

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



В номере:

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ:
ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
АРОО "АСМР" ЗА 2000-2003 ГОДЫ

Ё

СПИД - УГРОЗА
РОССИЙСКОЙ ЭКОНОМИКЕ

Ё

ДИЕТА АПРЕЛЯ

Ё

ОТ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ
НАМ ПОЛЕЗНЕЙ... БАНЯ

Ё

ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ:
ЗАСТЕНЧИВОСТЬ

Лариса Алексеевна ПЛИГИНА,
президент Алтайской региональной
Ассоциации средних медицинских работников



Российско-шведский проект 1999-2003гг. По организационному развитию РАМС

В 1999 году Межрегиональная ассоциация медицинских сестер заключила договор со Шведской ассоциацией работников здравоохранения о сотрудничестве по проекту «Организационное развитие МАМС», финансируемого правительством Швеции (СИДА) и Восточно-Европейским комитетом (SEEC). Цель этого проекта - развитие демократичной, многочисленной ассоциации, внедрение сестринских инноваций в практическое здравоохранение.

Мероприятия:

1999 год

- 5-8 марта - конференция в Стокгольме с участием 28 человек из 12 регионов РФ;
- август - конференция по развитию сестринских технологий в Великом Новгороде, 70 участников;
- октябрь - стажировка трех медсестер в Швеции, г.Умеа, и трех медсестер в Санкт-Петербурге.

В составе МАМС 19 региональных отделений, численность ассоциации - 21486 медсестер.

2000 год

- Март - конференция в Таллинне, 14 медсестер из 5 регионов России.

Российско-шведские семинары «Смелое начало»:

- март - Сыктывкар (Республика Коми), 60 участников;

- май - Великий Новгород, 70 участников;

- сентябрь - Вологда, 70 участников;

- 27-28 июня - всероссийская отчетно-выборная конференция «Роль и значимость сестринских ассоциаций». Прошли выборы правления, ревизионной комиссии и президента Ассоциации (сроком до 2005 года), 250 участников;

- март, октябрь - стажировка семи медсестер в Швеции, г.Умеа, и трех медсестер в Санкт-Петербурге.

В составе Ассоциации 26 региональных отделений, численность - 36859 человек.

2001 год

Российско-шведские семинары «Смелое начало»:

- февраль - Москва, 70 участников;

- май - Кисловодск, 70 участников;

- сентябрь - Омск, 75 участников.

- Апрель - международная конференция «Профилактика ВИЧ-инфекции. Роль медицинской сестры», Санкт-Петербург, 150 участников.

Российско-эстонские семинары по развитию сестринских технологий:

- март - Санкт-Петербург, 70 участников;

- июнь - Мурманск, 70 участников;

- сентябрь - Архангельск, 70 участников.

- Декабрь - семинар по организационным вопросам для членов правления, Стокгольм.

В составе Ассоциации 35 региональных отделений, численность - 43925 медсестер.

2002 год

Российско-шведские семинары «Смелое начало»:

- февраль - Ярославль, 100 участников;

- июль - Республика Башкортостан, Уфа, 150 участников;



- сентябрь - Республика Удмуртия, Ижевск, 75 участников.

- Февраль - российско-шведский семинар «Оказание первой помощи после травм», Санкт-Петербург, 35 участников.

- Апрель - российско-эстонский семинар по развитию сестринских технологий, Псков, 60 участников.

- Октябрь - Всероссийская конференция, посвященная 10-летию юбилею Ассоциации, Санкт-Петербург, 160 участников.

- Ноябрь - конференция в Таллинне по обмену опытом работы медицинских сестер, 14 участников из 5 регионов России.

- Декабрь - Ассоциация перерегистрирована в качестве национального объединения медсестер Ассоциации медицинских сестер России.

В составе Ассоциации 46 региональных отделений, численность - 55000 человек.

2003 год

Российско-шведские семинары «Смелое начало»:

- апрель - Барнаул, 70 участников;

- июнь - Чита, 1000 участников;

- сентябрь - Краснодар, 40 участников.

- Апрель - российско-шведский семинар «Борьба с болью», Санкт-Петербург, 35 участников.

- Апрель, ноябрь - стажировка в г.Умеа, семь человек.

- Май - российско-эстонский семинар по развитию сестринских технологий, Калининград, 300 участников.

- Ноябрь - российско-шведский семинар по лидерству для медсестер Северо-Западного региона, 45 участников.

- Проведены два заседания правления РАМС - в Краснодаре и Санкт-Петербурге, а также занятия в двадцати кружках «Смелое начало» 15 регионов РФ.

В составе ассоциации 57 региональных отделений, численность - 82000 человек.

Адрес редакции:
656049 г.Барнаул,
ул.Пролетарская, 113, оф.200.
Тел/факс (3852) 23-24-13

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
И.В. Козлова

Ответственный редактор
М.В. Юртайкина

Выпускающий редактор -
А.Г. Пшеничный

Начальник отдела
по связям с общественностью-
Н.А. Полтанова

Отдел рекламы - т. 23-24-13
Т.А. Веснина

Компьютерный дизайн и верстка
А.Г. Пшеничный

Свидетельство о регистрации
СМИ № ПИ-12-1644
от 04.02.2003г.,
выданное Сибирским окружным
межрегиональным территориальным
управлением Министерства
РФ по делам печати, телерадио-
вещания и средств массовых
коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат
обязательной сертификации.
Материалы, помеченные
знаком ■, размещаются на
правах рекламы, точка зрения
авторов может не совпадать с
мнением редакции.

Учредитель и издатель -
ООО "Издательство
"ВН - Добрый день"
658080 г. Новоалтайск,
ул.Обская, 3. Тел. (232) 2-11-19.

Подписано в печать
20.04.2004г.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.
Подписной индекс - 73618

Отпечатано в типографии
ОАО «Алтайский полиграфиче-
ский комбинат»,
656023 г.Барнаул, ул. Титова, 3.

Содержание

Проблемы психического здоровья на региональном уровне: перспективы и пути решения (на примере Алтайского края)	2-3
Российскую экономику погубит СПИД	4
Новое в клинической лабораторной диагностике	5-6
От всех болезней нам полезней... Баня!	7
Крыша для молодоженов	8
Лечебная гимнастика при плоскостопии	10
БЕЗ РЕЦЕПТА: Аллергия	12
Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья	13-14
Бьет - значит, любит. Убил - значит, любил?	15
Мир и медицина	16
Соя и жаркие споры вокруг нее	17-18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Итоги деятельности Алтайской региональной сестринской Ассоциации за 2000-2003 годы. Будьте готовы к само- и взаимопомощи. Мы талантливы	19-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Давай пообщаемся!	23-24
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Застенчивость. Азы ухода за крохой.	25-27
В каких случаях необходимо обязательно обратиться к врачу	28
Совершенство тела или Электронная липосакция	29
Семь металлических характеров	30-31
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Апрельское меню. Ожирение от сотворения. Окончание поста	33-35
ШКОЛА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: Артериальная гипертония и холестерин (Часть 2)	37-40

Проблемы психического здоровья на региональном уровне: перспективы и пути решения (на примере Алтайского края)

В.А. Трешутин, заместитель председателя комитета администрации Алтайского края по здравоохранению, доктор медицинских наук, профессор;
О.А. Голдобина, главный внештатный психиатр комитета администрации Алтайского края по здравоохранению, кандидат медицинских наук

Последнее десятилетие ушедшего века характеризовалось сложными социально-экономическими преобразованиями, которые негативно сказались на здоровье общества и, в первую очередь, на его психической составляющей. Определяя приоритеты в здравоохранении, мы подчас не задумываемся, что основным, важнейшим компонентом общественного здоровья является психическое здоровье. Именно оно определяет нравственный, интеллектуальный потенциал общества.

Если человек имеет какой-то физический дефект или даже инвалидность, обусловленную этим дефектом или тяжелым соматическим заболеванием, то его роль и место в социуме, в общественно-политической и производственной деятельности может оставаться на должном уровне. И тому немало примеров в истории.

Но если возникают проблемы с психическим здоровьем личности, то это становится проблемой не только для семьи, родных и близких, но и для общества в целом. В таких случаях нередко единственным выходом становится изоляция такого больного от социума, семьи и общества, дабы исключить возможность совершения общественно опасных деяний. Любой человек, имеющий дефекты психического развития, имеет *большой* риск стать алкоголиком или наркоманом, совершить противоправные деяния или преступления.

Сегодня общество захлестнули бездуховность, алкоголизм и наркомания, преступность, убийства и самоубийства. Одновременно с этим становится серьезной проблема набора молодых ребят для службы в армии. По данным военных комиссариатов в последнее время процент отводов от армии по статьям, связанным с психическим заболеванием, составляет более 30 процентов. Растет детская инвалидность, обусловленная нарушениями психического развития. Все это происходит на фоне десятилетнего демографического кризиса.

В обществе сформировалась парадоксальная ситуация: на фоне продолжающейся депопуляции и демографической старости растет детская инвалидность, в том числе связанная с наличием психического расстройства. Это вроде бы всем понятно. Но до сих пор нет конкретных действий со стороны как местных (муниципальных), так и федеральных органов власти. И лишь отдельные территории предпринимают попытки повлиять на сложившуюся ситуацию.

К таким территориям относится и Алтайский край.

На первом этапе (1999 – 2000гг.) формирования системных подходов в службе охраны психического здоровья населения на региональном уровне негативно сказался предшествовавший период, когда отмечался недостаток внимания к проблемам психиатрической службы со стороны органов управления здравоохранением. Это выразилось в отсутствии понимания важности и значимости данной проблемы даже в деятельности главных врачей ЛПУ и ЦРБ, когда с них в обязательном порядке требовалась комплектация основных штатных единиц, обеспечивающих работу общей лечебной сети: хирурга, терапевта, акушера-гинеколога, педиатра. То есть тех специалистов, которые обеспечивают диагностику и лечение соматической патологии. Психический же компонент общественного здоровья населения и поиск возможных путей влияния на него со стороны здравоохранения оставались либо «за кадром», либо «на вторых ролях».





В этих условиях в Алтайском крае, начиная с 2000 года, была разработана и реализована модель многоуровневой системы управления психиатрической службой региона, направленная на усиление роли здравоохранения в охране психического здоровья населения и повышение эффективности использования имеющихся ресурсов.

Основные ее составляющие:

- система мониторинга психического здоровья населения и деятельности психиатрической службы региона;
- организация работы психиатрической службы по принципу программно-целевого планирования с мониторингом показателей деятельности ее структурных подразделений, оценкой их эффективности по степени достижения программно-целевых показателей;
- структурное и функциональное реформирование психиатрической службы (через децентрализацию психиатрической помощи, усиление внебольничного звена), направленное на повышение эффективности и обеспечение доступности специализированной помощи, интеграцию службы в первичную медико-санитарную сеть;
- внедрение ресурсосберегающих организационно-медицинских технологий (развитие стационарзамещающих форм оказания специализированной помощи, использование принципа этапного лечения в условиях психиатрического стационара с выделением этапа интенсивной терапии, внедрение фармакоэкономического подхода в процесс оказания психиатрической помощи);
- развитие межведомственного взаимодействия в вопросах профилактики и ранней диагностики психической патологии.

Важной частью разработанной системы мониторинга являются медицинские регистры лиц, страдающих шизофренией, эпилептической болезнью, инвалидов по психическому заболеванию и др., позволяющие существенно расширить информационный поток от объекта управления. Их работа обеспечивает адресность и направлена на повышение эффективности проводимых лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий.

В сложившихся условиях важным и необходимым является использование *превентивного* принципа здравоохранения. Складывалась недопустимо парадоксальная ситуация: родился, положим, ребенок «едва живой», в гипоксии (когда страдает прежде всего головной мозг) с оценкой по шкале Апгар 1-3 балла, врачи его «выходили», отчитались за показатель перинатальной и младенческой смертности и на какой-то период забыли. Далее – углубленный осмотр при поступлении в школу да на призывных комиссиях после 14 лет, где зачастую открывается картина, свидетельствующая о проблемах в психическом здоровье обследуемого. А где же мы были раньше? И здесь высвечивается еще одна проблема: первичное звено здравоохранения, особенно в сельской местности, лишено возможности оказания квалифицированной неврологической помощи, что затрудняет своевременную диагностику и реабилитацию таких детей. При рождении ребенка с патологией ЦНС

(родовая травма, внутриутробная инфекция, гипоксия плода) со стороны специалистов не формируется прогноз его психического развития.

Приоритетным направлением реализации превентивного принципа выбрана охрана психического здоровья детей и подростков. Своевременное выявление детей с риском возникновения в будущем тех или иных психических нарушений, а также с инициальными их проявлениями чрезвычайно важно для сохранения психического здоровья. В связи с существующей проблемой прогрессирующего ухудшения психического здоровья детей и подростков организована совместная работа школьных психологов, педагогов с психиатрами по вопросам профилактики и раннего выявления психических и поведенческих расстройств в детско-подростковой популяции.

С учетом выраженной негативной тенденции показателя распространенности самоубийств среди населения региона, в рамках реализации краевой межведомственной целевой программы в 2003г. в краевом центре открыто отделение кризисных состояний; организована работа кабинетов социально-психологической помощи и отделений «телефона доверия» в городах края.

Для решения проблемы, связанной с высоким уровнем инвалидности (по психическим заболеваниям), из средств программы закуплено специальное оборудование, увеличено число рабочих мест в лечебно-трудовых мастерских, что обеспечило развитие реабилитационного направления деятельности психиатрической службы.

Данная система обеспечила повышение доступности и качества специализированной помощи на всех этапах ее оказания, эффективности использования ресурсов службы, а также в значительной степени способствовала нивелированию и смягчению последствий действия факторов, оказывающих негативное влияние на психическое здоровье населения.

На сегодняшний день большинство территорий края эту важнейшую проблему поняли, осознали и предприняли конкретные шаги по ее решению. Так, только за 2003 год дополнительно в сельских районах края введено 9 ставок врачей-психиатров. Медико-социальный эффект внедренных информационных, организационно-медицинских технологий на уровне региона выразился: в повышении доступности и качества оказания специализированной помощи жителям края (рост показателя выявления лиц, страдающих психическими расстройствами, в 2003 г. в сравнении с 2002 г. составил 20,4%, у детей и подростков – 19,4% и 34,1% соответственно); в снижении показателя первичной инвалидности населения края на 5,2%, а у детей и подростков – на 11,2% при предшествовавшем непрерывном его росте.

Таким образом, только комплексный, межведомственный подход с разработкой и внедрением новых информационных, организационно-медицинских (в том числе и профилактических) технологий позволит решить наболевший круг проблем, связанных с охраной психического здоровья населения.

Лечебная гимнастика

при плоскостопии

В.Ф. Чудимов, доцент АГМУ, заслуженный врач РФ;
Н.И. Куропятник, д.м.н., заслуженный врач РФ;
Л.Г. Ульянова, Н.П. Серебрякова, И.Г. Полещук, Т.Р. Драчева
 - Алтайский краевой врачебно-физкультурный диспансер,
 Алтайский государственный медицинский университет

Под плоскостопием понимают деформацию стоп, сопровождающуюся уплощением их сводов. Понижение продольного свода приводит к продольному плоскостопию. Плоская стопа у детей встречается чрезвычайно часто (15-20% случаев), поэтому для предупреждения развития плоскостопия важно своевременно выявить эту деформацию и применить рациональные профилактические меры.

При плоскостопии появляются боли и изменения очертаний стоп, их отечность. Походка теряет эластичность и плавность. При прогрессировании плоскостопия могут появиться боли и в пояснице.

Основной причиной плоскостопия является слабость мышц связочного аппарата, принимающих участие в поддержании сводов. Но причиной плоскостопия может стать и тесная обувь, особенно с узким носком или высоким каблуком, толстой подошвой, так как она лишает стопу ее естественной гибкости. При ходьбе в обуви на высоких каблуках происходит перераспределение нагрузки: с пятки нагрузка перемещается на поперечный свод стопы, который не выдерживает не свойственной ему нагрузки. Поперечное плоскостопие начинается именно с этого.

Предупреждать плоскостопие следует с раннего возраста, так как стопа особенно интенсивно формируется в первые три года жизни. Объем движений у детской стопы больше, чем у стопы взрослого человека, из-за лучшей эластичности мышечно-связочного аппарата. Детская стопа менее приспособлена к статическим нагрузкам, прыжкам, поэтому подвергается деформации.

Профилактика состоит в организации необходимого физического воспитания детей во всех возрастных периодах, в укреплении у них мышечно-связочного аппарата голеней и стоп и, конечно, в использовании рациональной обуви - с задником и гибкой подошвой, со шнуровкой.

Следует также обращать внимание на правильную осанку, на параллельную постановку стоп при ходьбе. Если предрасположенность к плоскостопию уже очевидна, рекомендуется заняться плаванием. Противопоказаны виды спорта, связанные с перегрузкой нижних конечностей - тяжелая атлетика, бег, коньки.



При выраженном плоскостопии носят стельки (супинаторы) с выкладкой поперечного и продольного сводов. При резко выраженном плоскостопии показана ортопедическая обувь.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ для лечения плоскостопия

Исходное положение - сидя на стуле.

1. Тянуть носки.
2. Перекаты стопы с пятки на носок.
3. Круговые движения стопами.
4. Разнообразные движения пальцами ног.
5. Повороты стопы на ее наружный край, сжимая пальцы.
6. Сводить и разводить пятки, не отрывая носков от пола.
7. То же, не отрывая пяток от пола.
8. Соединить стопы вместе подошвами.
9. Сжатие пальцев стоп в «кулак».
10. Передвижение стоп с помощью пальцев.
11. В положении нога на ногу, сгибание стопы с поворотом внутрь и сжатие пальцев в «кулак».
12. Самомассаж стопы и голени - движения подошвенной поверхностью стопы сверху вниз и обратно по передней поверхности голени.
13. Прокатывать стопами мяч, палку.
14. Поднимать стопами мяч.
15. Собрать пальцами стоп полотенце с грузом, подтянуть.
16. Перекалывать пальцами стоп мелкие предметы.
17. Сидя «по-турецки», попытаться встать.
18. Приседать, скрестив ноги.
19. Ходьба по палочке вдоль ее и поперек.
20. Лазание по канату.

Каждое упражнение выполнять 1-1,5 минуты. Занятия проводятся босиком и обязательно 2-3 раза в день.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ с нарушенным состоянием здоровья

Мы возвращаемся к теме вакцинации детей. Особенно много вопросов возникает по проведению прививок болеющим детям.

Наш собеседник - Г.В. Кагирова, д.м.н., главный педиатр комитета по здравоохранению администрации края.



Вакцинация против менингококковой, гемофильной, пневмококковой инфекций

В настоящее время хроническая патология рассматривается как показание для прививок, которые не только защитят от инфекции, но и, что особенно важно, уменьшат опасность обострения той или иной патологии.

Для обоснования возможности и необходимости прививок на фоне хронических патологических процессов используются следующие аргументы:

- ◆ вакцинация прежде всего безопасна – современные препараты не обостряют нарушения здоровья;
- ◆ люди с хронической патологией формируют выраженный поствакцинальный иммунитет, достаточный для защиты от соответствующих инфекций;
- ◆ у привитых существенно снижается риск обострения хронической патологии.

- Галина Владимировна, какая точка зрения преобладает в применении вакцин для профилактики менингококковой, пневмококковой и гемофильной инфекций?

- Если говорить о позиции российских ученых и практиков, то она следующая.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СЕРОГРУПП А+С

Вакцина для профилактики менингококковой инфекции серогрупп А и С Менинго А+С (Авентис Пастер, Франция) по сравнению с другими полисахаридными препаратами у нас применяется не столь широко. Однако у нас накоплен определенный опыт по вакцинации детей с соматической патологией, в частности, пациентов, готовящихся к спленэктомии (удалению селезенки).

Иммунизацию в основном проводили детям с аллергическими заболеваниями, с неврологической симптоматикой и часто болеющим пациентам. Причем все дети по желанию родителей были вакцинированы перед поступлением в детские сады или в первый класс. У трети детей вакцинация против менингококковой инфекции сочеталась с другими вакцинными препаратами. Так, у детей, готовящихся к спленэктомии, или после операции, вакцинация против менингококковой инфекции серогрупп А и С практически всегда сочеталась с прививками против пневмококковой инфекции и гепатита В. При этом с согласия лечащего врача таким пациентам в процессе вакцинации на-

значали курс витаминотерапии сроком на 1-1,5 мес. и на 1-2 дня - анти-медиаторные препараты.

Результаты наблюдения за детьми в поствакцинальном периоде показали, что ни в одном случае не возникло каких-либо реакций, присоединения ОРВИ или ухудшения течения основного заболевания.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ В-ИНФЕКЦИИ (Н1В)

Вопрос о вакцинопрофилактике Н1в-инфекции в масштабе нашей страны продолжает находиться в стадии изучения. Тем не менее в России зарегистрирована вакцина Акт-ХИБ производства компании Авентис Пастер (Франция). В состав данной вакцины входит капсульный полисахарид РКР, конъюгированный с белком-носителем столбнячного токсоида. Данная вакцина обладает высокой иммуногенностью и слабо реактогенна. Она вводится внутримышечно с 2-месячного возраста трехкратно с последующей ревакцинацией через 1 год. Детям старше 6 месяцев и более рекомендовано использовать от 3 до 1 дозы вакцины в зависимости от возраста.

Опубликованы материалы клинических наблюдений последних лет, когда был использован препарат Акт-ХИБ в сочетании с вакцинами как отечественного, так и зару-

бжежного производства. Под наблюдением находились дети в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, которые имели в анамнезе поражение нервной системы, остаточные проявления атопического дерматита или пищевой аллергии. Всем пациентам с учетом нозологической формы болезни назначена соответствующая терапия в период вакцинации. Контрольную группу составили практически здоровые дети.

Клиническое наблюдение за привитыми детьми показало, что местные инфильтраты, отек тканей и болезненность возникали в 12% случаев в первые 6-12 часов после вакцинации и исчезали через 2-3 дня, независимо от кратности введения Акт-ХИБ-вакцины, а также от сочетания ее с другими вакцинными препаратами. Повышение температуры тела в пределах 37,5-38,0°C наблюдалось в 6% случаев. Легкая возбудимость, капризность отмечены в 8% случаев в течение первых дней после вакцинации среди детей, у которых Акт-ХИБ сочетали с Тетракоком. Вероятно, это может быть связано с нейротропностью коклюшной вакцины. Единичные случаи умеренного обострения дерматита регистрировались через 3-4 дня после вакцинации Акт-ХИБ-препаратом, которые исчезли через 2-3 дня.

Не удалось выявить достоверных различий по частоте возникновения поствакцинальных реакций среди детей с различной патологией и здоровых.

Предварительные результаты исследования свидетельствуют о хорошей переносимости Акт-ХИБ-вакцины как у здоровых детей, так и у пациентов с различной патологией, независимо от того, вводится ли она в комбинации с другими вакцинными препаратами или отдельно. Из литературных источников известно, что иммунизация Акт-ХИБ-препаратом в комбинации с другими вакцинами защищает 98-99% привитых здоровых детей от

гемофильной инфекции типа b.

Анализируя ежегодные данные по вакцинации против гемофильной инфекции типа b как детей, имеющих в анамнезе различные нарушения состояния здоровья, так и их практически здоровых сверстников, можно отметить значительный прирост количества привитых. Вероятно, это связано с большой просветительской работой врачей, компании-производителя вакцины, а также с сознательностью молодых родителей.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

В настоящее время в практическом здравоохранении находит применение вакцина Пневмо23 производства компании Авантис Пастер (Франция), состоящая из 23 наиболее актуальных подтипов пневмококков и являющаяся одним из методов специфической профилактики пневмококковой инфекции.

Поскольку исследования по оценке эффективности применения Пневмо23 у детей, страдающих хронической патологией, находятся в стадии изучения, мы ориентируемся на предварительные результаты, опубликованные М.П. Костиновым.

Вакцинация против пневмококковой инфекции у детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями

Под наблюдением были дети в возрасте от 2,5 до 16 лет, находящиеся на стационарном лечении, страдающие хронической пневмонией, хроническим бронхитом, с врожденными пороками развития бронхов, с муковисцидозом. Перед началом лечения у детей был произведен посев мокроты для выявления причинно-значимых микроорганизмов с последующим применением антибиотикотерапии с учетом чувствительности к лекарственным препаратам.

После проведения базисного лечения при выписке из стационара одной половине пациентов была

проведена вакцинация препаратом Пневмо23, а другой - вакцинация Акт-ХИБ. Данные вакцины применялись в зависимости от микробного пейзажа, с выявлением соответственно пневмококка или гемофильной палочки.

Клиническое наблюдение вакцинированных детей не позволило выявить каких-либо реакций. В течение 1,5-2 лет у детей снизилась частота ОРЗ в 1,4 раза по сравнению с довакцинальным периодом, следует отметить, что более чем в 50% случаев снизилась частота обострений бронхолегочных заболеваний и в 86% отмечалась элиминация пневмококка из мокроты.

Следовательно, использование вакцины Пневмо23 и АКТ-ХИБ способствует уменьшению частоты рецидивирующих заболеваний у пациентов с патологией бронхолегочного аппарата.

Вакцинация против пневмококковой инфекции детей с бронхиальной астмой

Вакцинация препаратами Пневмо23 и Акт-Хиб проводилась отдельно детям, у которых в крови определялись IgE антитела к *Str.pneumoniae* и *H. Influenzae* с целью снижения сенсibilизации к вышеуказанным антигенам. Все дети находились в ремиссии заболевания и получали базисное лечение, в основном тайледом или кропозом.

В поствакцинальном периоде не отмечено развития необычных реакций или обострения основного заболевания. Спустя 6 месяцев после вакцинации частота приступов бронхиальной астмы уменьшилась более чем в 1,2 раза, что благополучно повлияло на самочувствие детей.

При подготовке материала использовались данные, опубликованные сотрудниками институтов НИИ вакцин и сывороток им.И.И. Мечникова РАМН, Санкт-Петербургского НИИ детских инфекций, Российского государственного медицинского университета, НИИ педиатрии РАМН, ГИСК им.Л.А. Тарасевича, ГНЦ института иммунологии МЗ РФ.

Бьет — значит, любит. Убил — значит, любил?

...Мужу не понравилось меня, и внезапно в Марину полетела тарелка с пловом. «Он просто взбесился, закричал, что я - дура, ничего не умею, даже приготовить нормально, потом подскочил и стал сильно бить меня по лицу, - рассказывает Марина. - В какой-то момент мне удалось оттолкнуть его, я побежала к дочке в комнату и быстро закрылась с ней там. Юля сильно напугалась и плакала. Я успокоила и усыпила ее. А сама всю ночь проревела, боясь выйти из комнаты. Боль, стыд, обида и бессилие душили меня. Под утро я решила: развод!»

К сожалению, проявление жестокости и насилия в семье явление достаточно распространенное. По статистике, это реальность для каждой четвертой российской семьи. **В 95% случаев агрессором является мужчина, а пострадавшей — женщина.** По самым скромным подсчетам, **75% мужчин хотя бы раз ударили свою жену или детей, четверо из пяти - после первого раза не останавливаются...**

За все годы войны в Афганистане Россия потеряла **17 тысяч жизней своих граждан.** А от руки мужа или сожителя каждый год в нашей стране погибают **12-14 тысяч женщин.** Впрочем, нередко жертвами агрессии в семье становятся и дети, и старики. Но даже если они просто свидетели домашнего скандала, избиения, то страдают от этого не меньше. Ежегодно около двух тысяч детей сводят счеты с жизнью, 50 тысяч - уходят из дома из-за насилия и жестокого обращения в семье.

И все-таки, несмотря на эти страшные цифры, мы почему-то по-прежнему считаем, что проблема эта - внутрисемейная, что вмешиваться в дела чужой семьи не прилично, что сор из избы выносить - стыдно. Однако ничего так и не изменится, если мы все будем молча терпеть, а значит и соглашаться со сложившейся ситуацией. Разрешение этой проблемы зависит от личной позиции и от мнения каждого человека по поводу того, считает ли он допустимым применение силы для решения семейных конфликтов, от того, как он строит взаимоотношения с членами своей семьи.

Избиение - не единственная форма домашнего насилия. Оскорбления, запугивания, угрозы, внушение чувства вины, страха, принудительные сексуальные отношения, лишение собственных денег или возможности учиться, работать - также являются частью насильственных отношений.

Раз начавшись, насилие не прекратится само по себе. Оно может начаться с критики, переходя к унижениям, изоляции, потом - пощечина, удар, регулярные избиения, а иногда и смертельный исход. При этом любой вид насилия сопровождается болью, страданием, унижением, обидой, страхом, чувством вины. И не только для тех, кто от него страдает, но и для тех, кто его совершает.

Проявление насилия и жестокости в семье — это всегда выбор человека, который не умеет выразить свое недовольство, гнев, обиду другим способом, не умеет справиться со своими отрицательными эмоциями.

Информация предоставлена краевым кризисным Центром для мужчин

Ответив на следующие вопросы, Вы сможете определить, склонны ли Вы к проявлению насилия в отношении окружающих, а также близких Вам людей, и, в частности, в отношении Вашей партнерши, жены, подруги. Может это кто-то из тех, кого вы знаете:

◆ Даете ли Вы обидные прозвища своей жене или подруге?

◆ Унижаете ли Вы ее, заставляя чувствовать себя подавленно или виноватой в том, что она плохая жена, мать, любовница, хозяйка и т.д.?

◆ Вы ревнивы?

◆ Контролируете ли Вы ее в занятиях, расходах, личных контактах?

◆ Проявляли ли Вы агрессивные действия по отношению к ней или выплескивали на нее свое раздражение и гнев?

◆ Вы когда-нибудь унижали ее на словах?

◆ Применяли ли Вы когда-нибудь силу по отношению к ней или к детям?

◆ Обвиняли ли Вы ее в своей агрессивности?

◆ Если вы ответили утвердительно хотя бы на один из этих вопросов, значит, у Вас существует проблема со склонностью к насилию. Без помощи решить ее будет очень сложно.

Мы не пытаемся учить Вас жить или учить Вас быть слабыми. Мы пытаемся изменяться вместе. Мы пытаемся помочь друг другу разобраться в том, что происходит, чтобы, зная об этом, можно было сделать свою жизнь радостней и счастливей.

Помните! Мужество измеряется не силой и грубостью, а добротой мужчины к своей женщине. Жизнь — это счастье. Сотворите его!

Кроме этого, мы предлагаем вам, уважаемые читатели, консультативную переписку по интересующим Вас проблемам взаимоотношений в семье, проблемам насилия и жестокого обращения в семье. Доверив жизненные трудности бумаге, многие люди получают больше возможностей для выражения своих чувств. На каждое письмо будет отвечать опытный психолог. Мы гарантируем анонимность и конфиденциальность.

Итоги деятельности Алтайской региональной сестринской Ассоциации за 2000-2003 годы



Из выступления на отчетно-выборной конференции Президента АРОО «АСМР» Л.А. Плигиной 8 апреля 2004г.

Реформы здравоохранения вызовут перемены и в сестринском деле, и в сестринском образовании. Специалисты сестринских профессий, а их около 1500 млн. человек, работают в непосредственном контакте с пациентами и обеспечивают качество их медицинского обслуживания.

В 50-е годы Международная организация труда совместно со Всемирной организацией здравоохранения приняли конвенцию, по которой в каждой стране должно быть не менее трех уровней подготовки медицинского персонала, которые различаются степенью своей самостоятельности и уровнем профессионального образования.

I уровень - это младшая медицинская сестра, или медицинская сестра по уходу (срок обучения - один год, подготовку могут осуществлять крупные ЛПУ).

II уровень - это техническая медицинская сестра (срок обучения - не менее двух лет, подготовка проводится только в специализированном учебном заведении).

III уровень - это профессиональная медицинская сестра (срок обучения - не менее трех лет).

В дальнейшем в сестринском образовании были введены более высокие уровни: бакалавр и магистр сестринского дела, в дальнейшем с введением высшего сестринского образования (ВСО) - профессор сестринского дела.

К 90-м годам 20-го века здравоохранение в России по уровню профессиональной подготовки не имело медицинских сестер, соответствующих международным стандартам. 1992 год можно считать годом начала реформирования сестринского дела в России, когда в г. Голицино, под Москвой, прошла научно-практическая конференция по современным вопросам сестринского дела для преподавателей училищ, представителей Министерства здравоохранения и сестринской общественности.

В настоящее время сестринское дело в нашем здравоохранении сталкивается со многими проблемами:

- традиционно сложившееся представление о медицинской сестре только как о помощнике врача;
- низкая заработная плата;
- отсутствие нормативной и правовой базы для самостоятельной сестринской практики, невозможность частной практики;
- изъяны профессиональной подготовки сестринского персонала;
- выполнение неквалифицированного труда;
- размытость и двусмысленность должностных обязанностей;
- нерациональное использование медицинских кадров;
- большие физические и психологические нагрузки;
- рутинность и отсутствие творчества в работе медицинских сестер;
- недостаточно научный подход к проблеме сестринского дела;
- консерватизм руководителей и врачей в отношении реформы в сестрин-

кой профессии и, более того, даже части самих медицинских сестер.

Но в сестринском деле происходят серьезные перемены:

○ с 1993 года введена многоуровневая система сестринского образования, соответствующая международным стандартам;

○ 30 высших учебных заведений России готовят медицинских сестер с высшим образованием на факультетах ВСО;

○ открыты центры - училища повышения квалификации последипломной подготовки сестринского персонала;

○ создана и активно развивается Ассоциация медсестер России и 57 региональных Ассоциаций, объединяющие более 82 тысяч специалистов;

○ в 1998 году прошел I Всероссийский съезд средних медицинских работников в С.-Петербурге. Результат его работы - проект Программы развития сестринского дела в России, на основании которого в январе 2001г. МЗ РФ издало приказ №4 «Об отраслевой программе развития сестринского дела в России».

○ при Министерстве здравоохранения создан Совет по сестринскому делу, который является координационно-консультативным органом, призванным содействовать выполнению мероприятий по реализации отраслевой программы.

○ в МЗ РФ введена должность главного специалиста по сестринскому делу.

○ в стране открыты хосписы, больницы и отделения сестринского ухода. Во многих регионах началось внедрение новых сестринских технологий. ▶

Девять лет назад у нас не было ни краевого, ни городского Совета медсестер. Сестринские коллективы были разрознены, испытывали информационный голод: закрылись единственные источники профессиональной информации - журналы «Медицинская сестра» и «Фельдшер и акушерка».

В 1994 году в г. Голицино прошел российско-американский семинар, в 1995 году - российско-норвежский симпозиум и российско-американский семинар в Москве, Первый Всероссийский съезд средних медицинских работников. Именно там я поняла, что для осуществления перемен должны действовать сами медицинские сестры.

Совместно с Барнаульским базовым медицинским колледжем мы провели в мае 1995 года первую краевую конференцию в честь Международного дня медицинской сестры, где было принято решение о создании сестринской Ассоциации.

Но лишь в феврале 1997г. по инициативе девяти главных медицинских сестер крупных ЛПУ г. Барнаула, при поддержке комитетов здравоохранения, был создан единый краевой Совет медицинских сестер, который стал организационно-методическим и координирующим центром для всех сестринских коллективов.

В ноябре 1999г. на первом учредительном собрании был принят Устав и избрано правление Ассоциации. 25 декабря 1999г. наша организация прошла регистрацию в Главном управлении юстиции Алтайского края.

В настоящее время в Ассоциацию входят 4500 специалистов, среди которых - медицинские сестры, акушерки, фельдшера, лаборанты, преподаватели сестринского дела Барнаульского базового медицинского колледжа, Новоалтайского УПК, Бийского медицинского училища, сотрудники фирм «Хирон» и «Эрцгамма».

Сестринское движение активно распространяется на районы Алтайского края: в 2001 году членство в ЦРБ составляло 3%, в 2003 году - уже 40%.

Темпы роста членства тормозятся из-за пассивности и равнодушия самих медицинских сестер, а часто и главных сестер. К сожалению, есть такие главные врачи ЛПУ, которые запрещают своим медсестрам принимать участие в конференциях и других мероприятиях Ассоциации.

Подготовку сестринского персонала для ЛПУ Алтайского края г. Барнаула осуществляют шесть учебных заведений.

Подготовку сестринского персонала для ЛПУ Алтайского края г. Барнаула осуществляют шесть учебных заведений.

Нам удалось убедить руководство АГМУ и краевого комитета по здравоохранению о необходимости создания факультета ВСО, сейчас получаем лицензию, уже в сентябре этого года планируем открыть факультет ВСО.

Отрадно, что благодаря участию главных врачей, руководителей комитетов и врачебного персонала отмечаются положительные результаты внедрения в

практику новых сестринских технологий. Но недопустимо далее откладывать внедрение в работу сестринских коллективов стандартов практической деятельности медсестер - здесь нужно действовать на уровне главных и старших медицинских сестер. Наряду с хозяйственными проблемами ЛПУ, которые решают главные сестры, достаточно часто встречается безынициативность и незнание ими современного сестринского дела.

Ежеквартально проводятся совещания главных сестер ЛПУ; ежегодно в мае проводятся праздничные конференции в честь Международного дня медицинской сестры. Прошли краевые конференции на темы: «Эргономика в работе медицинской сестры», «Инфекционная безопасность медицинского персонала ЛПУ», «Перинатальная психология», «Качество сестринской помощи».

Наши делегаты приняли участие в работе российских, международных и региональных семинаров и конференций в С.-Петербурге, Москве, Омске, Кемерове, Новосибирске, Ижевске, Чите.

В 2001 году был проведен профессиональный конкурс на лучшую медицинскую сестру г. Барнаула. В настоящее время идет подготовка к проведению конкурса на лучшую медицинскую сестру Алтайского края.

За четыре года мы оплатили циклы и сертификационные экзамены 600 специалистам. Члены правления являются экспертами краевого лицензионного бюро и проводят лицензирование сестринского дела в ЛПУ, это способствует активизации деятельности сестринских коллективов, повышает ответственность руководителей ЛПУ за состояние сестринского дела.

Наша профессиональная библиотека выписывает все сестринские издания. Нами открыта страница на сайте краевого комитета по здравоохранению.

Разработан пакет документов по практической деятельности главной медицинской сестры ЛПУ.

В апреле 2003 года в г. Барнауле мы провели российско-шведский семинар «Смелое начало», в котором приняли участие президент Национальной ассоциации сестер России В.А. Саркисова, вице-президент Шведской профессиональной ассоциации работников здравоохранения Евю Густафсон.

С октября 2003 года заключен договор о сотрудничестве с краевым медико-социальным ежемесячным журналом «Здоровье алтайской семьи», где появился «Вестник сестринской ассоциации». Впервые у сестринского персонала Алтайского края появилась возможность иметь печатные работы, работать с населением через журнал.

Также мы сотрудничаем с российским журналом «Сестринское дело».

1-3 марта 2004 года наша делегация принимала участие в работе Международной конференции в г. С.-Петербурге. Ассоциации вручена благодарность от Российской Ассоциации медсестер и Шведской Ассоциации работников здравоохранения.

В нашем регионе трудятся 25 тысяч специалистов со средним медицинским образованием. Из них медицинских сестер - 15500 человек, фельдшеров - 3000, акушерок - 1700, лаборантов - 1000, зубных врачей - более 500, зубных техников - 250, заведующих ФАП пунктами - 1116. Дисбаланс соотношения «врач:сестра» составляет 1:2,4.

12365 специалистов имеют квалификационную категорию, сертификат специалиста имеют 13000 человек.

В г. Барнауле трудится 5429 специалистов, из них медсестер - 3466, фельдшеров - 546, лаборантов - 411, акушерок - 300, зубных врачей - 138, зубных техников - 88. Квалификационную категорию имеют 2876 человек, сертификат специалиста - 2649. Дисбаланс соотношения «врач:сестра» - 1:0,5 (в 2003г. соотношение было - 1:0,8).

Укомплектованность физическими кадрами в ЛПУ составляет 98%. Наблюдается тенденция к снижению текучести кадров: в 2001 году она составила 13%, в 2002 году - 11,2%, в 2003 году - 9,2%.

В нашем регионе достигнуты определенные успехи по сертификации и аттестации специалистов на квалификационную категорию. Аттестация проходит в три этапа: подготовка документов; тестирование специалистов; собеседование. Сегодня существуют определенные проблемы: нет положения об аттестационной комиссии; нет положения о порядке прохождения аттестации и другие.

Цели и задачи Ассоциации медицинских сестер:

- **повышение профессионального уровня сестринского персонала;**
- **повышение роли медицинского работника со средним образованием в системе здравоохранения, повышение престижа профессии;**
- **повышение качества сестринских услуг;**
- **защита социально-экономических и профессиональных интересов медицинских работников, преподавателей сестринского дела и студентов;**
- **распространение передового опыта и научных достижений в области сестринского дела;**
- **возрождение традиций сестринского милосердия;**
- **организация сбора анализа и распространения информации по сестринскому делу;**
- **представление медицинских работников Алтайского края при контактах с родственными по виду деятельности региональными и международными правительственными учреждениями и общественностью.**



**Валентина Витальевна Скворцова, главная медсестра высшей категории
МУЗ «Городская больница №1»**

БУДЬТЕ ГОТОВЫ К САМО- И ВЗАИМОПОМОЩИ

Говорят, что человек свободен, пока он здоров. Больной человек очень зависим от обстоятельств, рядом находящихся близких и не очень людей, а чаще всего - от своих необдуманных поступков. Заранее всего предусмотреть нельзя, но есть несколько золотых правил, соблюдение которых гарантирует сохранение здоровья.

Все взрослые люди должны знать сами и учить детей тому, как предотвращать или уметь избегать неприятности, возникающие в определенных ситуациях.

Если вы упали, на коленях и руках - сплошные ссадины, царапины, то первое, что нужно сделать - вымыть их с хозяйственным мылом. Затем обработать асептиком, неважно, будет это водка, зеленка или йод, то есть тем, что есть под рукой. Не волнуйтесь, необходимая помощь уже оказана.

Но если кроме боли в момент травмы происходит деформация конечностей, образуется отек, гематома, отмечается нарушение функций конечности, то можно заподозрить вывих или перелом. В этом случае необходимо успокоить пострадавшего, приложить холод и вызвать «скорую помощь».

У каждого из нас хотя бы раз в жизни болел живот. Множество заболеваний хирургического и терапевтического направлений сопровождаются различными видами болей в различных отделах живота. Но во всех случаях необходимо строго соблюдать рекомендации медицинского работника:

- каждый больной должен быть осмотрен врачом;
- до осмотра больной может принимать только спазмолитики в малых дозах («Но-шпа», «Папаверин»);
- ни в коем случае самостоя-

тельно не принимать при боли в животе обезболивающие препараты, так как изменяется характер боли за счет блокирования болевого центра, что мешает правильной постановке диагноза врачом;

- ни в коем случае нельзя греть живот (в старину больному всегда говорили: «холод, голод и покой»).

Если вы по неотложным показаниям оказались в стационаре хирургического профиля, необходимо придерживаться определенных правил:

- без разрешения врача нельзя пить и есть, так как в любой момент может возникнуть необходимость в оперативном лечении;
- при малейшем изменении состояния - появление озноба, повышение температуры, изменение характера боли - необходимо поставить в известность дежурный медицинский персонал.

Если вы увидели, что человек потерял сознание, его кожные покровы побелели, похолодели руки и ноги, выступили капли пота на лице - это симптомы обморока. В этой ситуации необходимо:

- уложить человека с опущенной головой;
- обеспечить ему доступ свежего воздуха;
- поднести к носу ватку с нашатырным спиртом.

Обычно для оказания оперативной помощи при обмороке этих мероприятий достаточно.



Каждый человек должен уметь оказать помощь при носовом кровотечении. Для этого необходимо:

- успокоить больного;
- в положении лежа – придать возвышенное положение голове;
- в положении сидя - голову наклонить вперед;
- прижать крылья носа к перегородке носа (перед этим можно ввести в полость носа ватный шарик, смоченный 3% раствором перекиси водорода);
- на переносицу и затылок приложить холод (пузырь со льдом).

Если кровотечение не останавливается, то нужно вызвать «скорую помощь». При повторяющихся носовых кровотечениях необходима консультация специалиста.

Соблюдайте эти простые правила, и вы будете чувствовать себя более свободными и уверенными в себе, если возникнут подобные ситуации.

Будьте здоровы!

Спрашивайте – отвечаем

Мы продолжаем наши консультации по аттестации средних медицинских работников

- По какой специальности должны проходить аттестацию на присвоение квалификационных категорий медицинские сестры эндоскопического отделения?

- Медицинские сестры отделений (кабинетов) инвазивных методов диагностики и лечения аттестуются в настоящее время по специальности «Сестринское дело» или «Сестринское дело в педиатрии».

Был период, с момента выхода приказа МЗ РФ от 19.08.97г. №249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» и до выхода приказа МЗ РФ от 10.02.98г. №18 «О введении в действие Перечня соответствия специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала должностям специалистов», когда они аттестовывались по специальности «Операционное дело». В последующем вышло письмо МЗ РФ от 15.03.99г. №2510/2771-99-32 о применении приказа МЗ РФ от 10.01.99г. №18, в соответствии с которым медицинским сестрам, работающим в вышеуказанных отделениях (кабинетах), разрешено сохранить имеющуюся квалификационную категорию по специальности «Операционное дело» до очередной переаттестации, а в дальнейшем проводить их аттестацию по специальности «Сестринское дело» или «Сестринское дело в педиатрии».

- Регламентирован ли в каких-либо нормативных документах возраст медицинских и фармацевтических работников для получения квалификационных категорий? Может ли пенсионер, работающий в учреждении здравоохранения, проходить аттестацию на получение квалификационной категории?

- Действующим в настоящее время приказом МЗ РФ от 09.08.01г. №314 «О порядке получения квалификационных категорий» не предусмотрено ограничение в возрасте для получения квалификационных категорий.

Таким образом, пенсионный возраст не является препятствием для получения специалистом квалификационной категории, если он продолжает работать по одной из специальностей, предусмотренных для проведения аттестации.

В соответствии со ст. 63 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан возможность аттестовываться дана специалисту как право, т.е. по его желанию.

Уважаемые коллеги!

Алтайская сестринская ассоциация поздравляет вас с Международным Днем медицинской сестры!

12 мая, в наш профессиональный праздник, желаю вам здоровья, больших успехов, понимания и поддержки со стороны всех ваших коллег, плодотворной работы, которая спасает самое главное – жизнь и здоровье человека!

Ежедневная помощь, которую оказывает медицинская сестра, – трудное, требующее больших эмоциональных и душевных сил, но благородное и достойное дело. Ваши внимание и забота, милосердие - жизненно необходимы каждому человеку.

От всего сердца благодарю вас за неоценимый вклад в развитие сестринского дела, поддержание традиций милосердия и сострадания, за полную отдачу своей работе и неугасающую веру в профессию медицинской сестры.

Искренне Ваша - Лариса Плигина,
Президент Алтайской сестринской ассоциации

Мы талантливы!

Ольга Александровна Виноградова,
старшая медсестра
гинекологического отделения МУЗ
«Городская больница №11»,
г.Барнаул

Рождение новой жизни

И крик, и стон – закономерны,
Реакция на кровь и боль,
Но радость будет так огромна,
Играет акушерка роль.
Она колдует – твердо зная,
Как малышу сейчас помочь,
И назовут кого-то мамой,
И будет сын, а может, дочь,
И просто женщина, проснувшись,
Почувствует, как рвется грудь
От благодарности и счастья
Минут, которых не вернуть.

Руки милосердия

Что может быть надежней рук,
Тебя обнявших в одночасье?
Профессия бывает счастьем,
Не зря тебя сестрой зовут.
И в слове этом есть родство
И трепет радости безбрежной,
И белый цвет, и голос нежный.
Так просто, словно естество,
Союз сердец – святое дело.
Вступай в него надежно, смело,
Дерзай, работай, помогай,
Святое братство создавай!



Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних
медицинских работников:
(8-3852) 35-70-47

Школа гипертонической болезни



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ХОЛЕСТЕРИН

Наталья Николаевна Пономарева, врач-кардиолог, руководитель «Школы артериальной гипертонии» городской больницы №2, г.Барнаул

Занятие 5

Часть 2 (продолжение)

Каковы особенности питания при гипокалорийной диете?
Продукты питания

Мясо

Говядина, свинина, баранина. Используйте только постные куски: филейная часть, огузок, плечо или центральная часть бедра, поясничная часть, вырезка. Перед приготовлением пищи необходимо срезать весь видимый жир с мяса.

Обработка мяса: не ешьте приготовленное мясо с большим количеством жира: бекон, колбасы, сосиски. Готовые продукты из мяса содержат большое количество «скрытых» жиров.

Цыплята и индейки. Это хороший источник белков. Жир домашней птицы необходимо срезать и удалять кожу. Цыпленок и индейка не должны обжариваться в насыщенных жирах и поливаться жирными соусами.



Рыба

Рыба – хороший источник белка. Она содержит небольшое количество холестерина и очень мало насыщенных жиров. Подобно цыпленку, рыба не должна обжариваться в насыщенных жирах и поливаться жирными соусами.



Молочные продукты

Используйте обезжиренные молочные продукты (1% - 2% молоко, кефир и др.), сыры. Используйте специальные приправы и специи для заправки салатов вместо сметаны.

На предыдущем занятии мы остановились на разборе гиполипидемической диеты. Каждый человек, у которого повышен уровень холестерина в крови, должен придерживаться этой диеты.

В основе гиполипидемической диеты лежит несколько принципов изменения питания:

- исключить или значительно сократить прием с пищей продуктов, содержащих холестерин;
- уменьшить потребление жиров, особенно насыщенных жиров;
- увеличить потребление пищевых волокон.

Диета должна быть настолько близкой к вегетарианской, насколько у Вас хватит сил. При этом пища должна содержать не более 30% жира от общей калорийности потребляемой пищи (причем насыщенных жиров должно быть не более 1/3 общего жира).

Структура гиполипидемической диеты

Ингредиенты	% от общей калорийности рациона
Общие жиры	Менее 30%
Насыщенные	8-10%
Полиненасыщенные	Др 10%
Мононенасыщенные	Др 15%
Углеводы	Более 55%
Белки	Около 15%
Холестерин	Менее 300мг в день.
Общая калорийность	Достаточная для поддержания идеального веса.

Хлеб, крупы, макаронные изделия

Эти продукты содержат много углеводов и белка и гораздо меньше жиров. Поэтому ими нужно заменить жирную пищу. Но они обладают высокой калорийностью и не должны употребляться в избытке. Выбирайте хлеб из муки грубого помола. Сочетайте макароны, рис, бобовые, овощи с постным мясом, рыбой, птицей, чтобы получить полноценный белок с меньшим количеством жира и калорий.



Орехи

Орехи содержат много жира, но это полиненасыщенные и мононенасыщенные жиры, которые мало влияют на липидный спектр крови. Потребление орехов должно быть ограничено из-за их высокой калорийности.

Яйца

Ешьте не более трех яичных желтков в неделю. Яичные белки не содержат холестерина и поэтому их можно есть чаще. Попробуйте заменить целое яйцо на 1-2 яичных белка или используйте магазинные заменители яиц, которые не содержат желток.



Жиры и масла

Общим правилом является уменьшение потребления жиров и масел, богатых насыщенными жирными кислотами и холестерином. Подробно об этих продуктах было рассказано в предыдущем номере журнала.



Закуски

Большинство сладостей в качестве легкой закуски должно быть ограничено; они богаты простыми сахарами и жирами, их калорийность превосходит питательную ценность. Хорошие закуски -



это сухое печенье из муки грубого помола, ржаные лепешки, фрукты, хлопья, овощи. Они предпочтительнее, чем закусочное печенье, картофель хрустящий и жаренный во фритюре.

Десерты

Ешьте фрукты, обезжиренный фруктовый кефир и фруктовое мороженое вместо кондитерских изделий, тортов, домашнего печенья.



Способы приготовления

Выбирайте те способы, в которых жиры используются мало или вовсе не используются. Можно варить на пару, печь, жарить на огне, на решетке или на сковороде в малом количестве жира. Ограничьте жареную пищу и избегайте жарить на насыщенных жирах. При приготовлении супов предварительно охлаждайте бульон и снимайте жир.





В предложенной ниже таблице все продукты разделены на «рекомендуемые», «не рекомендуемые» и те, потребление которых «следует ограничить (умеренное употребление)».

Рекомендуемые – содержат мало жиров и/или много клетчатки; должны быть основой гиполипидемической диеты;

Продукты, потребление которых следует ограничить,

содержат ненасыщенные жиры или небольшие количества насыщенных жиров. При соблюдении гиполипидемической диеты потребление этих продуктов должно быть ограничено.

Не рекомендуемые – содержат большое количество насыщенных жиров и холестерина. Эти продукты должны быть по возможности полностью исключены из рациона.

Гиполипидемическая диета

(рекомендации Европейского Общества по изучению атеросклероза)

	<i>Рекомендуемые продукты</i>	<i>Продукты, потребление которых следует ограничить (умеренное употребление)</i>	<i>Не рекомендуемые продукты</i>
Жиры	Все жиры нужно ограничить.	Полиненасыщенное масло: кукурузное, подсолнечное, ореховое, соевое; мононенасыщенное масло: оливковое, рапсовое. Мягкий маргарин на основе этих масел.	Сливочное масло, сало, жир, пальмовое масло, тяжелые сорта маргарина.
Мясо	Курица, индейка, телятина, дичь, молодая баранина, кролик.	Постные: говядина, бекон, ветчина, свинина, баранина (1-2 раза в неделю), печень 2 раза в месяц, постный фарш и котлеты.	Утки, гусь, все сорта жирного мяса, обычные сосиски, саями, мясные пироги, кожа птицы, шпик, паштеты.
Молочные продукты	Снятое молоко, обезжиренные сыры, кефир, йогурт, творог, яичный белок.	Полуснятое молоко, сыры, йогурт и др. молочные продукты средней жирности, два целых яйца в неделю.	Цельное молоко, сливки, сухое и сгущенное молоко, жирные сорта сыров и йогуртов.
Рыба	Все сорта рыбы с белым мясом: треска, камбала. Жирная рыба: сельдь, скумбрия, сардины, тунец, лосось; устрицы, гребешки.	Рыба, жаренная на подходящем масле, моллюски, омары, креветки.	Икра рыб; рыба, жаренная на неподходящем масле.
Супы	Супы – консоме, овощные супы.		Густые и жирные супы.
Крупяные и мучные продукты	Хлеб грубого помола, крупяные хлопья, овсяная и кукурузная каша, макароны, рис, хрустящие хлебцы, овсяное печенье, мука из цельных зерен.	Пшеничная мука, белый хлеб, мюсли, обычное печенье, песочные и бисквитные пирожные, приготовленные на ненасыщенных маргаринах.	Слоеная выпечка, готовые пирожные.
Десертные блюда	Сорбит, желе, пудинги на основе снятого молока, фруктовые салаты, меренга.	Кексы, пирожные, пудинги, печенье и соусы, приготовленные на рекомендуемых (ненасыщенных) жирах, растительном масле.	Мороженое, пудинги, клецки, соусы, приготовленные на основе сливок и масла, пирожные, кексы, печенье, приготовленные на насыщенных жирах.
Кондитерские изделия	Восточные сладости, нуга, леденцы.	Компоты, варенье, мармелад, мед, сироп, марципан, халва, пастила, сахар.	Шоколад, конфеты из сахара и масла, помадка.
Напитки	Чай, кофе, минеральная вода, безалкогольные напитки без сахара или на сахарозаменителях, фруктовые соки без сахара, безалкогольное пиво.	Сладкие безалкогольные напитки, обезжиренные напитки на солоде, обезжиренный шоколад, алкоголь.	Жидкий шоколад, кофе по-ирландски, солодовые напитки с высоким содержанием жира.
Орехи	Грецкие орехи, миндаль, каштаны.	Арахис, фисташки.	Кешью, кокос, соленые орешки.
Приправы	Травы, перец, горчица, специи, уксус, обезжиренные подливы.	Салатные соусы с низким содержанием жира, низкокалорийный майонез, сметана; соевый соус.	Обычная сметанная приправа к салату, майонез, подливы со сметаной и мягкими (плавленными) сырами; досаливание пищи.
Фрукты и овощи	Все свежие и замороженные овощи, особенно бобовые, кукуруза, вареный картофель, в «мундире». Все свежие или высушенные фрукты, консервированные несладкие фрукты.	Жареный картофель, картофельные хлопья, приготовленные на рекомендуемом масле.	Жареный картофель, овощи или рис, на неизвестном или неподходящем масле или жире; хрустящий картофель, печенье, чипсы, соленья (консервированные овощи).

Итак, если у Вас повышен уровень холестерина в крови, Вы должны употреблять продукты, обозначенные в таблице как «рекомендуемые» и «умеренное потребление» и исключить «не рекомендуемые продукты».

Данная диета проверена многолетней практикой, безопасна и предлагается всем пациентам с повышенным значением холестерина крови. Соблюдение этой диеты приводит к снижению уровня холестерина плазмы крови на 5-7%. Несмотря на такой относительно скромный эффект, у ряда больных удается добиться нормализации уровня холестерина, а у других – получить благоприятный фон для реализации действия холестеринснижающих препаратов.

Контрольный анализ крови на холестерин следует сдать через 3 месяца соблюдения диеты. Далее ваш врач решит: продолжать ли Вам придерживаться данной диеты, ужесточить ли требования к диете или назначить Вам холестеринснижающие препараты.

Что еще способствует снижению холестерина в крови?

Доказано, что регулярные физические тренировки средней интенсивности приводят к снижению общего холестерина в крови, ХС ЛПНП («плохого» холестерина), способствуют повышению ХС ЛПВП («хорошего» холестерина). Кроме того, уменьшается склонность крови к повышенной свертываемости, тромбообразованию, снижается артериальное давление. Подробно о тренирующих физических нагрузках при артериальной гипертонии мы уже рассказывали на предыдущих занятиях.

Таким образом, уровень холестерина крови зависит от многих факторов: характера питания, массы тела, степени физической активности, потребления алкоголя, курения. Модификация образа жизни пациента заключается в комплексном воздействии на все эти факторы.

В 1990г. в США было завершено небольшое, но весьма показательное исследование по модификации образа жизни, в которое были включены больные с повышенным уровнем холестерина крови. В течение года они соблюдали жесткую вегетарианскую диету. На долю жиров приходилось не более 10% от общей калорийности рациона, на долю углеводов – 70–75% калорийности. Все пациенты отказались от курения и выполняли специальную программу физических тренировок. Через год у больных уровень общего холестерина уменьшился на 24%, а уровень ХС ЛПНП («плохого холестерина») - на 37%. Такой эффект обычно получают только с помощью медикаментозной холестеринснижающей терапии. Это исследование является ярким примером того значения, которое имеет модификация образа жизни при повышении холестерина крови.

Интересный ФАКТ

Сердце разбито

Центральная нервная система контролирует работу сердца с помощью нервных импульсов, которые бывают двух видов: снижающие частоту сердечных сокращений и ее ускоряющие. Первые возникают обычно, когда в кровь выделяется адреналин, вторые - под действием вещества ацетилхолина. Ученые из Калифорнийского университета заметили, что реакция нейронов мозга на социальную отверженность родственна реакции на физическую боль. Под воздействием отрицательных эмоций в сердце приходит сходный импульс, начинается синтез ацетилхолина, и в итоге сердце может быть разбито в самом прямом смысле этого слова - инфарктом.



А вместо сердца - ПЛАМЕННЫЙ МОТОР

На самом деле, сердце само является «пламенным мотором». В состоянии покоя за минуту оно сокращается 60-80 раз, перегоняя при этом 5-5,5 литров крови. Если продолжать этот подсчет, то за сутки выходит 10 тысяч литров, а за 70 лет жизни - 200 миллионов литров. При умеренной физической нагрузке сердце начинает работать более интенсивно, и это число увеличивается до 15-20 литров крови в минуту.

Пусто на сердце

Современный человек, привыкший жить в эпоху накала страстей, считает, что пустота на сердце - это черствость, бездушие, в общем, явление крайне негативное. На самом деле, это не так: с точки зрения медицины, даже адреналин, который обычно выделяется под влиянием положительных эмоций и стимулирует работу сердца, позволяя буквально свернуть горы, в избытке разрушает коронарные артерии. А незнакомые с тонкостью биохимии древние китайцы считали, что просветленное сердце мудреца свободно от страстей. Иными словами, истинную мудрость можно постигнуть только тогда, когда в сердце не содержится ничего - именно эта идея легла в основу искусства медитации.

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Подписка-2004

С ОЧЕРЕДНОГО НОМЕРА

**ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ ВЫ МОЖЕТЕ ВО ВСЕХ
ПОЧТОВЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ АЛТАЙСКОГО
КРАЯ, А ТАКЖЕ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ**

по адресам:

г.Барнаул: ул. Пролетарская, 113, офис 200, тел. 23-24-13 (Редакция журнала «ЗАС»)

г.Новоалтайск: ул. Обская, 3, тел. 2-11-19 (Издательство «ВН - Добрый день»);

Г.Рубцовск: пер. Рубцовский, 31, детская поликлиника, тел. 4-63-95 (представитель - Арсеньева Нина Григорьевна); пер. Коммунистический, 35, тел. 4-24-76, 4-79-04 (представитель - Махниборода Александр Алексеевич);

г.Бийск: ул. Максимовой, 15, городская детская больница, тел. 24-44-94 (представитель - Шестернина Инга Рустамовна);

ул. Максимовой, 91а, комитет по здравоохранению, тел. 24-84-37 (представитель - Левина Марина Михайловна);

ул. Воинов-интернационалистов, 72, детская поликлиника, тел. 36-07-05 (представитель - Рыбалко Светлана Михайловна);

ул. Разина, 61, городская больница №4, тел. 23-30-75 (представитель - Любимова Анастасия Федоровна);

г. Заринск: ул. Союза Республик, 16, тел. 4-18-02 (представитель - Буянкин Евгений Иванович);

Первомайский р-н: с.Березовка, районная детская поликлиника, тел. 7-93-13 (представитель - Петрова Нина Алексеевна);

Советский р-н: с. Советское, пер. Целинный, 17, тел. 2-28-87 (представитель - Курносова Екатерина Евгеньевна);

Целинный р-н: с. Целинное, ул. Советская, 31, тел. 2-14-57 (представитель - Ляпина Лидия Балтазаровна);

Ельцовский р-н: с. Ельцовка, пер. Сибирский, 3, тел. 2-25-67 (представитель - Иваненкова Надежда Николаевна);

Тогульский р-н: с. Тогул, ул. Шутаковых, 10, тел. 22-2-50 (представитель - Романов Сергей Викторович);

Тальменский р-н: р.п. Тальменка, ул. Кирова, 68, тел. 22-7-84 (представитель Аксенова Антонина Александровна);

Залесовский р-н: с. Залесово, ул. Больничная, 21, тел. 22-2-87 (представитель - Трифонова Альбина Петровна);

Кытмановский р-н: с.Кытманово, ул. Закурьинская, 18, тел. 22-3-09 (представитель - Козлова Людмила Алексеевна)

Красногорский р-н: с. Красногорское, райбольница, тел. 2-21-87 (представитель - Каплин Василий Сергеевич)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618

Подписка-2004

Краевой медико-социальный журнал "ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ"



По вопросам подписки и приобретения журнала
№№1-4 за 2004 год обращайтесь в Издательство по адресу:
г.Барнаул, ул.Пролетарская, 113, оф.200
По телефону: 23-24-13