правильном лечении можно приостановить прогрессирование болезни.

Существуют три основных метода терапии глаукомы: **медикаментозный, лазерный и хирургический.** Только врач может выбрать оптимальный метод лечения в каждом конкретном случае.



Ведущим методом лечения является *медикаментозная терапия.* В настоящее время существует целый ряд лекарственных препаратов, которые помогают сохранять зрение людям, страдающим глаукомой.

В некоторых случаях при глаукоме показано *лазерное лечение.* Это - амбулаторная, практически безболезненная процедура, занимающая всего несколько минут. В более сложных случаях, когда медикаментозная и лазерная терапия не эффективны, врач вынужден прибегнуть к оперативному вмешательству.

Помните, что **глаукома - это хроническое заболевание, требующее лечения и наблюдения у офтальмолога в течение всей жизни больного.** Особенно важно соблюдение подобранного врачом режима закапывания, позволяющего поддерживать ВГД на безопасном уровне. Так как для глаукомы характерна наследственная предрасположенность, людям старше 40 лет, имеющим родственников, страдающих глаукомой, необходимо ежегодно измерять ВГД.

Несмотря на то, что глаукома - это серьезное заболевание, которое при отсутствии лечения может привести к слепоте, **больные ведут нормальный образ жизни, практически не отличающийся от образа жизни здоровых людей при условии соблюдения курса лечения и регулярного наблюдения у врача-офтальмолога.** ☺

Больному с глаукомой не противопоказаны умственная и умеренная физическая работы. Полезны ежедневные прогулки. Противопоказана работа с длительным наклоном головы, тугие воротники, ночные дежурства, нужно исключить курение и употребление спиртных напитков, так как они усиливают дистрофические процессы в зрительном нерве.

**Контактный телефон
Алтайской
региональной
профессиональной
Ассоциации средних
медицинских
работников:
(8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru
сайт: www.pasmr.ru**



Злокачественные новообразования кожи и методы их профилактики



Елена Владимировна ТАРАСЕНКО,
врач-онколог
амбулаторного приема
поликлиники КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический
диспансер» - «Надежда»

Рак кожи - одно из самых частых онкологических заболеваний. В последние 20 лет во всем мире диагностируется все больше и больше случаев этого вида рака.

Только в России в период с 1990 года статистика этого заболевания возросла на 12-16 процентов, уступая лишь раку щитовидной и предстательной желез.

В то же время мы считаем, что именно **этот вид рака - самый предотвратимый**. Он относится к так называемым визуальным локализациям. Это означает, что **даже самые первые проявления заболевания можно заметить без специального оборудования и сложных анализов**. Чтобы избежать развития рака кожи, достаточно соблюдать правила пребывания на солнце и внимательно следить за состоянием своих кожных покровов.

Среди кожных карцином наиболее часто встречается **базально-клеточная, или базалиома**. На ее долю приходится около 75% случаев диагностируемого рака кожи.



Плоскоклеточная, или сквамозно-клеточная, карцинома встречается реже базалиомы. Она развивается из клеток, лежащих над базальным слоем эпителия.

Нередко на приеме у врача-онколога можно услышать, что у пациента то или иное новообразование существует на

коже уже длительное время, и, несмотря на мазевое лечение, оно не проходит, а наоборот, - растет и сопровождается зудом. Существуют новообразования кожи, так называемые **невусы кожи, которые под воздействием определенных факторов, рано или поздно могут малигнизироваться**, то есть превращаться в злокачественные новообразования.



Виды пигментных невусов

Выделяют три вида пигментных невусов. Это:

- **эпидермо-дермальные невусы**. Наиболее частой их локализацией являются голова, шея, ладони и стопы. Эти невусы обладают наибольшей склонностью к малигнизации. Обычно они представляют собой небольшой плоский и слегка выступающий над поверхностью кожи узелок, от светло-коричневого до черного цвета. Их поверхность - гладкая, почти всегда без оволосения;

- **комбинированные, смешанные невусы**. В настоящее время рассматривается как доброкачественная ювенильная меланома, которая возникает как у детей, так и у взрослых, чаще всего в период полового созревания. Новообразование может иметь розовато-красный цвет и напоминать гематому или ангиокератому. Обычно поверхность невуса этого вида гладкая, но может быть и папилломатозной. Диагноз окончательно врач устанавливает только на основании результатов гис-



тологического исследования после оперативного вмешательства;

- **дермальные невусы.** Наиболее часто встречающимся представителем этих невусов является синий (голубой) невус. Он обычно представляет собой гладкий округлый четко ограниченный узелок размером от 4мм до 2см. Его классическая синяя окраска может иметь серо-синий или угольно-черный оттенок. Голубой невус располагается на коже лица и верхней конечности. Его характерной чертой является раннее прекращение развития и роста. Отличить голубой невус от злокачественной меланомы по внешнему виду опухоли довольно трудно: часто только с помощью гистологического исследования можно решить вопрос о характере заболевания, хотя многолетнее существование опухоли свидетельствует в пользу невуса.

Меланома - наиболее злокачественная опухоль кожи, развивающаяся из меланоцитов - пигментных клеток, вырабатывающих меланин - коричневый пигмент, который появляется на коже вследствие загара. Меланома часто рецидивирует и метастазирует почти во все органы.

К группам риска заболевания относятся люди:

- ◆ получившие в детстве солнечный ожог,
- ◆ подвергнувшиеся длительному нахождению на солнце,
- ◆ с многочисленными родимыми пятнами или родинками,
- ◆ светлокожие, светловолосые, румяные, голубоглазые,
- ◆ люди, у которых родственники первой степени родства болели меланомой.

В связи с увеличением количества больных меланомой сейчас уделяется много внимания раннему выявлению этой опухоли и тенденции диагностирования пациентов на начальных стадиях заболевания. Безусловно, **ранняя диагностика меланомы имеет первостепенное значение в определении прогноза.** Заметим, что диагностика требует профессионального осмотра, во время которого изучаются изменения размера, формы (геометрии), цвета, границ, высоты.

Так как основным этиологическим фактором развития данных заболеваний является **чрезмерная инсо-**



ляции (облучение солнечным светом), мы хотим вам рассказать о методах профилактики и защиты кожи.

Как известно, солнце необходимо для синтеза витамина D, который происходит в организме только под воздействием солнечного света. Кроме того, исследования показывают, что пребывание на солнце улучшает психологическое состояние человека - особенно при смене времен года. Но ультрафиолетовые лучи воздействуют на клетки кожи, вызывая их разрушение. Если излучения слишком много и имеющиеся средства защиты с ним не справляются, происходит ожог глубоких слоев кожи.

Первые внешние проявления солнечного ожога, они же симптомы воспаления - это покраснение кожи и болезненность при прикосновении. Покраснение вызывается расширением капилляров, затем поврежденная кожа темнеет - так образуется загар, вызванный скоплением на участке кожи пигмента меланина. Его количество увеличивается при попадании на кожу ультрафиолетового света. Основная задача меланина - это поглощение излучения и предохранение глубоких слоев кожи от поражения ультрафиолетом. Поэтому **загар является признаком повреждения кожи, а также того, что она нуждается в защите.** Заметьте, что каждая доза ультрафиолетового облучения приплюсовывается к уже полученной ранее. **Наиболее опасно появляться на солнце в дневные часы - с 11 до 15 часов,** когда солнечное излучение наиболее активно.

Выбор солнцезащитного средства

Солнцезащитные средства различаются по значению SPF (сокращенно

Самый универсальный и наиболее действенный способ защитить кожу от солнечного излучения - это одежда, закрывающая тело. В первые дни на пляже защищайте кожу именно ею, и только потом раздвигайтесь и используйте солнцезащитные средства. Загорать начинайте под тентом.



◀ щение английского словосочетания Sun Protect Factor). Это характеристика солнцезащитных косметических средств, показывающая, насколько сильно один слой средства поглощает ультрафиолет. **Средства с SPF**, которые называют санскринами (sunscreen), **защищают в основном от ультрафиолетовых лучей диапазона В (UVB) и не защищают от лучей диапазона А (UVA), вызывающих меланому.** Чтобы защитить кожу от обоих типов излучения, используйте так называемые **санблочки (sunblock)**. Они задерживают оба типа лучей, о чем и указывается на упаковке средства. Чтобы полностью защитить кожу от поражения, помните, что 35 процентов солнечного излучения приходит в виде инфракрасного - теплового - излучения, к которому тоже может быть чувствительна кожа. **Сейчас уже существуют средства, защищающие и от UVA, и от UVB, и от IRA - инфракрасного излучения.** Защитные средства подбираются в зависимости не только от типа кожи, но и от местности, в которой находится человек. К тому же учитываются цвет кожи и активность солнца: чем светлее кожа или ярче и активнее солнце, - тем выше должен быть уровень SPF.

Метод защиты

Определите свой тип кожи. Различают шесть различных типов кожи с точки зрения ее чувствительности к солнечным ожогам. Так, люди с первым типом имеют самую светлую кожу, которая может остаться абсолютно не загоревшей даже после неоднократного использования оборудования для загара. Как правило, на такой коже быстро возникают солнечные ожоги и поэтому этим людям нужен максимально высокий уровень SPF (50+).

Обычно **кожа лица** выдерживает больше излучения, поскольку привычна к нахождению на солнце. Соответственно, теоретически она требует средства с меньшим SPF. Однако лучше использовать для лица и тела одинаковые средства с максимальным SPF, подходящим для вашего типа кожи.

Губы тоже защищайте, для этого существуют помады с SPF.



Правила нанесения

При нанесении солнцезащитного крема действует правило ладони: на площадь кожи, равную ладони, наносится количество солнцезащитного средства, уместающееся на ногтевой фаланге пальца.

Однократное нанесение большого количества крема защиту не усилит, поэтому лучше его почаще обновлять.

Втирание улучшает проникновение средства в клетки кожи. К тому же спрей действует более поверхностно, а крем - глубже.

Обновляйте солнцезащитное средство каждые два часа. А если вы купаетесь и потеете, то это следует делать еще чаще.

Помните!

Начать беречь свою кожу прямо сейчас недостаточно для сохранения ее здоровья. **Проанализируйте, как вы загорали в прошлом.** Риск побочных явлений существенно увеличивается, если у человека уже были серьезные солнечные ожоги.

Появление пигментных пятен на коже - это очень тревожный признак. Возможно, это свидетельствует о начале образования меланом - злокачественных образований кожи.

Рассмотрите свои пигментные пятна и родинки. Изменение их окраски и очертаний является поводом для обращения к врачу.

С 2007 года в России ежегодно проводится День диагностики меланомы (обычно это третий понедельник мая), когда любой желающий может совершенно бесплатно пройти скрининг своих пигментных образований и получить консультацию специалиста.

Помните, что в случае травмы родинок, изменения их цвета и формы или кровоточивости вам необходимо своевременно обратиться за консультацией к онкологу!

ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые читатели! Мы запланировали целый цикл материалов по вопросам профилактики и лечению наиболее распространенных онкологических заболеваний. Нашими собеседниками станут ведущие специалисты в этой области медицины в крае. Если у вас есть конкретные вопросы, ответы на которые вы хотите получить в наших публикациях, - направляйте их редакцию. ☺





КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

УВАЖАЕМЫЕ ДРУЗЬЯ!

С 1 июля мы начали подписную кампанию на 2013 год.

Наш журнал ориентирован на каждую семью.

Молодые, только вступающие в новую для себя роль - родителей вместе с нашими авторами - врачами, психологами, педагогами - будут учиться ответственному родительству.

Те, кто смолodu бережливо относится к своему главному богатству - здоровью, смогут с нашим участием овладеть новыми методиками профилактики, совершенствоваться в здоровом стиле жизни.

Если вы оказались в зависимости от болезней и вас не устраивают такие ограничения, - вместе с журналом вы будете учиться следовать новому для вас образу жизни, позволяющему сохранить активность, творчество, бодрость! Мы продолжим публикации «школ здоровья» для больных с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, бронхиальной астмой.

«Здоровье алтайской семьи» - ваш надежный друг и попутчик!

ИЗВЕЩЕНИЕ

Кассир

Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.

Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»

ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001

Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162

Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул

БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771

ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426

Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г №1-12

Плательщик (Ф.И.О.): _____

Наименование фирмы, контактный телефон _____

Адрес получателя корреспонденции _____

Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____

улица, дом, квартира (офис) _____

Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, № 1-12	598-00	598-00

Плательщик (подпись) _____ Дата _____

Подписной индекс - 31039

КВИТАНЦИЯ

Кассир

Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»

ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001

Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162

Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул

БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771

ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426

Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2013 г №1-12

Плательщик (Ф.И.О.): _____

Наименование фирмы, контактный телефон _____

Адрес получателя корреспонденции _____

Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____

улица, дом, квартира (офис) _____

Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2013 год, № 1-12	598-00	598-00

Плательщик (подпись) _____ Дата _____

Подписной индекс - 31039

ЖУРНАЛ «ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ»



Лучший подарок молодой семье и семье ваших родителей.



Ему рады в коллективе детского сада и на предприятии.



Он необходим библиотеке и поселковой, и городской и школьной.

ЗДОРОВЬЕ В КАЖДОЙ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬЕ!

Учитывая социальную значимость журнала, Издательство нашло возможность сохранить стоимость подписки на уровне прошлого года. Цена комплекта годовой подписки журнала, с ежемесячным выходом, составляет 598 рублей. Доставка осуществляется через отделения почты России

Подробности - в редакции журнала: г. Барнаул, пр-т Ленина, 56, тел. (8385-2) 69-27-84, e-mail: nebolen@mail.ru
в бухгалтерии - г. Новоалтайск, ул. Обская, 3 тел. (8-385-32) 2-32-16