

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**АЛТАЙСКОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ УНИВЕРСИТЕТУ
50 ЛЕТ!**



ОТ РЕДАКТОРА Нашему родному медицинскому - 50 лет!



Не знаю, задумывались ли многие о том, что могло бы быть, если бы решение об открытии медицинского института в сибирской глубинке тогда, много лет назад, состоялось...

Во-первых, сама возможность получения высшего медицинского образования для значительного числа его выпускников осталась бы несбыточной мечтой...

Во-вторых, темпы развития и сеть медицинских учреждений края могли бы иметь совершенно другую (менее развитую) структуру, а доступность врачебной помощи для населения наверняка была бы значительно меньше.

Я уже не говорю о тех колоссальных возможностях, которые появились у краевых и барнаульских лечебно-профилактических учреждений, а значит, и у жителей края в связи с размещением на их базах клинических кафедр ВУЗа. Сформировались целые научные школы, врачебные династии, открываются филиалы НИИ. А система постдипломного обучения повышения квалификации: интернатура, ординатура, аспирантура, ФУВ...

Подумалось: наверное, высокопарные фразы о социальной значимости медицинского будут более понятны, если проследить судьбу одного лишь выпуска только одного (лечебного) факультета. Достаточно символично, что основная масса выпускников 1977 года - студентов нашего курса - ровесники института...

Именно потому авторы сентябрьского выпуска журнала - мои сокурсники...

Конечно, дать слово всем в одном номере не удалось, да и не было такой задачи. Однако представить, насколько обеднело бы наше краевое здравоохранение, если бы институт был открыт всего на год позже, - можно...

Защитили докторские диссертации - В.Колядо, В.Тротт, Г.Чумакова, Н.Карбышева, В.Трешутин...

Главными врачами работают: Т.Альшанская (Топчихинская ЦРБ), В.Ноженко (Ключевская ЦРБ), Г.Григорук (Мамонтовская ЦРБ), А.Добрыгин (Шипуновская ЦРБ), В.Головин (госпиталь ветеранов ВОВ), А.Повиляев (санаторий в Белокурихе), В.Жаворонков (санаторий-профилакторий «Лазурный», Змеиногорский район), Г.Бойченко (поликлиника №7, г.Барнаул); заместителями главного врача: к.м.н. В.Нечунаев (крайонкодиспансер), В.Хвостова (Калманская ЦРБ), Е.Лих (Первомайская ЦРБ), М.Селезнева (Бийская ЦРБ).

Т.Нечунаева, Т.Немцева, В.Реут - гинекологи; А.Мазырко - уролог, В.Семитко - к.м.н., фтизиатр, О.Бормантова - кардиолог, Т.Пономаренко - гепатолог, С.Загайнов - сосудистый хирург, И.Деев и Б.Вайтекунас - травматологи, Н.Колмыков - невропатолог, Л.Колесникова, В.Деева, О.Трешутина - физиотерапевты, Т.Кругликов, Г.Молозева, Л.Люк, Н.Вайтекунас, Л.Колядо - преподаватели медицинского колледжа, Н.Карташов, В.Реут, А.Бородкин - хирурги...

Итак далее...

Только на лечебном факультете нас, выпускников 1977 года, было более 300 человек... А еще - педиатрический, фармацевтический, стоматологический, факультет профилактической медицины. И потому мы говорим: «Виват, медицинский!».

И. Козлова

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

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

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова
Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
Выпускающий редактор -
Алексей Пшеничный
Начальник отдела
по связям с общественностью -
Надежда Полтанова
Отдел рекламы - т. 23-24-13
Татьяна Веснина
Компьютерный дизайн и верстка
Алексей Пшеничный

Подписано в печать
30.08.2004г. Печать офсетная.
Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

Свидетельство о регистрации
СМИ № ПИ-12-1644
от 04.02.2003г.,
выданное Сибирским окруж-
ным межрегиональным терри-
ториальным управлением Ми-
нистерства РФ по делам печа-
ти, телерадиовещания 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.

Отпечатано в типографии
ОАО «Алтайский полиграфи-
ческий комбинат»,
г.Барнаул, ул. Титова, 3.

Подписаться на журнал
вы можете во всех отделе-
ниях связи или через
представителей журнала в
городах и районах края.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618**

Содержание

Трешутин В.А. Основные проблемы здоровья и здравоохранения края. Проблемы их решения	2-3
Чумакова Г.А. Атеросклероз: факторы риска и возможности спасения	4-5
Бормантова О.А. Учитесь лечиться!	6-7
Тырышкина О.М. Фитотерапия при климактерическом синдроме	8-9
Маркина И.Л. Дискинезии : диагностика и лечение	10-11
Уланов А.Н. А как в аптеке?	12
Деев И.Т. Жизнь с новым тазобедренным суставом	13-14
Мазырко А.В. Отделение урологии: проблемы решаемы!	15-16
Беседин В.А. Не навреди...	17
Мир и медицина	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Плигина Л.А. Высшее сестринское образование – дань моде или необходимость? Койнова Н.А. Профилактика осложнений стопы при сахарном диабете	19-20
Альшанская Т.Л. Кто отвечает за здоровье...	21-22
ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ. Бойченко Г.П. Дневник нерожденного ребенка Осмысленная беременность	23-25
Карбышева Н.В. Вопросы диагностики и лечения актуальных гельминтозов	26-27
Семитко А.П. Туберкулез - проблема XXI века	28
Доверяем профессионалам «ДНК-Диагностики»!	29
Нечунаева Т.Г., Нечунаева Е.В. Вирусные инфекции и рак шейки матки	30
Селезнева М.И. Зелень вместо таблеток	31
Кофеин и здоровье	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Лих Е.Н. Основные правила рационального питания	33-34
Деева В.Н. Гирудотерапия - лечение пиявками	35-36
Колесникова Л.С. Домашнее водолечение	37-38
Беккер И.Г. «Чти учителя своего, как отца своего...» Ноженко В.А. Сотрудничество с журналом - на пользу всем!	39
Добрыгин А.П. «Не ошибся в выборе профессии...»	40

Внимание! Приступили к работе представители журнала:

в Топчихинском районе - Киндюхина Светлана Сергеевна, ул.Правды, 12а, тел. 22-1-87;
в Ребрихинском районе - Деркач Надежда Алексеевна, пр.Победы, 120, тел. 22-3-87;
в Косихинском районе - Белкин Дмитрий Константинович, ул. Комсомольская, 52, тел. 22-4-96.



В администрации края прошел «Круглый стол», посвященный проблемам здравоохранения Алтайского края. В нем приняли участие представители медицинской общественности.

Предлагаем вашему вниманию некоторые фрагменты доклада В.А. Трешутина, прозвучавшего на этом заседании.

Основные проблемы здоровья и здравоохранения края. Пути их решения

Владимир Апполинарьевич Трешутин, первый заместитель председателя комитета по здравоохранению администрации Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор

Основные проблемы здоровья и здравоохранения

- Ветхое состояние материально-технической базы ЛПУ (износ основных фондов составляет **80-85%**).
- Износ медицинской техники, санитарного транспорта (**80-85%**).
- Медицинские кадры: низкая обеспеченность в сельской местности, высокая доля лиц пенсионного и предпенсионного возраста).
- Проблемы лекарственного обеспечения (сахарный диабет, гепатиты, онкогематология, гемофилия и др.).
- Многолетний дефицит финансовых ресурсов здравоохранения (**52%** от необходимых объемов, несоответствие тарифов реальным затратам).
- Рост социально-значимых заболеваний: туберкулез, онкологические заболевания, психические и наркологические расстройства, ВИЧ и ИППП, болезни системы кровообращения.
- Несоответствие структуры здравоохранения финансовым возможностям и потребностям населения в медицинской помощи.
- Отсутствие системы межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья.
- Реализация законодательства о местном самоуправлении (ФЗ-131).
- Предстоящая монетизация льгот.
- Перестройка структуры органов государственной власти.

Туберкулез:

Проблемы

- Высокий уровень заболеваемости, инвалидности, в том числе в трудоспособном возрасте, и смертности.
- Крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация: инфицированность подростков - **72,2%** и, как следствие, их высокая заболеваемость и растущий удельный вес бациллярных форм у впервые выявленных (**40,5%**, РФ - **28,4%**).
- Проблемы раннего выявления и лечения (изношенность флюорографов, дефицит **1000** коек, удельный вес госпитализированных с БК + **59,7%**, ветхая МТБ, недостаток медикаментов, особенно для симптоматического лечения).
- Кадры. Укомплектованность занятых должностей врачей физическими лицами на **70,5%**.

Пути решения проблем

- ◆ Расширение числа коек до нормативного уровня и улучшение условий пребывания больных. Развитие дневных стационаров. Дифференцирование коек и противотуберкулезных стационаров по степени интенсивности лечения.
- ◆ Обновление парка флюорографов и рентген аппаратов. Создание краевого передвижного флюороцентра.
- ◆ Создание **4** баклабораторий и **20** посевных пунктов.
- ◆ Создание **1,5** годового неснижаемого запаса противотуберкулезных препаратов, в том числе 2-го ряда. Уве-

личение бюджетного финансирования по ст. 10.

- ◆ Разработка и реализация социальных «стимулов» (бесплатное питание, проезд и т.д.) для лечения определенных категорий больных (низкий уровень доходов, асоциальные элементы).
- ◆ Усиление межведомственного взаимодействия в вопросах профилактики, выявления, госпитализации (изоляция) больных туберкулезом.
- ◆ Усиление работы СМИ по вопросам первичной профилактики.
- ◆ Увеличение годового объема финансирования в рамках краевой целевой программы «Неотложные меры борьбы с ТБС в крае» до **18-20 млн.руб. (в 2004г. - 6,0 млн.руб.)**.

Психическое здоровье:

Проблемы

- Высокий уровень заболеваемости и инвалидности, связанной с психическими расстройствами (превышающий аналогичные показатели по РФ в **1,5 - 2,5 раза**).
- Высокий уровень смертности от суицидов и алкогольных отравлений. Уровень смертности от суицидов более, чем в **2 раза** превышает критический показатель смертности по критериям ВОЗ (особенно среди жителей сельской местности).
- Большой (>**30%**) удельный вес отводов от службы в армии по причине психических расстройств.



● **Проблемы раннего выявления:**

1. недостаточная обеспеченность сельского населения психиатрами и наркологами (укомплектованность физическими лицами - **74** и **61%** соответственно);

2. отсутствие межведомственного взаимодействия (педагоги, психологи, психиатры) в вопросах раннего выявления ПР в детско-подростковой популяции;

3. слабая подготовка врачей-интернистов по вопросам диагностики ПР (**20-30%** пациентов, проходящих через них, страдают ПР, но не выявляются).

● **Проблемы лечения:** чрезмерная централизация стационарной психиатрической помощи; недостаточное развитие стационарозамещающих технологий; практически полное отсутствие трудовой реабилитации лиц, страдающих ПР; крайне низкий уровень финансирования всей службы, в т.ч. медикаментозного обеспечения.

Пути решения проблем

◆ Реализация «Концепции и Программы развития психиатрической помощи в Алтайском крае на 2003-2008гг.».

◆ Увеличение объема финансирования в рамках краевой целевой программы «Охрана психического здоровья населения» до **3,0 млн. руб. (2004г. - 2,0 млн.руб.)**.

◆ Развитие кризисной (суицидологической) службы края; сети дневных стационаров, лечебных трудовых мастерских.

◆ Создание постоянно действующей краевой межведомственной комиссии по охране психического здоровья населения.

◆ Обеспечение взаимодействия психологов ДДУ, школ и СУЗов с психиатрической службой по вопросам первичной профилактики и ранней диагностики ПР.

◆ Увеличение годового объема бюджетного финансирования для оказания медикаментозной помощи в стационарах края из расчета **не менее 30 руб./день/койка** (норматив **46 руб., за 6 мес.2004г. - 14,6 руб.**), по статье ЛиБЛС до **24 млн.руб.** (фактическое - **20%** от потребности).

◆ Обеспечение организации работы психиатра во всех сельскохозяй-

ственных районах края независимо от численности населения; открытие во всех МГЗ межрайонных детско-подростковых психоневрологических кабинетов и профильных коек.

◆ Открытие по линии содействия двух общежитий на **150-200 мест** для лиц, страдающих ПР и утративших социальные связи.

Онкология:

Проблемы

● Высокий уровень заболеваемости (на 20% выше, чем в РФ) и смертности (195,7 на 100 тыс. населения).

● Слабая материально техническая база КГУЗ «Краевой онкодиспансер».

● Дефицит современной диагностической техники.

● Дефицит лекарственных средств, особенно для лечения онкогематологических заболеваний.

Пути решения проблем

◆ Увеличение финансирования краевой целевой программы «Онкология» до **7,5 млн.руб. (2004г. - 5,0 млн.руб.)**.

◆ Открытие межрегионального нейрохирургического центра на базе КГУЗ «Краевая клиническая больница» и КГУЗ «Онкологический диспансер».

◆ Дооснащение ЛПУ рентгенодиагностической, флюорографической техникой, эндоскопическим оборудованием.

◆ Строительство корпуса онкологического диспансера.

Болезни системы кровообращения:

Проблемы

● Наибольшие потери от смертности (**55,1%** потерь от общей смертности) и инвалидности, в том числе в трудоспособном возрасте (**26,4%**).

● Проблемы раннего выявления и предотвращения фатальных осложнений - сосудистых катастроф (внезапная сердечная смерть, острая коронарная недостаточность, острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОИМК)), в сумме они дают **21,6%** потерь от общей смертности; **19,7%** преждевременной смертности; **20,3%** всех умерших трудоспособных мужчин.

● Существенный рост смертности от ОНМК на фоне «сверхвысокой»

заболеваемости артериальной гипертонии (АГ), что говорит о недостаточном влиянии на предотвращение осложнений. (Уровень первичной заболеваемости АГ в крае - **179,5 0/00**, в РФ - **55,8 0/00**).

Пути решения проблем

◆ Увеличение коечной сети (до нормативной обеспеченности необходимо 398 коек), развитие сети дневных стационаров.

◆ Разработка организационных технологий выявления высоких рисков по развитию сосудистых катастроф, формирование и работа с группами риска.

◆ Повышение качества лечения и диспансеризации, работы школ больных с АГ.

◆ Первичная профилактика.

◆ Увеличение финансирования целевой программы «Артериальная гипертония» в части развития работы школ «больных АГ».

◆ Кадры. Укомплектованность занятых должностей врачей-кардиологов физическими лицами (**67,1%**), врачей функциональной диагностики - **52,4%**.

◆ Развитие регистров АГ и ОИМ.

◆ Увеличение финансирования целевой программы «Кардиохирургия» до **12,5 млн.руб. (в 2004г. - 7,1 млн.руб.)**.

Основные векторы реформирования здравоохранения края

1. Формирование и развитие обеспеченного финансами рынка медицинских услуг.

2. Построение сети ЛПУ по экономическим, а не административным стимулам.

3. Приоритетное развитие амбулаторной стационарозамещающей медицинской помощи.

4. Рациональное использование ресурсов здравоохранения.

5. Переход от локальных усилий по поддержанию здоровья населения к разнонаправленной межведомственной работе.

6. Развитие системы управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.

АТЕРОСКЛЕРОЗ: факторы риска И ВОЗМОЖНОСТИ СПАСЕНИЯ

Галина Александровна Чумакова, доктор медицинских наук, профессор, член редакционного совета журнала «Здоровье алтайской семьи»



Как часто врачи слышат от своих пациентов, перенесших тяжелые сердечно-сосудистые катастрофы – инфаркт миокарда, инсульт, – такие слова: «Доктор, я же никогда не болел, никогда не лежал в больнице, считал себя здоровым. Откуда взялась моя болезнь?». Человек удивляется!! Ему кажется странным, что именно с ним случилось такое несчастье. Правда, многие пациенты тут же начинают вспоминать случаи, когда у соседей (друзей, знакомых, родственников) внезапно, на фоне, казалось бы, полного здоровья, умирали еще довольно молодые родственники. И нередко окружающие тоже удивлялись: почему?

Но самое печальное, что это не только впечатления отдельных людей, это катастрофическая тенденция в нашей стране. Страшно представить, но **смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране в 2,5 раза выше, чем в Финляндии, и в 6-7 раз выше, чем во Франции и Японии.** А ведь от сердечно-сосудистых заболеваний в России умирают более 50% всех умерших, в результате продолжительность жизни в нашей стране в 2002 году была на 20 лет меньше, чем в среднем в Европе. А сколько больных вышли на инвалидность! Сколько людей вынуждены постоянно принимать тонны таблеток и тратить на них существенную часть своих зарплат! Все это напоминает катастрофу. Именно так и нужно относиться к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний в России, в том числе и в Алтайском крае.

Но неужели ситуация безысходная? Ведь в других странах в последние 20-30 лет и заболеваемость, и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний быстро снижается. В чем же дело? А дело в том, что в дру-

гих государствах гораздо раньше, чем в России, к сознательной, активной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний присоединилось население этих стран.

А что же мы? Давайте учиться и думать, что мы можем сделать в этой борьбе за свою жизнь, жизнь своих близких.

Итак, **основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний является атеросклероз сосудов.** Попробуем разобраться, что это такое и как он развивается.

Основой атеросклеротического поражения сосудов является формирование так называемой атеросклеротической бляшки, которая «нарастает» на внутренней стенке сосуда и выступает в его просвет. Бляшки могут развиваться как во всех сосудах одновременно, как и, чаще, только в сосудах сердца или головного мозга, или ног, почек и т.д. Бляшка состоит из холестерина, белков, соединительной ткани и других компонентов ядра бляшки, которое окружено достаточно тонкой покрывкой, состоящей из компонентов соединительной ткани. Эта бляшка

постепенно увеличивается в размере и суживает просвет сосуда. Представьте себе, что вы перетянули палец, а значит, и сосуды, ниткой. Через некоторое время в нем появятся боли. Также и при сужении сосуда изнутри атеросклеротической бляшкой поступление крови к органам уменьшается, и появляются различные признаки болезни. Это могут быть боли в сердце при физической нагрузке, нарушения сердечного ритма, головные боли, головокружение, нарушения памяти, боли в мышцах ног при ходьбе и множество других симптомов в зависимости от того, в каких сосудах развились атеросклеротические бляшки (сердечных, мозговых и т.д.).

Самые большие проблемы возникают, когда атеросклеротическая бляшка разрывается, и в сосуде образуется тромб, который полностью перекрывает просвет сосуда. Поступление крови прекращается, и развивается инфаркт миокарда (гибель участка мышцы сердца), инсульт (гибель участка головного мозга) - главные сердечно-сосудистые катастрофы, приводящие к смерти, выходу на инвалидность, частым госпитализациям, необходимости принимать множество таблеток и т.д.



А теперь очень важный вопрос. **Почему на сосудах нарастают атеросклеротические бляшки?** Неужели этот процесс нельзя предупредить?

Действительно, внутренняя стенка здорового сосуда выстлана защитным слоем - эндотелием. В нем вырабатываются вещества, препятствующие спазму сосудов, слипанию клеток крови и ее свертыванию, а также этот слой является мощным барьером для проникновения холестерина в стенку сосуда и формирования атеросклеротической бляшки. Но так функционирует здоровый, неповрежденный эндотелий. Какие же факторы могут привести к нарушению функции эндотелия и снижению его защитных свойств? Эти факторы называют **факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний**.

О факторах риска мы не раз писали в нашем журнале, но больше это касалось риска развития артериальной гипертензии. Сегодня мы хотим убедить наших читателей в том, что те же факторы риска могут привести к нарушению функции эндотелия, формированию атеросклеротической бляшки и развитию всех тех проблем, о которых было сказано выше.

Итак, к сожалению, существуют факторы риска, на которые мы влиять еще не научились. Их называют **некорректируемыми, или неизменяемыми**:

- **наследственность** (повышает риск заболеваемости в 2–5 раз);

- **пол** (мужчины болеют чаще, но после наступления менопаузы женщины болеют так же часто, как мужчины);

- **возраст** (с возрастом функция эндотелия, в том числе барьерная, защитная от формирования бляшки, снижается).

Но есть и факторы риска, на которые мы можем повлиять. Их называют **корректируемыми, или изменяемыми**, т.е. мы можем на них влиять и через них снизить риск атеросклеротического поражения сосудов и всех заболеваний, с ним связанных, в том числе инфаркта миокарда и инсульта. Прочитайте их внимательно. Это:

- **повышенное артериальное давление** (Повышает риск атеросклеротических заболеваний в 5 раз.

Эффективное и регулярное лечение повышенного АД существенно снижает этот риск);

- **повышенный уровень холестерина** (увеличение холестерина на 10% увеличивает риск инфаркта миокарда на 20%);

- **сахарный диабет**, особенно нелеченный (увеличивает риск развития инфаркта миокарда в 2 раза);

- **курение** (увеличивает риск развития инфаркта миокарда и внезапной смерти в 3 раза);

- **ожирение**;

- **недостаточная физическая активность**;

- **стрессы**.

Наверное, многие из читателей подумают: «Ну, вот опять: курить нельзя, вкусненькое есть нельзя, физкультурой заниматься надо. Что за жизнь...». Если это так, то сначала попытайтесь мысленно представить себя на реанимационной койке с инфарктом или инсультом и подумайте, что вам дороже - здоровье и масса возможностей здорового человека или очередная булочка и сигарета лежа на диване. А теперь вернитесь к началу статьи и снова прочтите о том, насколько лучше поло-

жение с сердечно-сосудистыми заболеваниями в других странах и что это в значительной степени связано с тем, что население активно борется с факторами риска, что в других странах уже поняли: каждый человек сам отвечает за свое здоровье, **дело каждого самому позаботиться о том, чтобы не заболеть**. Кроме того, нельзя забывать, что ваши привычки, ваш образ жизни, особенности питания, отношение к курению и физической нагрузке становятся привычками ваших детей, внуков. А значит, ваши факторы риска могут стать факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний для ваших самых дорогих и близких людей.

Врач не может заставить своего пациента бросить курить, худеть, больше двигаться, следить за уровнем холестерина, но может объяснить, как лучше и легче это сделать. Поможет в этом и наш журнал. Прочитайте все, что мы писали о целях и методах борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. И - за дело! Вы можете изменить судьбу. 20 лет дополнительной жизни стоят того. Не правда ли?



Учитесь лечиться!

Ольга Александровна Бормантова, врач-кардиолог высшей категории, Алтайский краевой кардиологический диспансер

Артериальную гипертонию (АГ) и связанные с ней поражения сердечно-сосудистой системы называют эпидемией века. Повышенный уровень артериального давления (АД) имеют 36% взрослых россиян, при этом лишь 5-8% получают адекватную терапию. Болевой точкой лечебного процесса практикующего врача-кардиолога и терапевта является неготовность пациента к длительной упорной работе по достижению целевого уровня АД.



Несмотря на возросший в последние годы поток информации по профилактике сердечно-сосудистых болезней, подавляющее большинство пациентов продолжает ошибочно считать, что сигналом к началу лечения должен быть не сам факт повышения АД, а появление симптомов: головной боли, боли в сердце, нарушений сердечного ритма и т.д. А между тем, эти явления говорят уже о развитии осложнений гипертонии: снижении кровоснабжения головного мозга, сердца и других жизненно важных органов. Неконтролируемая АГ часто приводит к развитию острых сосудистых катастроф - инсульту, инфаркту миокарда, острым тромбозам (закупоркам) сосудов других органов и всегда - к хроническим нарушениям кровообращения в головном мозге (головная боль, головокружение, нарушения памяти, сна, настроения и т.п.), к хроническим формам ишемической болезни сердца (стенокардия, нарушения ритма, одышка и т.п.) - то есть к снижению качества жизни.

Адекватная терапия современными препаратами, по данным исследований последних лет, позволяет снизить вероятность инсульта у больного ГБ на 35-42%, острого инфаркта миокарда - на 20-25%, хронической сердечной недостаточности - на 50%.

Итак, врач определил у вас наличие гипертонической болезни. Далее, как правило, следуют рекомендации по коррекции факторов риска: отказ от курения и приема алкоголя, снижение избыточной массы

тела, физические тренировки, нормализация уровня холестерина крови, изменение характера питания (малосолевая диета с ограничением животных жиров). Подробно об этих важных немедикаментозных методах лечения АГ рассказано в предыдущих номерах журнала. Здесь же - о некоторых аспектах лекарственной терапии АГ.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

○ **1. Курсовой терапии ГБ не существует!** Прием лекарств должен быть непрерывным, продолжаться и после достижения целевого уровня АД. Меняются комбинации и дозы препаратов, но лечение проводится всю жизнь!

○ **2. Выбор препарата, доза и кратность приема в течение суток определяются индивидуально для каждого больного путем подбора.** Часто это процесс длительный, иногда - трудный и требует большого терпения от пациента и врача. В среднем подбор лекарств продолжается от 3 недель до 6 месяцев.

○ **3. В процессе длительного приема лекарств необходим периодический контроль некоторых параметров** (частота сердечных сокращений, запись ЭКГ, иногда анализы крови и т.д.). Поэтому и после завершения подбора лекарственного средства, при нормальном АД и хорошем самочувствии необходимо посещать лечащего врача не реже 1 раза в 3 месяца.

○ **4. Лечение препаратами, улучшающими мозговое кровоснабжение** (кавинтон, циннаризин, пирацетам и т.п.), показано и необходимо,

но не может считаться основным при высоком АД. Они лишь снимают симптомы болезни, не оказывая воздействия на ее механизмы. То же касается и метаболических препаратов типа АТФ, кокарбоксилазы, рибоксина, милдроната, предуктала. Улучшая обмен в сердечной мышце, они практически не влияют на происходящие в сосудах процессы.

○ **5. Подбор лекарственной терапии в условиях стационара показан только в отдельных случаях.** Более целесообразно проводить его в привычных для пациента режимах питания и психофизической активности, т.е. в поликлинике.

Больному полезно иметь сведения об основных свойствах назначаемых при ГБ препаратов.



ГРУППА ДИУРЕТИКОВ (МОЧЕГОННЫХ)

Наиболее известные в России торговые названия: **гипотиазид, арифон, индап, индапамид, верошпирон**. Назначаются как самостоятельный препарат, так и в комбинации с другими средствами. Обычный прием - 1 раз в день, утром. Действие наступает через несколько дней. В дозах, назначаемых при гипертонии, мочеотделение существенно не возрастает, восполнение потерь солей калия приемом аспаркама или панангина не требуется. Негативно влияют на течение подагры, уровень холестерина, некоторые из препаратов ухудшают течение сахарного диабета, некоторые снижают потенцию.

ГРУППА БЕТА-БЛОКАТОРОВ

Наиболее употребляемые торговые марки: **анаприлин, атенолол, эгилок, коргард, конкор, локрен, небилет, карведилол, дилатренд и др.** Очень важно соблюдение дозировки, подобранной врачом. Препараты этой группы имеют «синдром отмены»: при внезапном прекращении приема происходит ухудшение в течении заболевания, поэтому при необходимости отмены постепенно, в течение 3-14 дней, убавляют дозу. Урежение частоты сердечных сокращений до 50-55 ударов в минуту - не побочный, а закономерный эффект этой группы лекарств и сам по себе не требует изменения дозировки.

Важно знать, что суточная доза анаприлина делится на 3-4 приема, остальные назначаются 1-2 раза в сутки.

Препараты этой группы противопоказаны при бронхиальной астме, ограниченно назначаются при сахарном диабете и облитерирующих поражениях сосудов нижних конечностей.

Наиболее частые побочные явления: мышечная слабость, чувство усталости, нарушения сна. Нередко они проходят сами через 2-3 недели приема. Иногда бывают желудочно-кишечные расстройства. На потенцию новые препараты этой группы не влияют.

ИНГИБИТОРЫ АПФ

Наиболее распространенные торговые марки: **капотен, каптоприл, эналаприл, энап, эднит, берлиприл, диротон, моноприл, аккупро, престариум, инхибейс и др.**

Проводится индивидуальный подбор дозировок. Эффект каждой дозы оценивают только через 2-3 недели

ежедневного приема. Имеется «эффект первой дозы»: резкое снижение АД при первоначальном употреблении, поэтому самый первый прием препарата лучше сделать на ночь, и в дозе, составляющей половину от назначенной врачом.

Кратность приема капотена, каптоприла - 3-4 раза в сутки, для остальных препаратов этой группы - 1-2 раза в сутки.

Среди побочных эффектов - кашель, нарушение вкуса, изменения в составе крови, импотенция (не у всех препаратов).

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ

Включают несколько подгрупп, значительно отличающихся по продолжительности действия (от нескольких часов до суток) и по воздействию на параметры кровообращения (с противоритмическим действием, урежающие и учащающие пульс и т.д.). Наиболее известные торговые названия: **верапамил, изоптин, дилзем, дилтиазем, алтиазем, кардил, нифедипин, кордафен, кордипин, кордафлекс, коринфар, амлодипин, норваск, нормодипин, калчек и др.**

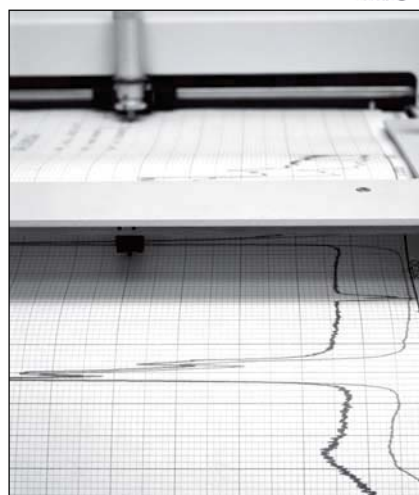
В настоящее время для лечения ГБ используются исключительно препараты длительного действия: 12-часового (в названии таких препаратов добавлено слово «ретард») и суточного действия: кордипин-XL, амлодипин, норваск, нормодипин, калчек и др.

Эффект препаратов этой группы также развивается через несколько дней приема. Некоторые представители этой группы вызывают расширение сосудов с явлениями покраснения лица, сердцебиением. Это не опасно, но иногда достаточно неприятно и вызывает необходимость замены. Препараты этой группы особенно желательны при бронхообструктивных заболеваниях, болезнях почек и в других ситуациях.

ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

«Старая генерация» этой группы - **клофелин, допегит**. Сейчас клофелин применяется только как препарат неотложной помощи. Для длительной терапии он не годится ввиду очень короткого действия (требует 6-8 приемов в сутки) с развитием тяжелого синдрома отмены и формированием лекарственной зависимости.

«Новое поколение» этой группы - **альбарел**. Он не имеет вышеуказанных негативных эффектов и принима-



ется 1 раз в сутки, имеет минимум противопоказаний к назначению.

Есть еще две группы гипотензивных препаратов, назначаемые реже описанных выше. Это антагонисты АТ-II (**диован, валсартан, апровель и др.**) и альфа-блокаторы (**празозин, доксазозин, тонокардин, кардура, магурол и др.**). Они также обладают высоким эффектом и действуют в течение суток.

Вовсе не факт, что снижение уровня артериального давления сразу приведет к улучшению самочувствия: нарушение кровоснабжения мозга, сердца и т.д. восстанавливается медленно. Кроме того, головная боль, головокружение, нарушение сердечного ритма и т.д. могут быть следствием осложнений ГБ или самостоятельных поражений головного мозга, сердца и требуют назначения других препаратов. Задачи гипотензивной терапии значительно шире, чем просто устранение симптомов болезни и повышение качества жизни. Это: уменьшение числа гипертонических кризов, снижение риска сосудистых катастроф и увеличение продолжительности жизни.

Цель лечения - достижение уровня артериального давления ниже 140/90 мм рт.ст., а при сопутствующем сахарном диабете и нарушении функции почек - ниже 130/80 мм рт.ст. Практика показывает, что лишь у 3-5% пациентов при правильном лечении не удается достичь желаемых результатов.

Не знать о наличии у Вас повышенного артериального давления - неграмотно. Знать и не лечиться - некультурно.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Ольга Михайловна Тырышкина, заместитель главного врача по консультативно-диагностической деятельности охраны материнства и детства, КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

В настоящее время основным методом коррекции и профилактики климактерических расстройств и их осложнений является заместительная гормональная терапия (ЗГТ) различными аналогами половых гормонов - эстрогенов и прогестагенов. Эти препараты достаточно быстро оказывают положительный эффект и устраняют большую часть симптомов климактерия.

Однако назначение ЗГТ ограничено рядом медицинских противопоказаний. Кроме того, не все женщины соглашаются на прием гормонов по тем или иным причинам. Для этой группы пациентов в арсенале врача имеется ряд других, так называемых альтернативных, средств и методов лечения, которые помогут пациентке справиться с болезнью. К ним относятся - фитогормоны, гомеопати-

ческие средства, медикаментозная негормональная терапия, плазмаферез, физкультура, водные процедуры, рациональное питание, антиоксиданты, витамины и биологически активные добавки.

Назначение негормональных препаратов позволяет организму справиться с дезадаптацией, наступившей вследствие снижения или прекращения функции яичников. Большинство альтернативных методов лечения (физкультура, рациональное питание) должны быть фоном заместительной гормональной или фитотерапии, сочетаться друг с другом или назначаться как самостоятельные методы лечения. Часто бывает вполне достаточно сочетания двух-трех альтернативных видов лечения, особенно при легком и среднетяжелом течении климактерического синдрома (КС).

С давних времен для лечения женских болезней использовался воронец кистевидный, или клопогон кистевидный. Активные вещества растения действуют на центральную нервную систему, половые органы, сердце. **Воронец** принадлежит к растениям с явно выраженным гормональным действием: обладает эстрогеноподобным действием и избирательно действует на переднюю долю гипофиза. Препараты клопогона назначают при дисменорее для восстановления нормального менструального цикла, при бесплодии.

Экстракт корневищ клопогона является основным действующим веществом препарата *климадинон*, который применяется для лечения КС в перименопаузе. Климадинон рекомендуется для лечения ранних проявлений КС, в том числе при сохраненном менструальном цикле, при наличии противопоказаний к ЗГТ, при отказе женщины от гормональной терапии, при наличии пролиферативных изменений в молочных железах и гиперплазии эндометрия.

Препарат назначается по 30 капель два раза в день или по одной таблетке два раза в день. При отсутствии медицинского наблюдения препарат рекомендуется принимать не более 6 месяцев. Противопоказания к назначению экстракта - повышенная чувствительность и непереносимость его компонентов. Кроме того, не рекомендуется назначать климадинон во время беременности и лактации, а также пациенткам, получающим лечение или лечившим-

Основными проявлениями климактерического синдрома, особенно в период перименопаузы, являются так называемые ранние симптомы: приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, гипотония или гипертензия, учащенное сердцебиение, раздражительность, сонливость, слабость, депрессия, забывчивость, невнимательность и т.д. В ряде случаев эти проявления могут приводить к снижению или потере трудоспособности, ухудшению самочувствия и общего состояния, что требует врачебного вмешательства.



ся по поводу эстрогензависимых опухолей любой локализации. При приеме климадинона побочные эффекты возможны, но крайне редки. Могут отмечаться временные боли в области желудка, аллергические реакции на компоненты препарата.

Для лечения депрессивных, психоэмоциональных расстройств, которые характерны для периода перименопаузы, в народной медицине используются настои, настойки, отвары травы боярышника, корня валерианы, цветки календулы и шалфей. Возможно применение различных сборов, например, цветков бузины, травы гречихника, плодов аниса, травы фиалки трехцветной, корня тальника, коры крушины, корня солодки, цветков календулы, просвирика. Показаны также медицинские препараты белладонны и спорыньи (беллатаминал и беллоид), новопассит.

Накоплен опыт применения препарата гелариум гиперикум, обладающего выраженным антидепрессивным действием. Основным компонентом является экстракт травы зверобоя продырявленного (кровяная трава, жесткое сено, трава Иисусовых ран, раневая трава). На Руси зверобой не без оснований считался лекарством от 99 болезней. Зверобой более эффективен при депрессиях психогенной природы, т.е. при реактивных состояниях. При лечении травой зверобоя вначале проявляется его успокаивающее действие, а затем улучшается настроение. Действие появляется позднее на две-три недели, чем при приеме синтетических средств, но зверобой практически не имеет противопоказаний, а побочные реакции крайне редки. При достаточной длительности лечения (2-3 мес.) рецидивы возникают не чаще, чем при лечении самыми современными психофармакологическими средствами. Также зверобой может купировать приступы мигрени, гипертонической болезни и другие патологические состояния.

Показаниями к назначению гелариума являются маскированные (скрытые) и сезонные депрессии, депрессии периода менопаузы, предменструальный синдром, психовегетативные расстройства (сниже-

ние настроения, апатия), невротические реакции, синдром хронической усталости, различные нарушения сна. Гелариум повышает настроение, психическую и эмоциональную устойчивость, снимает напряжение и страх, нормализует работоспособность, аппетит и сон, не оказывая при этом седативного действия. Гелариум гиперикум принимается по 1 драже три раза в день во время еды, курс лечения должен составлять не менее четырех недель. Побочные эффекты возможны, но они крайне редки и исчезают после отмены препарата. Из описанных реакций встречаются кожные аллергические реакции, диспептические явления, усталость, беспокоество. У лиц с установленной гиперчувствительностью к свету, и особенно у людей со светлой кожей, возможна фотосенсибилизация.

Применение гелариума противопоказано детям до 12 лет, пациентам, имеющим индивидуальную повышенную чувствительность к компонентам препарата, а также ВИЧ-положительным пациентам, проходящим лечение препаратами, ингибирующими протеазу. Во время приема препарата следует избегать интенсивного воздействия УФ (продолжительные солнечные ванны, УФ-лампы, солярий). Гелариум гиперикум не следует использовать во время беременности и лактации.

Для лечения нарушений менструального цикла, предменструального синдрома, мастопатии и некоторых других состояний назначается препарат растительного происхождения мастодинон, в состав которого входят прутняк, стеблелист василистниковидный, фиалка альпийская, грудешник горький, касатик разноцветный, лилия тигровая, а также фиалка альпийская и грудешник горький. Показаниями для назначения мастодинона являются фиброзно-кистозная мастопатия, нарушения менструального цикла, бесплодие, связанное с недостаточностью желтого тела, а также предменструальный синдром, проявляющийся мастодинией, нагрубанием молочных желез, психической лабильностью, отеками, мигренью, кишечными расстройствами. Мастодинон нормализует уро-

вень гонадотропных гормонов, восстанавливает баланс между эстрогенами и прогестероном.

При применении мастодинона возможны аллергические реакции, в очень редких случаях - боли в желудке, тошнота, небольшое увеличение веса, экзантемы, угри и головные боли. Во время приема препаратов, содержащих прутняк, в крайне редких случаях может возникнуть временное психомоторное возбуждение, спутанность сознания и галлюцинации. Препарат не используют при лечении злокачественных заболеваний молочных желез, во время беременности и лактации. Противопоказаниями к назначению мастодинона является повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Мастодинон принимают по 30 капель с небольшим количеством жидкости утром и вечером, курс лечения должен составлять не менее 3 мес., без перерыва во время менструации.

Преимуществами при лечении растительными и гомеопатическими средствами являются высокое качество препаратов, хорошая переносимость, эффективность, сравнимая с современными химиопрепаратами, практически отсутствие побочных эффектов и противопоказаний. Растительные и гомеопатические препараты являются альтернативой медикаментозной терапии, возможно их сочетание с лекарственными средствами, длительное лечение, применение взрослыми в различных возрастных периодах (исключать или применять с осторожностью при беременности).

Несмотря на все положительные качества фитотерапии, ее проведение требует наблюдения, консультирования и обследования у врача-гинеколога. Перед назначением препарата следует тщательно собрать анамнез, произвести ультразвуковое и цитологическое обследование, маммографию, при необходимости - другие методы исследования.

Дорогие женщины! Помните и заботьтесь о своем здоровье! В алтайском краевом Диагностическом центре вы сможете пройти полное обследование и получить квалифицированные рекомендации по лечению и профилактике гинекологических заболеваний.

ДИСКИНЕЗИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



Ирина Леонидовна Маркина, к.м.н., врач высшей категории, доцент кафедры факультетской терапии, заведующая отделом ординатуры, аспирантуры АГМУ

Патология билиарного тракта является актуальной для современной медицины проблемой. Так, согласно данным научного прогнозирования, **заболеваемость болезнями пищеварительной системы в ближайшие 15-20 лет возрастет в мире, по крайней мере, на 30-50%** за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы. Данные тенденции характерны и для патологии желчевыводящей системы. Значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами, в связи с частой ее выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте и высокими показателями временной и стойкой нетрудоспособности.

Ранняя диагностика и лечение патологии желчевыводящей системы имеет большое клиническое значение из-за возможности **трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системе в органическую патологию - в хронический холецистит и желчнокаменную болезнь**, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки) и возникновением тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации.

Клинический симптомокомплекс, связанный с расстройствами сократительной функции желчного пузыря, желчных протоков, сфинктеров или их тонуса, без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования) называют **дисфункциональным расстройством билиарного тракта**. Данные симптомы могут быть постоянными или возникать периодически

ки. Однако функциональная патология ЖВП может развиваться и вторично в результате органической патологии печени, системы желчевыделения, двенадцатиперстной кишки, желудка, толстого кишечника и других органов.

В связи с этим принято различать: первичные и вторичные дисфункциональные расстройства. Независимо от данного разделения **все функциональные расстройства ЖВП имеют в своей основе моторные расстройства билиарного тракта - дискинезию**.

В зависимости от ведущих клинических проявлений дисфункциональные расстройства билиарного тракта подразделяются на два типа:

- 1) дисфункция желчного пузыря;
- 2) дисфункция сфинктера Одди.

Особенности дисфункции желчного пузыря по гиперкинетическому типу

Болевые приступы возникают часто в связи с сильными эмоциями, стрессами и другими нервно-психическими моментами, на фоне дизэнцефального синдрома, выраженных вегетативных нарушений, реже - при значительной физической нагрузке с повышением внутрибрюшного давления.

Периодически на фоне полного здоровья, чаще в связи с сильными психоэмоциональными факторами, возникает *желчная колика*, т.е. схваткообразные боли средней и малой интенсивности, длительностью несколько минут, купируются такие боли самостоятельно или на фоне спазмолитиков. Желчная колика при дискинезии отличается

от колики при желчнокаменной болезни. При дисфункции боли менее интенсивные, кратковременные, без иррадиации, возникают чаще в связи с отрицательными эмоциями, отсутствует желтуха, повышение температуры тела, часто сопутствующие желчной колике при желчнокаменной болезни. В промежутке между приступами колик больные не испытывают боли, иногда ощущают чувство тяжести, распирающая в правом подреберье. Больные эмоционально лабильны, легко возбудимы, отличаются повышенной раздражительностью, часто без видимых причин наблюдается кратковременное покраснение кожных покровов, потливость. Больные чаще имеют астеническое телосложение, стойкий красный дермографизм (покраснение кожи).

При пальпации отмечается болезненность в области желчного пузыря, край печени - у реберной дуги, ровный, безболезненный. Симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи - отрицательные (болезненность при ощупывании и поколачивании в области печени и желчного пузыря по особым диагностическим методикам). Клинические и биохимические показатели крови не отличаются от показателей у здоровых лиц. Дополнительные методы обследования (УЗИ, рентген) выявляют овоидной формы гомогенный желчный пузырь, с четкими контурами, без включений, уменьшенный в объеме. После желчегонного завтрака пузырь уменьшается в объеме на 1/2-2/3.

Особенности дисфункции желчного пузыря по гипокINETическому типу

Основным клиническим проявлением гипокINETической дисфункции желч-

ного пузыря является характерный *боле-вой синдром, чаще дистензионного (вследствие растяжения) характера*. Беспокоит *чувство распираания*, продолжающееся 20 минут и более, иногда - постоянные, длительные, тупые, ноющие, периодически усиливающиеся, неинтенсивные, умеренные, реже - выраженные *болевые ощущения в правом подреберье*. Боли чаще без иррадиации, реже отмечается иррадиация боли в спину или правую лопатку. Характерна связь с приемом пищи (усиление) и уменьшение ее после дуоденального зондирования, «слепых» зондирований, приема холецистокинетических средств. Возникновение боли возможно ночью и связано с переполнением желчью желчного пузыря и растяжением его стенки в связи со слабым тонусом гладкой мускулатуры желчного пузыря, снижением сократительной способности его как в межпищеварительный период, так и после приема пищи. Кроме того, больных *беспокоят диспепсические явления*: ухудшение аппетита, отрыжка воздухом, пищей, тошнота, запоры атонического характера. После обильной жирной пищи иногда возникает понос в результате поступления в кишечник большого количества концентрированной несвоевременно выделившейся желчи. При осмотре обращает на себя внимание флегматичность больных с признаками нарушения жирового обмена, избыточной массой тела.

Температура нормальная, живот не вздут. При пальпации отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. При значительном растяжении пузыря может пальпироваться. Край печени у реберной дуги, ровный безболезненный. Симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи, Захарьина - отрицательные. Клинические и биохимические показатели крови в пределах нормы. При проведении дополнительных методов исследования обращает на себя внимание увеличение желчного пузыря в объеме, грушевидная форма пузыря, гипокинезия. После желчегонного завтрака пузырь сокращается менее чем на 1/3 первоначального объема.

Лечебное питание

Общими принципами диеты являются: режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5-6-разовое питание), что способствует нормализации давления в двенадцатиперстной кишке и регулирует опорожнение пузыря и протоковой системы. Из рациона исключаются алкогольные напитки, газированная вода, копченые, жирные и жареные блюда и приправы в связи с тем, что они могут вызвать спазм сфинктера Одди. *При гипертонической дисфункции для уменьше-*

ния тонуса гладкой мускулатуры показано применение продуктов, содержащих магний (гречневая крупа, пшеничные отруби, пшено, белокочанная и другие виды капусты). Не рекомендуется пациентам с патологией желчевыводящих путей употребление животных жиров (кроме сливочного масла), яичных желтков, сдобы, орехов, кремов.

При гипотонии желчного пузыря больные хорошо переносят некрепкие мясные бульоны, сливки, сметану, растительные масла и яйца всмятку. Растительное масло назначают по чайной ложке 2-3 раза в день за 30 минут до еды в течение 2-3 недель. Для предотвращения запоров рекомендуются блюда, способствующие опорожнению кишечника (морковь, тыква, кабачки, зелень, арбузы, дыни, чернослив, курага, груши, мед). В пищевой рацион следует добавлять пищевые волокна в виде продуктов растительного происхождения или пищевых добавок (отруби и др.). Овощи, фрукты, травы лучше использовать термически обработанными (отварные, запеченные).



Лекарственная терапия

В настоящее время при дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди наиболее показано применение эффективного селективного миотропного спазмолитика – *мебеверина гидрохлорида* (дюспаталина). Назначается дюспаталин по 200 мг два раза в сутки за 20 минут до еды. При отсутствии данного препарата возможно кратковременное применение комбинированных лекарственных средств, содержащих анальгетики и неселективные спазмолитики – *баралгин, спазган, спазмалгин* и др. При лечении гиподисфункции желчного пузыря основными препаратами следует считать препараты, усиливающие моторику последнего:

А) холеретики:

- препараты, содержащие желчь или желчные кислоты (аллохол, дегидрохолевая кислота, холензим, лиобил)
- синтетические препараты (оксафенамид, никодин, циквалон);
- препараты растительного происхождения (фламин, холагогум, гепабене, хепель, гепатофальк-планта и др.)



Б) холекинетики

○ домперидон, холецистокинин, сульфат магния, оливковое масло, сорбит, ксилит, холосас.

Обязательно больным с гипокинезией использовать *ферментные препараты*, лучше содержащие желчные кислоты (фестал, дигестал), но также эффективны креон, панзинорм, панцитрат, мезим-форте и другие.

Фитотерапия

При гиперкинетической форме дисфункции показано применение холосаса по 1 ч.л. 2-3 раза в день за 30 минут до еды, настой кукурузных рылец по 1-2 ст.л. через 3 часа, настойку из листьев барбариса амурского по 15-20 капель 2-3 раза в день за 15 минут до еды. **Кроме того, при гипертонической форме показаны сборы:**

1. Трава лапчатки гусиной 30,0; трава чистотела 30,0; листья мяты перечной 30,0. Отвар принимают по 2-3 ст.л. за 30 минут до еды.

2. Листья вахты трехлистной 30,0; трава полыни горькой 30,0; листья мяты перечной 30,0. Отвар принимают по 2-3 ст.л. за 30 минут до еды.

При гипокинетической форме дисфункции желчного пузыря назначают холецистокинетические желчегонные средства (бессмертник), препараты обшетонизирующего действия (женьшень, лимонник китайский). Экстракт бессмертника сухой назначают по 1 г 3 раза в день курсами по 2-3 недели с 5-7-дневными перерывами. Настой цветков бессмертника песчаного 10,0-15,0:200,0 принимают за 30 минут до еды по следующей схеме:

- 1 день – 1/3 стакана;
- 2 день – 1/3 стакана 2 раза;
- 3 день – 1/3 стакана 3 раза;
- 4 день – 1/2 стакана 3 раза;
- 5 день – 1/2 стакана 2 раза;
- 6 день – 1/2 стакана 1 раз.

Курс повторяют через неделю.

А как в аптеке?

Алексей Николаевич Уланов, кандидат медицинских наук, доцент, директор ГУЗ «Краевой справочно-информационный фармацевтический центр»



Как правило, после посещения врача возникает необходимость приобретения рекомендованных лекарственных препаратов. И вот пациент направляется в аптеку.

В сообщении, изложенном ниже, содержится краткая характеристика состояния аптечной сети Алтайского края.

В настоящее время на территории Алтайского края реализацией медицинских препаратов занимаются **1150 предприятий**, из них 1111 - осуществляют розничную торговлю, а 39 - оптовую.

Аптечные предприятия края представлены **297 аптеками, 716 аптечными пунктами и 98 аптечными киосками**. При этом общее количество точек, занимающихся розничной торговлей, на начало второго полугодия 2004 года относительно соответствующего периода прошлого года уменьшилось на 358 и, объясняется это, прежде всего, вступлением в действие нового, более жесткого Отраслевого стандарта «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения», утвержденного приказом Минздрава РФ №80 от 04.03.2003г. Произошло это уменьшение в основном за счет сокращения количества предприятий мелкорозничной сети (аптечные пункты и киоски) в сельской местности из-за несоответствия требованиям нового стандарта.

Среди работающих в крае аптек **67%** являются государственными или

муниципальными, а среди аптечных пунктов, самых многочисленных организаций розничной торговли лекарствами, у большинства (**77%**) владельцами являются коммерческие предприятия и частные лица.

Кроме реализации готовых лекарственных препаратов, часть аптек края занимаются приготовлением лекарственных форм по рецептам или требованиям врачей. Так как процесс изготовления лекарственных препаратов в аптеке трудоемок и затратен, идет сокращение этого вида деятельности. Если в 2001 году аптек, занимающихся производством, насчитывалось 151, то в 2004 году - только 106 (сокращение на 36%). При этом 98% аптек, осуществляющих изготовление лекарственных форм, являются государственными или муниципальными, частные аптеки практически не участвуют в реализации данной социальной функции.

На начало 2004 года в аптечных предприятиях края работало 1659 специалистов - 717 провизоров (43%) и 942 фармацевта (57%), почти 40% работников фармацевтических предприятий имеют квалификационную категорию, а 60% - сертификат специалиста.

Ассортимент лекарственных препаратов в аптеках края составляет 12-13 тысяч наименований. Доля отечественных медикаментов составляет 41%, импортные препараты представлены шире - 59%.

Сравнительная оценка цен на лекарственные препараты показывает, что относительно других территорий Сибирского федерального округа (Омская и Кемеровская области, Красноярский край) стоимость медикаментов в крае в среднем ниже на 3-5%. За первое полугодие 2004г. удорожание лекарств в крае составило в среднем 4,5%, но в то же время цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства за этот период не изменялись.

Необходимо отметить, что *стоимость препаратов* в конкретном аптечном предприятии во многом определяется уровнем конкуренции, который, в первую очередь, зависит от количества торговых точек в районе города или населенном пункте.

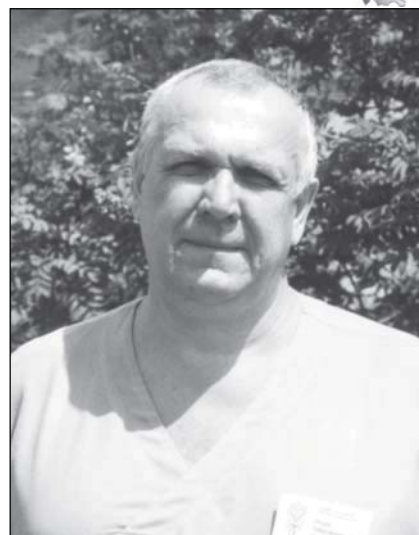
Ассортимент лекарственных препаратов в большинстве случаев в городских аптеках шире, чем в сельских, но в то же время многие аптечные предприятия края поставляют необходимые медикаменты в течение 2-3 дней, а в городе - и на следующий день под заказ.

Таким образом, в крае существует разветвленная сеть аптечных учреждений, в которых работают квалифицированные специалисты, предлагающие широкий ассортимент современных лекарственных препаратов. Вместе с тем сокращение аптечных учреждений в сельской местности снижает доступность медикаментов для сельских жителей и приводит к росту их цен.

Жизнь с новым тазобедренным суставом



**Игорь Тимофеевич ДЕЕВ, заведующий
травмотологическим отделением
МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул**



Постоянная боль в вашем тазобедренном суставе, возникшая после травмы или заболевания сустава, в последнее время стала нестерпимой... Трудно вспомнить хоть один день, когда вы ее не ощущали. Все испытанные средства, снимавшие боль раньше, сейчас дают лишь кратковременный эффект. Движения в суставе стали ограниченными, болезненными. Вы стали замечать, что ногу невозможно полностью выпрямить, она стала короче... Лечащий врач поликлиники менее оптимистичен в прогнозах, на настойчивые требования надежно избавить вас от болей он отвечает или молчанием, или плохо скрываемым раздражением... Что делать?

Мы не ставим своей задачей испугать вас, ввергнуть в панику. Наоборот, попробуем помочь правильно выбрать путь для выздоровления.

Все попытки надежно избавить от боли с помощью консервативных методов лечения оказались безуспешными. Но даже мысль о возможности оперативного лечения кажется вам ужасной. Более того, о результатах операций вы слышите самые разнообразные, порой противоречивые и пугающие мнения...

В больном суставе пораженный хрящ истончен, имеет дефекты и больше не выполняет роль своеобразной «прокладки». Измененные болезнью суставные поверхности трутся друг о друга при движениях, перестают скользить и приобретают поверхность как у наждачной бумаги. Деформированная головка бедра с большим трудом поворачивается в вертлужной впадине, вызывая при каждом движении боль. Вскоре, стремясь избавиться от боли, больной начина

ет ограничивать движения в суставе. Это, в свою очередь, ведет к ослаблению окружающих мышц, «сморщиванию» связок, еще большему ограничению подвижности. Через некоторое время за счет «сминания» ослабленной кости головки бедра происходит из-

менение ее формы, появляется укорочение ноги. Вокруг сустава образуются костные разрастания (так называемые «шипы» или «шпоры»).

Что же за операции применяют при тяжелом разрушении сустава? **Самой простой, надежной, но не самой лучшей операцией является удаление сустава (резекция) с последующим созданием неподвижности в месте бывшего подвижного сочленения (артродезирование).** Безусловно, лишив человека подвижности в тазобедренном суставе, мы создаем ему много проблем в повседневной жизни. К новым условиям начинают приспосабливаться таз, позвоночник, что порой приводит к появлению болей теперь уже в спине, пояснице, коленных суставах.

Иногда применяют операции на мышцах и сухожилиях, пересекая которые, уменьшают давление на суставные поверхности и, тем самым, несколько уменьшают боль. Некоторые хирурги используют корригирующие операции для того, чтобы развернуть смятую головку, тем самым они добиваются перемещения нагрузки на неповрежденные участки. Но все эти вмешательства приводят к кратковременному эффекту, лишь на некоторое время уменьшая боль.

Радикально прервать всю эту цепь болезненных процессов может лишь операция по полной замене больного сустава. Для этого хирург-ортопед использует эн-

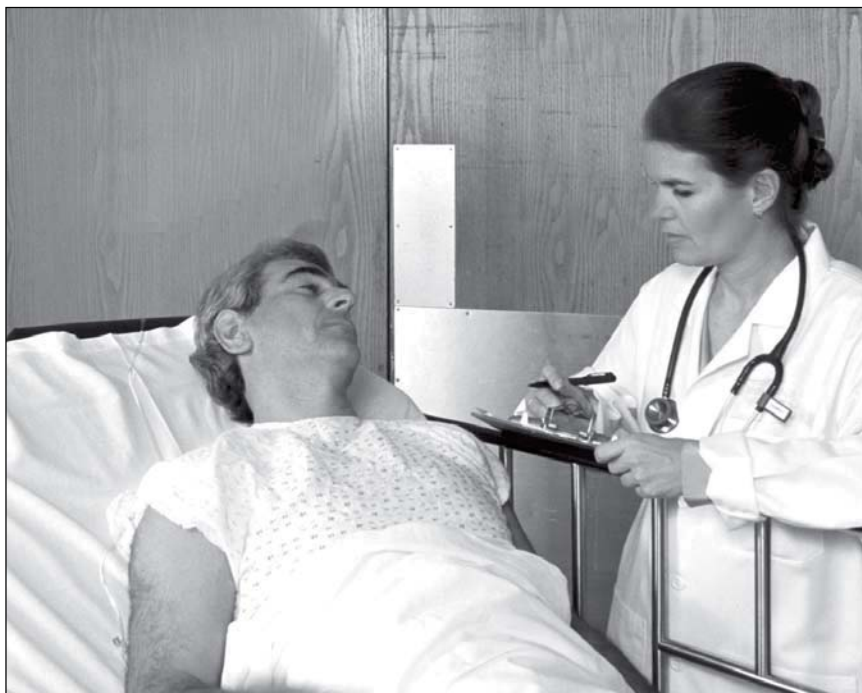
Чтобы лучше разобраться в возможных операциях, попробуем представить себе анатомию тазобедренного сустава. Итак, тазобедренный сустав - шаровой шарнирный сустав в месте соединения бедра с костями таза. Он окружен хрящами, мышцами, связками, которые позволяют ему двигаться свободно и безболезненно. В здоровом суставе гладкий хрящ покрывает головку бедренной кости и вертлужную впадину тазового отдела сустава. С помощью окружающих мышц вы не только можете удерживать свой вес при опоре на ногу, но и двигаться. При этом головка легко скользит внутри вертлужной впадины.

◀ допротез тазобедренного сустава (искусственный сустав). Как и настоящий сустав, эндопротез имеет шаровидную головку и имитацию вертлужной впадины («чашку»), соединяющиеся между собой и образующие гладкое сочленение с идеальным скольжением. Шаровидная головка, часто металлическая или керамическая, заменяет головку бедра, а чашка, часто пластиковая, заменяет поврежденную вертлужную впадину тазовой кости. Ножка искусственного сустава внедряется в бедренную кость и надежно в ней фиксируется.

Все части искусственного сустава имеют полированные поверхности для идеального скольжения в процессе вашей ходьбы и любых движений ног.

Безусловно, искусственный сустав - это инородное для вашего организма тело, поэтому есть определенный риск возникновения воспаления после операции. Для его снижения необходимо вылечить:

- больные зубы;
- гнойничковые заболевания кожи, мелкие раны, ссадины, гнойные заболевания ногтей;
- очаги хронической инфекции и хронические воспалительные заболевания, если они у вас есть, следить за их предупреждением.



Еще раз напоминаем, что искусственный сустав - это не нормальный сустав! Но, зачастую, иметь такой сустав может быть намного лучше, чем свой, но больной!

В настоящее время качество искусственных суставов, техника их установки достигли совершенства и позволили снизить риск различных послеоперационных осложнений до 0,8-1 процента. Но, несмотря на это, всегда возможны те или иные осложнения, связанные с уже описанным воспалением тканей вокруг сустава или с ранним расшатыванием элементов эндопротеза. Точное соблюдение рекомендаций врача позволит снизить вероятность таких осложнений до минимума. В то же время трудно требовать от хирурга стопроцентных гарантий идеальной работы имплантируемого сустава, так как его функция зависит от целого ряда причин, например, от запущенности заболевания, состояния костной ткани в месте предполагаемой операции, сопутствующих заболеваний, проводимого ранее лечения.

Обычно срок службы эндопротеза составляет 10-15 лет. У 60 процентов больных он достигает 20 лет. В последние годы появилось новое поколение искусственных суставов (с так называемой парой трения металл-металл), расчетный срок жизни которых должен достигнуть 25-30 лет. Именно «расчетный срок жизни», так как сроки наблюдения за этими суставами в массе своей пока не превышают 5-6 лет.

Существует множество различных конструкций эндопротезов тазобедренного сустава, но правильный выбор сустава, необходимого именно вам, сможет сделать лишь травматолог-ортопед, занимающийся этой проблемой.

Итак, мы постарались откровенно рассказать о проблеме замены больного сустава на искусственный. Окончательный выбор остается за вами. Но пусть вас успокаивает тот факт, что ежегодно более 200 тысяч пациентов во всем мире делают свой выбор в пользу операции эндопротезирования.

В городской больнице №1 г.Барнаула проводится эндопротезирование больным с поражением тазобедренного сустава. Консультации проводит зав. травматологическим отделением Игорь Тимофеевич Деев.

Справки по тел. 24-16-36



ОТДЕЛЕНИЕ УРОЛОГИИ: проблемы решаемы!

**Александр Владимирович Мазырко, заведующий
отделением урологии МУЗ «Железнодорожная больница»,
г.Барнаул, кандидат медицинских наук**



Отделение урологии железнодорожной больницы, которым я имею честь руководить с 1992 года, - одно из старейших урологических отделений на Алтае. Оно было открыто в 1957 году и сразу же стало клинической базой Алтайского государственного медицинского института. Здесь долгие годы работала и возглавляла курс урологии Валентина Михайловна Борисова-Храменко. Этот курс существовал при кафедре факультетской хирургии, которая также находилась на базе железнодорожной больницы. В 1971 году курс урологии был переведен на базу больницы Шинного завода, а затем, в 1977 году, - в МСЧ Моторного завода.

С 1992 года урологическое отделение железнодорожной больницы вновь является второй клинической базой кафедры урологии и нефрологии АГМУ. Отделение развернуто на 40 коек, в нем работают четверо врачей. Все они - выпускники Алтайского государственного медицинского университета. Это грамотные, высококвалифицированные специалисты, все они, будучи практическими врачами, успешно защитили кандидатские диссертации под руководством д.м.н., профессора **А.И. Неймарка**, который постоянно консультирует наших больных и оперирует наиболее сложные случаи.

В отделении успешно внедряются и применяются современные методы обследования и лечения урологических больных. У нас были впервые на Алтае применены такие современные технологии, как контактное дробление камней мочеочника и мочевого пузыря, трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы (аденомы простаты).

Разработаны и успешно внедрены новые подходы к лечению

таких распространенных заболеваний, как хронический цистит, хронический простатит, хронический уретрит. В лечении этих заболеваний наряду с традиционными методами применяются методики гипербарической оксигенации, магнито- и лазеротерапии, что позволяет добиться успеха у многих, казалось бы, безнадежных, больных.

Широко применяются эндоскопические методики - трансуретральная резекция опухолей мочевого пузыря, стриктур уретры, баллонная дилатация стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента.

Среди множества проблем урогинекологии **первое место сегодня занимает недержание мочи**, являющееся болезнью, от которой, к счастью, не умирают, но которая приносит тяжелые страдания пациенткам и существенно снижает качество жизни во всех возрастных группах. Частота этой патологии чрезвычайно высока - **от 38,6 до 68%** в возрастной группе старше 55 лет.

В связи с увеличением продолжительности жизни женщин в ближайшее время ожидается



увеличение не менее чем вдвое числа пациенток, страдающих от урогенитальных расстройств. Это связано с заметным старением населения и увеличением в общей популяции числа женщин старше 45 лет, то есть тех, кто относится к перименопаузальному периоду или уже находится в постменопаузе.

Увеличивается число больных, обращающихся за медицинской помощью в связи с недержанием мочи, императивными расстройствами мочеиспускания. Возможности адекватной диагностики данных состояний недостаточны даже в крупных медицинских учреждениях из-за отсутствия, прежде всего, хорошо подготовленных кадров и необходимой аппаратуры для уродинамических исследований, что приводит к попыткам хирургического лечения больных с императивными расстройствами мочеиспускания, усугубляющими их состояние. Отсутствие дифференцированного подхода привело к тому, что каждая шестая больная с недержанием мочи оперируется зря!

Обсуждение проблем урогинекологии особенно актуально на современном этапе развития оперативной гинекологии, характеризующемся широким внедрением в клиническую практику высоких технологий, развитием эндохирургической техники, расширением возможностей заместительной гормонотерапии для коррекции и профилактики эстрогендефицитных состояний. В связи с этим возникает настоятельная необходимость разработки рациональных хирургических технологий при урогинекологической патологии и профилактики травм мочевыводящих путей при гинекологических и акушерских операциях, лапароскопии.



Наиболее частыми причинами обширных повреждений женской уретры, мочевого пузыря и мочеточников являются гинекологические операции (чаще всего гистерэктомии и кольпоррафии). Поэтому гинекологи не могут быть в стороне от проблем, связанных с лечением урогенитальных свищей. Травмы мочеточников в акушерско-гинекологической хирургии всегда драматичны. Несмотря на совершенствование техники гинекологических операций, частота повреждений мочеточников остается постоянной – 1-5% при выполнении операций по поводу доброкачественных опухолей гениталий, злокачественных образований.

Не менее важной проблемой являются урогенитальные свищи различной локализации.

Высокий уровень оказания урогинекологической медицинской помощи возможен только в специализированных центрах, оснащенных современным диагностическим оборудованием ведущих зарубежных и отечественных фирм, позволяющим производить широкий спектр исследований, диагностических и хирургических манипуляций.

Именно поэтому с 2000 года одним из направлений работы отделения стали вопросы урогинекологической помощи, а с 2002 года на базе отделения развернут краевой урогинекологический центр. Здесь лечатся больные, страдающие императивным и стрессовым недержанием мочи, воспалениями мочевого пузыря, пузырно-влагалищными и мочеточниково-влагалищными свищами, стриктурами мочеточника. Внедрены и успешно применяются методики малоинвазивных вмешательств при стрессовом недержании мочи.





Не навреди...

**Виктор Алексеевич Беседин, врач-рентгенолог,
Алтайская краевая клиническая детская больница**

Основная заповедь врача совершенно неожиданно прозвучала из уст нашего сокурсника, врача-рентгенолога Краевой детской больницы Виктора Беседина. Подумалось: как важно, чтобы человек вдумчиво и творчески подходил к своему делу. Кажется: рентгенологические исследования - какое может быть творчество? Ан нет...

По мнению специалистов-рентгенологов, одна из первоочередных задач при проведении рентгенологических исследований, особенно детям раннего возраста, - снижение лучевой нагрузки на пациента.

Методы снижения лучевой нагрузки при рентгенологических исследованиях схематично можно разделить на две группы:

1. техническая оснащенность рентгенкабинета;
2. профессионализм сотрудников как на этапах получения результатов, так и на этапах их интерпретации и организации работы.

В первой группе обращаем ваше внимание на следующие вопросы.

1. Какой установлен рентгеновский аппарат, и насколько он технически современен? Оснащен ли он системой цифровой обработки?

Приведем пример из опыта работы нашего отделения при исследовании желудочно-кишечного тракта по методике зондовой рентгеногастрографии у детей раннего возраста. **Сравним два варианта этого исследования:** а) с применением обычной рентгенографии; б) с применением цифровой обработки

изображения (получение твердых копий на видеопечатающем устройстве или экране монитора вместо прицельных рентгенограмм).

Рентгеноскопия присутствует при обеих модификациях данного исследования, однако во втором случае значение тока меньше в 100-200 раз, выдержка - больше в 16 раз. Лучевая нагрузка снижена примерно в 5-10 раз на одну твердую копию, но при этом и качество полученного изображения снижается. Поэтому мы вынуждены применять комбинирование методик, что хотя и приводит к уменьшению лучевых нагрузок, но не так ощутимо, как в экспериментальном варианте. Реальное снижение лучевых нагрузок при применении методов цифровой обработки изображения происходит в пределах от 1,5 до 3 раз (в среднем - в два раза).

2. На каких режимах проводятся исследования? Применение выдержек порядка 0,05 секунды устраняет вероятность появления динамической нерезкости, а стабильная работа аппарата приводит к стабильным результатам.

3. Наличие полного комплекта защиты и приспособлений для фиксации уменьшает дефекты укладок и позволяет исключить присутствие дополнительных людей в процедурной рентгенкабинета.

4. Какими усиливающими экранами укомплектованы кассеты и какую рентген-пленку применяют в работе? В настоящее время имеется обоснованная тенденция перехода с синечувствительных систем (экра-

ны-пленка) на зеленочувствительные системы. В нашем отделении замена синечувствительных усиливающих экранов ЭУ-ВЗА на универсальные (сине-зеленочувствительные) экраны в сочетании с зеленочувствительной пленкой (RETINA, РЕНЕКС) привела к уменьшению режимов при рентгенографии в среднем в два-три раза.

5. Как оснащена фотолаборатория, и как готовятся растворы, стабильность температурных режимов? Значение этих факторов при обработке рентген-пленок трудно переоценить.

Во второй группе - вопросы, не менее значимые, но в большей степени зависящие от квалификации сотрудников рентгенкабинета, начиная с того, как оформляются заявки и как готовятся пациенты. Знание укладок и принципов защиты, подбор необходимых методик исследований и оптимизация их проведения и т.д. позволяют значительно снижать лучевые нагрузки на пациентов и сотрудников.

Снижение лучевой нагрузки на пациентов является непосредственной обязанностью сотрудников рентген-отделений. Достигнуть оптимального результата можно только применяя все доступные средства в комплексе, как финансово емкие (цифровая обработка, замена экранов на зеленочувствительные, комплекты средств защиты и фиксации), так и не требующие больших финансовых вложений (методы организационного характера, вопросы повышения профессионального мастерства и т.п.).

Высшее сестринское образование – дань моде или необходимость?

Лариса Алексеевна Плигина, президент
Алтайской региональной Ассоциации средних медицинских работников

Среднее медицинское образование сегодня в российском здравоохранении представляет собой трехуровневую систему: училище – колледж – вуз. На первом (базовом) уровне готовят специалистов со средним медицинским образованием, в основном, медицинских сестер широкого профиля. Второй уровень (повышенный) – на базе среднего медицинского образования – предусмотрен в основном для руководителей структурных подразделений ЛПУ (главные и старшие медицинские сестры). Здесь готовят специалистов с углубленными знаниями в вопросах организации управления здравоохранением, экономики, менеджмента, юриспруденции. И, наконец, ВСО (высшее сестринское образование) на базах медицинских вузов – направлено на подготовку высококвалифицированных управленческих кадров – руководителей сестринских служб, способных решать профессиональные задачи на основе современных научных принципов управления и организации медицинской помощи.

Существующая концепция развития здравоохранения РФ, основной целью которой является предоставление более качественной медико-социальной помощи населению за счет реорганизации сегодняшних медицинских служб, нереальна без высококвалифицированного сестринского персонала. Определяющая роль в организации таких на-

правлений, как профилактическая, лечебно-диагностическая помощь населению, реабилитационные и медико-социальные службы для хронических и тяжелобольных, инвалидов и престарелых, должна и будет принадлежать сестрам – руководителям с высшим сестринским образованием.

В России высшие медицинские учебные заведения готовят медсестер-менеджеров на факультетах ВСО с 1991 года. На сегодня таких факультетов – 31. Третьим первым стал наш АГМУ. С 1.09. 2004г. начнется подготовка медицинских сестер ЛПУ Алтайского края на факультете ВСО.

Наша мечта стала реальностью.

Это очередной виток в поднятии престижа и социальной значимости сестринской профессии в нашем регионе.

Но главная задача сегодня заключается в том, чтобы **медсестра с высшим образованием была востребована практическим здравоохранением.** Поэтому, прежде всего, должны обучаться стажированные главные и старшие медицинские сестры, поскольку они себя реализуют в любом случае. Это подтверждает опыт других регионов.

К сожалению, многие врачи и медицинские сестры до сих пор не знают, что такое ВСО, сестринский процесс.

Врачи не должны считать, что их «хлеб» отберут специалисты с высшим сестринским образованием, так как эти специалисты необходимы для развития

сестринских служб, они освободят врачей от лишней траты времени и сил на то, что способны сделать высококвалифицированные медсестры.

По данным МЗ РФ, на сегодня в **России трудятся 20% специалистов с ВСО и повышенным уровнем образования:** главными и старшими медицинскими сестрами ЛПУ, врачами-статистиками, специалистами по кадровым вопросам, директорами хосписов и домов сестринского ухода. Они применяют свои силы и знания и в страховых компаниях. Занимать должности им позволяют знания, полученные на факультете ВСО.

Проблем много, но радует то, что **начинает меняться сознание самих медсестер.** Все чаще задаются вопросы, почему у столь необходимой обществу профессии такой низкий социальный статус, все ли упирается только в деньги, какими должны быть программы подготовки медицинских сестринских кадров.

Мы можем продолжить обсуждение этих проблем на страницах нашего «Вестника».

В заключение хочется пожелать нашим «первым ласточкам» – студентам ВСО – здоровья, успехов и упорства в достижении поставленной цели, а руководителям АГМУ и преподавателям факультета ВСО – готовить таких специалистов, которые смогут быть проводниками идей и новых сестринских технологий. **Удачи!**

**Наталья Андреевна Койнова, старшая медсестра высшей категории
эндокринологического отделения, ГУЗ «Краевая клиническая больница»**

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ПРОДОЛЖЕНИЕ. НАЧАЛО В № 8(20)

Меры профилактики осложнений со стороны нижних конечностей включают в себя особенности ухода за ногами.

Нельзя:

○ согревать ноги при помощи горячих ванн, грелок, электроприборов и т.п.: чувствительность стоп снижена, можно не почувствовать высокой температуры и получить ожоги нижних конечностей;

○ пользоваться для ухода за ногами острыми предметами: ножницами и лезвиями можно легко поранить кожу, а раны при высоком уровне сахара в крови заживают с трудом;

○ пользоваться для удаления мозолей мозольной жидкостью или мозольным пластырем, так как они содержат едкие вещества, которые могут повредить кожу;

○ носить тесную неразношенную обувь, обувь на высоком каблуке, ходить в помещении в уличной обуви длительное время, шнуровать обувь крест – накрест;

○ ходить босиком: стопы при сахарном диабете весьма ранимы;

○ курить: курение усиливает нейропатию.

Можно:

◆ согревать ноги при помощи шерстяных носков;

◆ ежедневно мыть ноги без мыла, после мытья тщательно вытирать межпальцевые пространства, пользоваться несущащим кожу кремом для ног с витаминами;

◆ ногти на ногах опиливать пилкой по прямой, при удалении мозолей пользоваться пемзой или специальным кремом;

◆ носить свободную обувь на невысоком каблуке, в помещении ходить в сменной обуви, новую обувь сначала постепенно разносить дома;

◆ правильно шнуровать обувь (параллельная шнуровка), прежде чем надевать обувь, проверить рукой - не торчат ли гвозди, не попал ли внутрь ботинка острый предмет.

◆ ежедневно делать гимнастику для ног.

Упражнение 1

Сядьте прямо, не прислоняясь к спинке стула. Ноги поставить на пол. Поднять носки. Сгибать и разгибать пальцы ног.

Упражнение 2

В том же положении поставить ноги на пятки. Совершать круговые движения носками попеременно в одну и другую сторону. Упражнение разрабатывает голеностопные суставы, улучшает кровоснабжение стопы.

Упражнение 3

Поставить ноги на носки. Поднять пятки. Совершать круговые движения пятками попеременно в одну и другую сторону. Упражнение разрабатывает голеностопные суставы и суставы стопы, улучшает кровоснабжение в икроножных мышцах и в стопе.

Упражнение 4

Поднять ногу. Выпрямить ее в колене. Носок как можно сильнее потянуть на себя. В воздухе писать цифры от 1 до 10. Повторить другой ногой. Упражнение тренирует мышцы передней поверхности бедра, улучшает кровоснабжение в ногах.

Упражнение 5

Поднять обе ноги. Колени согнуть. Развернуть ступни внутрь. Хлопать ступнями одну о другую, стараясь, чтобы вся поверхность одной ступни полностью соприкасалась с поверхностью другой. Упражнение тренирует мышцы внутренней поверхности бедра, брюшного пресса, массирует стопы.

Упражнение 6

Взять каталку для теста или пустую бутылку. Положить ее на пол. Катать вперед-назад босыми ногами. Упражнение массирует стопы, улучшает кровоснабжение, чувствительность.

Упражнение 7

Лечь на пол. Расслабить позвоночник. Потянуться. Поднять ноги вверх до вертикального положения. Носки потянуть как можно сильнее на себя. Потрясите в таком положении ногами и руками. Упраж-



нение расслабляет позвоночник, улучшает отток лимфы и венозной крови, способствует уменьшению отеков на ногах.

● Научиться правильно ходить. Ногу при ходьбе сначала ставят на пятку, а затем переносят тяжесть тела на носок. Походка получается легкой и упругой, а за счет своеобразного массажа улучшается кровоснабжение стопы.

● Ежедневно осматривать ноги на предмет обнаружения повреждения поверхностей. Если трудно наклониться, то нужно пользоваться зеркалом.

● Если поранили ногу, то рану нужно продезинфицировать и приклеить бактерицидным пластырем. Любую ранку на стопе надо содержать в чистом и сухом состоянии.

● Если обнаружили вокруг ранки признаки воспаления (припухлость, покраснение), то необходимо обеспечить полный покой ноге. Соблюдать постельный режим до полного заживления ранки. Необходимо обратиться к диabetологу для проведения курса лечения.

● В путешествии всегда нужно иметь аптечку со всеми необходимыми для ухода за ногами принадлежностями: бинт - 2 штуки; флакон или ампулу антисептика («Диоксидин», «Эктерицид», «Мирамистин»); бактерицидный лейкопластырь; крем «Пливасепт»; крем «Микаспор»; таблетки «Бисептол».

Правильно ухаживайте за ногами. Регулярно проверяйте вибрационную чувствительность стоп. При снижении чувствительности: усильте контроль за гликемией; не допускайте возникновения повреждений, предотвращайте развитие воспаления. При повреждениях обеспечьте поврежденной ноге покой.



Кто отвечает за ЗДОРОВЬЕ...

Наш разговор - с главным врачом Топчихинской ЦРБ, врачом высшей квалификационной категории Татьяной Леонидовной Альшанской

Основательность, взвешенность, уважение к коллегам, жителям своего района - чувствуются в каждом слове Татьяны Леонидовны.

- Медик, особенно на селе, фигура несомненно уважаемая. Но когда вопросы охраны здоровья становятся не только заботой главного врача и коллектива больницы, но и руководителей района, предприятий - принципиально меняется отношение к проблемам лечебных учреждений.

Руководителя медицинского учреждения прежде всего сегодня волнует наличие квалифицированных специалистов; возможность обеспечить соблюдение технологий лечебно-диагностического процесса - это аппаратура, оборудование, инструментарий и медикаменты; создание условий комфортного пребывания больных в больничном учреждении (ремонт помещений, функциональная мебель, питание).

Все это требует серьезного финансирования.

Если говорить об объемах финансирования учреждений здравоохранения, то за счет бюджета и средств фонда обязательного медицинского страхования финансируются только основные статьи затрат: заработная плата персонала, медикаменты, питание больных (по итогам 6 месяцев т.г. - только 65% от потреб-

ности). Содержание зданий в текущем году профинансировано на 14%, приобретение мягкого инвентаря - на 0,2%.

- Как же вы выходите из положения? Вы только что рассказали о реконструкции отделений ЦРБ - гинекологическое, терапевтическое, детское отделения уже работают обновленные.

- Здесь особых секретов нет. Могу поделиться. Администрацией района принята программа «Кадры». Считаю, что именно благодаря целенаправленной работе мы практически на 100% укомплектованы и врачами, и средним медперсоналом. И не просто персоналом - высококвалифици-

рованным. Наши врачи в установленные сроки имеют возможность пройти усовершенствование, специализацию. Как следствие, более 50% врачей имеют квалификационные категории. Занимаемся мы и повышением квалификации среднего персонала только на выездном цикле Новоалтайского базового медицинского училища повысили свою квалификацию 43 человека.

Решаются и социальные вопросы - либо выделяются квартиры, либо льготные ссуды на приобретение жилья медицинскими работниками. За последние два года решили свои жилищные проблемы пяти специалистов. ▶



На открытии после реконструкции терапевтического отделения ЦРБ: глава Топчихинского района А.Н. Григорьев; спонсор, генеральный директор Топчихинского элеватора Г.В. Шевнин; коллектив отделения

Кроме того, мы участвуем в нескольких целевых программах и получаем современное оборудование (очень дорогостоящее), используя самые различные механизмы финансирования, в том числе и лизинг.

В последние годы оснащен эндоскопический кабинет и кабинет ультразвуковых исследований, в планах – приобретение диагностического аппарата «Валента». В ближайшее время приступаем к монтажу современного рентгенодиагностического комплекса стоимостью 14,8 млн. рублей. Это - иное качество медицинской помощи.

Но особый разговор о меценатах – работниках предприятий и предпринимательских структур района. В том, что в наших отделениях произошли разительные перемены – их немалая заслуга.

Если в 1999-2001 годах внесение «добровольных» взносов на улучшение материально-технической базы здравоохранения района формализовалась специальным постановлением администрации района, то сейчас это уже действительно добровольное, доброжелательное и заинтересованное участие.

Преобразились наши отделения: новый кафель в процедурных, операционных и вспомогательных подразделениях; мебель, уютная столовая, уголки отдыха, детские игрушки, нарядные интерьеры (жалюзи, шторы, картины, телевизор, книги).

Появился даже некий дух состязательства между нашими меценатами.

И внутрибольничные мероприятия – будь то открытие после реконструкции отделения ЦРБ, День донора или традиционная встреча ветеранов-медиков в канун профессионального праздника. Мы уже не

представляем их без участия глав Топчихинского района **Григорьева Александра Николаевича** и села Топчиха **Барановой Любови Степановны**; генерального директора Топчихинского элеватора **Шевнина Геннадия Васильевича**; директора маслозавода **Кремлева Владимира Николаевича**; руководителя совхоза «Чистюньский» **Тутынина Олега Яковлевича**; крестьянских фермерских хозяйств - **Скоробогатова Геннадия Николаевича**, **Мышелова Сергея Васильевича**; директора ПМК-673 **Ерофеева Владимира Александровича**; предпринимателей - **Барсукова Евгения Ивановича**, **Ефименко Людмилы Алексеевны**; руководителя типографии **Сухочевой Надежды Тимофеевны**...

Командиры воинских частей - **Кивоненко Юрий Николаевич**, **Буров**

Владимир Сергеевич, Ковальчук Анатолий Алексеевич - постоянно оказывают нам поддержку.

- Наверное, просить не совсем удобно, хоть и не для себя?

- Знаете, мы уже не просим... Просто говорим о проблемах, о тенденциях в показателях здоровья населения района, обсуждаем реальность планов, масштаб вложений и - делаем. Уже высказывались предложения о создании своеобразного Совета попечителей больничного объединения. Есть мнение привлечь к участию в его работе наших известных земляков... Думаю, вернее, уже знаю, так оно и будет.

На такой оптимистичной ноте мы расстались на время с обаятельной, хрупкой, последовательной, деятельной Татьяной Леонидовной Альшанской. Успехов!



Председатель районного Совета В.Х. Разуков; глава Топчихинского района А.Н. Григорьев; глава села Топчиха Л.С. Баранова; главный врач Топчихинской ЦРБ Т.Л. Альшанская

ШКОЛА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ



Дневник нерожденного ребенка

Мама, я живая!

Одной из важнейших задач здравоохранения является снижение количества аборт. Учеными доказано, что еще неродившийся ребенок не только движется. Он чувствует, слышит, видит, одним словом, живет. И поэтому пусть женщина, прежде чем решиться на аборт, прочтет дневник нерожденного ребенка неизвестного автора. Надеюсь, она изменит свое мнение.



**Галина Павловна БОЙЧЕНКО, главный врач
МУЗ «Городская поликлиника №7», г.Барнаул**

5 октября

Сегодня началась моя жизнь. Мои родители еще этого не знают, но я уже есть. Я - девочка. У меня будут светлые волосы и голубые глаза. Уже все определено, даже то, что я буду любить цветы.

19 октября

Некоторые говорят, что я еще не настоящий человек, что только моя мама существует. Но я - настоящий человек, так же, как маленькая крошка хлеба - все же настоящий хлеб. Моя мама есть. И я есть.

23 октября

Мой рот уже открывается. Только подумайте: где-то через год я буду смеяться, а потом и говорить. Я знаю, что моим первым словом будет - МАМА

25 октября

Сегодня мое сердце начало биться совершенно само. С этих пор оно будет спокойно биться всю мою жизнь, никогда не останавливаясь для отдыха.

2 ноября

Я вырастаю понемножку каждый день. Мои руки и ноги начинают принимать форму. Но мне придется еще долго ждать, прежде чем эти маленькие ножки поднимут меня, чтобы я смогла дотянуться до маминых рук, прежде чем эти маленькие ручки смогут собирать цветы и обнимать папу.

12 ноября

На моих руках начинают формироваться крошечные пальчики. Смешно - какие они маленькие! Я смогу гладить ими мамины волосы.

20 ноября

Только сегодня доктор сказал моей маме, что я живу здесь, под ее сердцем. Ах, как она, наверное, счастлива! Ты счастлива, мама?

23 ноября

Мои мама и папа, наверное, думают, как меня назвать. Но они даже не знают, что я - маленькая девочка.

10 декабря

У меня растут волосы. Они гладкие, светлые и блестящие. Интересно, какие волосы у мамы?

13 декабря

Я уже немножко могу видеть. Вокруг меня темно. Когда мама принесет меня в мир, он будет полон солнечного света и цветов. Но чего я хочу увидеть больше всего - это увидеть мою маму. Какая ты, мама?

24 декабря

Интересно, моя мама слышит тихий стук моего сердца? Некоторые дети приходят в мир большими. Но мое сердце сильное и здоровое. Оно бьется так ровно: тук-тук, тук-тук. У тебя будет здоровая дочка, мама!

28 декабря

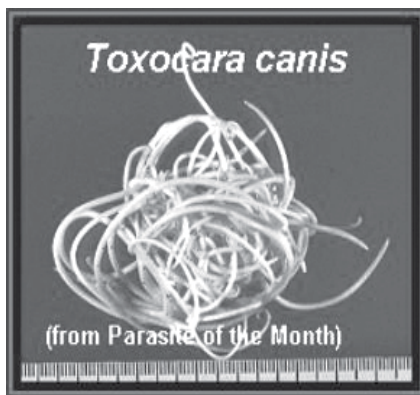
Сегодня моя мама убила меня.

Вопросы диагностики и лечения актуальных ГЕЛЬМИНТОЗОВ



Нина Валентиновна Карбышева, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней АГМУ, член-корреспондент Международной академии экологии и безопасности жизнедеятельности человека (г. Санкт-Петербург), руководитель Центра по диагностике, лечению и профилактике описторхоза и «редких» гельминтозов (первое инфекционное отделение МУЗ «Городская больница №5», г. Барнаул)

Гельминтозы становятся чрезвычайно актуальной проблемой. Наряду с распространенностью описторхоза, включенного в ряд «неуправляемых паразитарных болезней» в нашей стране, в последние годы наблюдаются как увеличение заболеваемости известными антропонозными гельминтозами, так и рост паразитирования у человека не свойственных ему видов зоонозных гельминтов. С одной стороны, это обусловлено непрекращающимся процессом загрязнения внешней среды, с другой – новыми возможностями диагностики. Использование в практике здравоохранения ИФА позволило выявлять больных токсокарозом, клонорхозом. Пополнились наши знания о дирофиляриозе, дикроцелиозе и других, так называемых «редких», гельминтозах.



Врачи самых разных специальностей – педиатры, терапевты, окулисты, хирурги, дерматологи – могут встретиться с проявлениями зоонозных болезней у человека, получивших общее название «Larva migrans» и характеризующихся следующими особенностями:

- человек для их возбудителя является несвойственным хозяином;
- возбудители в организме человека не достигают половозрелого состояния;
- симптомокомплекс клинических проявлений обусловлен миграцией личинок или молодых особей в коже или внутренних органах человека.

В зависимости от преобладания симптомов выделяют кожную, висцеральную и глазную формы larva migrans, в числе которой для нас наиболее актуальны токсокароз и дирофиляриоз.

Toxocara canis – возбудитель токсокароза – обычно паразитирует у собак, волков, лисиц, песцов и других представителей семейства псовых, реже – кошачьих. Взрослые паразиты обитают в тонком кишечнике и желудке облигатных хозяев. Самка **T. canis** откладывает более 200 тысяч яиц в сутки, ежедневно загрязняя окружающую среду, прежде всего почву, где яйца токсокар достигают инвазионной стадии. При сложившихся «традициях» выгула домашних любимцев на детских площадках и в других не приспособленных для этого местах происходит за-

ражение человека, часто детей, через грязные руки и проглатывание яиц токсокар.

Для человека токсокароз – зоонозная инвазия. Она характеризуется нередко тяжелым, длительным и рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленных миграцией личинок токсокар по различным органам и тканям. «Неприкаянно» мигрируя, они оседают чаще всего в легких, глазах, а также в печени, сердце, почках, поджелудочной железе, головном мозге, определяя развитие висцеральной или глазной формы, иногда сочетанной патологии в виде висцерального и глазного токсокароза одновременно. **Висцеральная форма** наиболее часто протекает как острая инфекция с лихорадкой, лимфаденопатией, легочным синдромом, увеличением размеров печени и высокой эозинофилией периферической крови.

Развитие глазного токсокароза связывают с заражением человека минимальным количеством личинок. Все случаи токсокароза глаза подразделяются на две основные группы: солитарные гранулемы и хронические эндофтальмиты с экссудацией. Практически всегда токсокарозом поражается только один глаз. При глазном токсокарозе обнаруживают, как правило, не более одной личинки. Поражение зрительного нерва личинкой токсокары может привести к односторонней слепоте. Надежных методов диагности-

ки глазного токсокароза не существует. Во многих случаях диагноз выясняется только при гистологическом исследовании. Ведущими в диагностике токсокароза являются иммунологические тесты. Иммунный ответ на заражение не так ярок, титры специфических противотоксокарных антител невысокие. Установлена корреляция между клиническими проявлениями, тяжестью процесса и титрами антител. При проведении ИФА с тест-системой «Тискар» ЗАО «Вектор - Бест» титр специфических антител 1:800 и выше с большой степенью вероятности свидетельствует о заболевании, а титры 1:200, 1:400 - о носительстве токсокар при висцеральном токсокарозе и патологическом процессе при токсокарозе глаза. Проблема специфической терапии токсокароза не может считаться решенной в связи с направленностью действия антигельминтиков на взрослую особь паразитов. Поэтому дегельминтизация при инвазии, вызванной личиночной стадией, должна проводиться квалифицированным специалистом, так как нередко требует повторных курсов назначения ментезола, или вермокса, или альбендозола с контролем уровня эозинофилии, динамики титров антител в качестве критериев эффективности лечения.

Особенно большой резонанс как среди населения, так и во врачебной среде имели первые случаи дирофиляриоза – единственного трансмиссивного гельминтоза человека. Источником этой инвазии являются собаки, кошки. Самки *Dirofilaria repens* в организме животных рожают личинки, которые из крови при участии переносчиков комаров рода *Anopheles*, *Culex*, *Aedes*, «докучающих» нам весь летний период, проникают в подкожную клетчатку неспецифического хозяина (т.е. человека). В течение 2-3 месяцев в организме человека из личинки развиваются единичные особи неполовозрелых гельминтов. **Молодые паразиты способны активно мигрировать под кожей и слизистыми в области глаз, туловища, конечностей, половых органов, порой со значительной дистанцией «пробега».** При подкожной миграции гельминта первичный ди-



агноз, как правило, «опухоль», «новообразование». Пациенты обращаются за помощью к хирургу и при вскрытии припухлости «вдруг» обнаруживается живая подвижная молодая особь паразита в виде белой лесковой нити. Гельминт может выделяться и самостоятельно при повреждении целостности кожи, например, в результате расчеса. Первые случаи дирофиляриоза даже породили неправильные представления о том, что наше население подвержено заражению какими-то экзотическими паразитами, и связывали это с тропическими фруктами. История же изучения *Dirofilaria repens* началась в 1915 году. В работах академика К.И. Скрябина были приведены описания цикла развития совсем «неэкзотического» паразита, клинических проявлений этого гельминтоза животных и возможности включения в патологию человека.



Глазная форма этой инвазии проявляется субконъюнктивальными узелками, поражением слезной железы, обнаружением дирофилярии в стекловидном теле, хрусталике. Окончательный диагноз дирофиляриоза устанавливается по результатам паразитологического исследования удаленных особей. Лечение заключается в удалении гельминта хирургическим путем в возможно ранние сроки. Положительная роль специфической антигельминтной терапии (дитразином) не установлена.

Проникновение в популяцию людей паразитов животных - процесс, уже необратимый. Но на пути их массового распространения мы можем поставить барьеры. Это расширение знаний врачей всех специальностей в области гельминтологии, согласованность и сотрудничество с ветеринарной службой, проведение просветительской работы среди населения, повышение качества оказания помощи больным: обеспечение квалифицированной лабораторной диагностики, совершенствование существующих и апробация новых методов лечения.

Все эти задачи решаются в Центре по диагностике, лечению и профилактике описторхоза и «редких» гельминтозов на базе инфекционного отделения городской больницы №5, где профессионально работающий персонал заслуженно пользуется уважением пациентов.

ТУБЕРКУЛЕЗ - проблема XXI века

Андрей Павлович Семитко, доцент кафедры фтизиатрии АГМУ, кандидат медицинских наук



Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации осложнилась в начале 90-х годов. Численность впервые выявленных больных туберкулезом, по сравнению с 1990г., увеличилась к 2003г. **более чем в 2 раза; в 1,5 раза возросла смертность по причине туберкулеза, выросла заболеваемость туберкулезом среди детского населения.** Особенно тяжелая ситуация сложилась в пенитенциарных учреждениях (в местах лишения свободы). Не секрет, что это связано с экономическим кризисом, парализовавшим общество вслед за неудачной перестройкой 1986-1991 годов.

Обострение проблемы туберкулеза в России выявило две особенности. Первая связана с тем, что действовавшая в нашей стране много лет и отлично себя зарекомендовавшая система «принудительного выявления» больных не только туберкулезом, но и с онкологической патологией с помощью массовых флюорографических обследований населения перестала существовать.

Больной туберкулезом на начальном этапе болезни из-за скудной симптоматики не считает себя больным, а появившуюся незначительную слабость и потерю веса никак не связывает с болезнью. Поэтому проведение флюорографического обследования в этот период выявляет туберкулез на первом этапе, а начатое своевременное лечение приводит к полному излечению даже в амбулаторных условиях. Пациент, как правило, еще не заразен - и не опасен для окружающих.

Появившийся кашель и мокрота уже связаны с обширными изменениями в легочной ткани, но и на этом этапе лечение тоже приводит к хорошим результатам.

Итак, мы можем констатировать, что ведущим признаком, указывающим на наличие туберкулеза, является так называемый интоксикационный синдром, проявляющийся слабостью, недомоганием, потерей веса, потливостью. Присоединение кашля с мокротой в течение

нескольких недель является признаком, указывающим на уже обширные поражения легочной ткани - ее деструкцию (разрушение). В этот период пациент уже является опасным для окружающих, так как выделяет с выдыхаемым воздухом огромное количество микобактерий туберкулеза, впервые открытых Р. Кохом еще в позапрошлом веке. Они получили еще одно название - **бацилл Коха**, которые имеют особенность длительное время сохраняться в окружающих больного среде и могут заразить окружающих даже при отсутствии больного. Один, так называемый бациллярный, больной в течение года в среднем может заразить 5-10 человек, а при благоприятных условиях могут возникнуть эндемические вспышки с заражением до 100 и более человек. Именно поэтому **флюорографическое исследование один раз в год в неблагоприятный эпидемический период - обязательно, а при появившихся симптомах болезни - просто жизненно необходимо.**

Суть второй проблемы заключается в том, что у больных туберкулезом чаще стали наблюдаться случаи выделения бацилл Коха, устойчивых к противотуберкулезным препаратам, - так называемый лекарственно устойчивый туберкулез. Для излечения такого больного требуется много средств и сил, и даже хирургическое лечение, заключающееся в удалении пораженного болезнью легкого.

Но в борьбе со страшной болезнью - туберкулезом - медики не стоят на месте. Благодаря их усилиям созданы целевые программы борьбы с туберкулезом, разработана стратегия и тактика, позволившая к 2001-2002гг. стабилизировать эпидемическую ситуацию в стране. **Только совместными усилиями медиков и населения человечество может выйти победителем в борьбе с этой страшной, приспособившейся к новым и экономическим, и экологическим условиям, болезнью - туберкулезом.**



Вирусные инфекции и рак шейки матки

Рак шейки матки находится на втором месте среди злокачественных новообразований женских репродуктивных органов и на четвертом - в структуре онкологической заболеваемости женского населения, составляя около 12% злокачественных опухолей у женщин и 60-80% всех форм рака гениталий.

Татьяна Геннадьевна Нечунаева, врач-онкогинеколог высшей категории Алтайского краевого онкологического диспансера; Елена Владимировна Нечунаева, студентка VI курса АГМУ, именная стипендиатка администрации г.Барнаула



Заболеваемость раком шейки матки в разных странах колеблется в значительных пределах. Это зависит от неодинаковой структуры населения, различий в учете больных, социально-гигиенических факторов, влияния внешних воздействий. Значительно чаще рак шейки матки встречается в странах Латинской Америки, Африки, Юго-Восточной Азии. Минимальная частота его отмечается в Ирландии, Испании, на Среднем Востоке.

В последние годы отмечается рост частоты рака шейки матки в более молодом возрасте - до 30 лет.

Бесспорно, что ранняя диагностика рака шейки матки во многом определяет не только эффективность лечения, но и прогноз у этих больных. Проблема ранней диагностики рака шейки матки далека от решения, несмотря на то, что данная локализация доступна визуализации.

Причинами рака шейки матки являются:

- раннее начало половой жизни,
- наличие большого количества половых партнеров,
- низкий социально-экономический статус,
- неиспользование барьерных методов контрацепции,

- роды в очень молодом возрасте,
- наличие в анамнезе заболеваний, передающихся половым путем.

В последнее время среди известных причин развития рака шейки матки большое значение придается инфицированности вирусом папилломы человека (ВПЧ). Возникновению инфекции способствуют:

- снижение защитных сил организма после перенесенных инфекционных заболеваний,
- курение,
- алкоголь,
- молодой возраст,
- беременность,
- эндометриоз,
- большое число половых партнеров,
- наличие партнеров, имевших контакты с женщиной, болеющей раком шейки матки, аногенитальными кондиломами,
- неоднократные аборты,
- воспалительные заболевания,
- генитальные инфекции (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес и др.).

В два раза чаще вирус встречается у женщин, использующих оральные

контрацептивы, чем у тех, кто применяет барьерные методы контрацепции или находится в постменопаузе.

В настоящее время известно более 70 типов вируса папилломы человека, каждый из которых обладает своими определенными свойствами. **Более 30 подтипов вируса могут инфицировать генитальный тракт.** Установлено, что риск злокачественного перерождения тканей связан с несколькими типами ВПЧ. Они обозначаются как вирусы «высокого онкогенного риска». Это - ВПЧ типов 16, 18 и др. Группа «низкого риска» - ВПЧ типов 6, 11 и др.

Клинические симптомы папилломавирусной инфекции чрезвычайно разнообразны. Наиболее специфичное проявление заболевания - так называемые **остроконечные папилломы**, которые, как полагают, вызываются HPV-6 и 11. **Очень часто ВПЧ-инфекция протекает бессимптомно.** Поэтому выявление папилломавирусной инфекции, которая может играть немаловажную роль при развитии предраковых опухолевых поражений шейки матки, имеет большое значение. Все женщины должны проходить обследование, включающее кольпоскопическое, цитологическое и ПЦР-диагностику у гинеколога.

ЗЕЛЕНЬ ВМЕСТО ТАБЛЕТОК



**Маргарита Ивановна Селезнева, заместитель главного
врача Буйской центральной районной больницы по
амбулаторно-поликлинической работе**



Знание окружающих лекарственных и пищевых дикорастущих растений, их применение в повседневной жизни поможет повысить адаптационные возможности нашего организма к влиянию окружающей среды.

Это следует помнить особенно тем, кто резко меняет географию своего места жительства и характер своего питания, которое должно соответствовать экологическим условиям. Чтобы снизить отрицательное влияние природных условий на здоровье, следует вводить в пищу растения местной флоры.

Фитотерапия и в русской народной медицине всегда была основным видом лечения, ибо растительный мир предлагал человеку обширный и доступный набор лечебных средств...

Зеленый лук

Зеленый лук желателно употреблять в пищу в течение всего года. Ведь он обладает универсальными лекарственными свойствами.



К зеленым перьям уважительно относятся все народности, а на Руси с незапамятных времен его использовали не только на кухне, но и при лечении эпидемий, даже таких серьезных, как чума и холера. Не зря поговорка гласит: «лук - от семи недуг».

Всего сто граммов зеленого лука могут полностью покрыть суточную потребность человека в витамине С. Большое количество содержащихся в нем минеральных солей гарантирует нормальный водо-солевой обмен в организме. Фитонциды лука губительно действуют на микроорганизмы, включая дизентерийную, дифтерийную, туберкулезную палочки, золотистый стрептококк, трихомонады и другие микроорганизмы.

В луковых перьях, помимо высокого содержания витамина С, есть витамин В, каротин, сахар, яблочная и лимонная кислоты, серосодержащие соединения, йод, белок.

Регулярное применение в пищу зеленого лука позволит улучшить процесс пищеварения, повысить тонус организма и привести в порядок нервную систему.

Укроп

Считается рекордсменом среди овощей по накоплению витамина С - в нем аскорбинки даже больше, чем в черной смородине!

Для гипертоников укроп - ценная находка: он понижает артериальное давление и расширяет коронарные сосуды. Полезен укроп и для зрения, так как богат каротином.

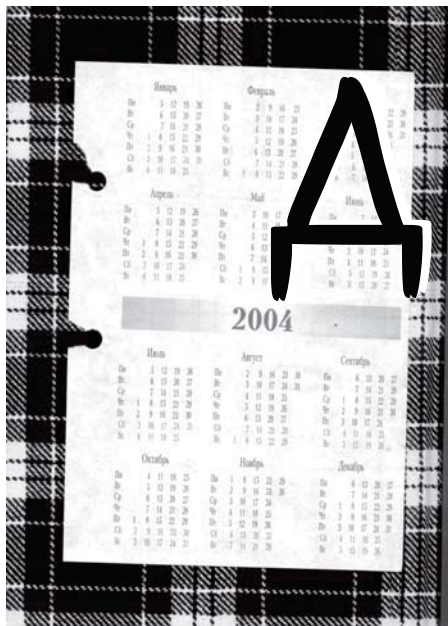
Среди других свойств укропа - возбуждение аппетита, отхаркивающее и мочегонное свойства, успокоение нервов.

Маска для стареющей кожи

И в заключение хотелось бы порекомендовать женщинам за 40 лет 2-3 раза в неделю использовать маску для стареющей кожи:

5-6 свежих листьев одуванчика и 2-3 цветка размять до состояния кашицы, добавить чайную ложку меда и немного воды, чтобы масса была не очень тягучей. Лицо смазать оливковым маслом и нанести маску. Смыть через 15 минут.





НИ ДНЯ БЕЗ ЩЕДЫ

Основные ПРАВИЛА рационального питания



**Елена Николаевна Лих, заведующая
поликлиникой МУЗ «Первомайская ЦРБ»**

Для профилактики ожирения не забывайте о следующих правилах питания.

○ Приступайте к еде только при появлении чувства голода.

○ Ужинайте не позднее, чем за 3 часа до сна. Перед сном выходите на прогулку;

○ Не ешьте «за компанию», если вы сыты.

○ Контролируйте правильное соотношение питательных веществ в диете (белков, углеводов, жиров, воды, минеральных солей, витаминов, клетчатки, растительных волокон). Используя таблицу калорийности продуктов, научитесь подсчитывать калорийность суточного рациона.

1. **Пейте в день от 2 до 3 литров воды.** Соблюдайте следующий питьевой режим: употребляйте воду за 10-15 минут до еды, через 30 минут после приема фруктов, через 2 часа после крахмальной пищи и через 4 часа - после белковой; во время еды пить не нужно.

2. **Тщательно пережевывайте пищу.** Устраивайте небольшие паузы во время еды. Почувствовав насыщение, сразу же прекратите есть. Не ешьте до чувства полного насыщения. Помните: лучше недоест, чем переест!

3. **Не ешьте при недомогании, усталости, повышенной температуре** и любом другом дискомфортном состоянии. В этом случае замените пищу водой.

4. **Не ешьте слишком горячую и слишком холодную пищу.**

5. **Не употребляйте вчерашнюю и подогретую пищу**, она должна быть свежеприготовленной.

6. **Сократите потребление сахара и соли.**

7. **Сократите употребление мяса и яиц до 1-2 раз в неделю,**



ешьте нежирные сорта, мясо и рыбу отваривайте, а не жарьте.

8. **Употребляйте простую пищу.** Мы едим меньше, если на столе один вид пищи. Разнообразие приводит к перееданию.

9. Из всех продуктов **отдайте предпочтение свежим фруктам и овощам.** Если есть только сырые овощи вам тяжело, употребляйте их в печеном виде. В вареных овощах теряется большая часть витаминов и минеральных веществ,

10. **Откажитесь от мясных бульонов.**

11. **Сделайте орехи и семечки основным источником белка.**

12. **Жиры употребляйте в умеренном количестве,** желателно нерафинированные.

13. **Вареные и печеные продукты всегда сочетайте с сырыми,** причем последних должно быть в три раза больше. Например: 100 г мяса и 400 г салата из свежих овощей.

14. **Исключите алкоголь, кофе и чай.** Вместо этого пейте свежие соки и настои трав.

15. **Молоко замените кисломолочными продуктами,** желателно однодневными.

16. **Хлеб должен быть из муки грубого помола с отрубями.** Употребляйте его в умеренном количестве, перед едой подсушивайте.

17. **Злаки, зерна и все крахмалистые продукты должны составлять небольшую часть от общего объема** употребляемых продуктов, используйте их лучше в цельном, необработанном виде.

Введите в рацион общеукрепляющие смеси и настои:

● 300г очищенных грецких орехов, 300г кураги, 300г изюма, два лимона с цедрой провернуть через мясорубку и смешать с 300г меда. Принимать по 1-2 ч.л. в день, хранить в холодильнике.

● натереть на терке лимон с цедрой и головку чеснока, залить 600мл охлажденной кипяченой воды. Настаивать 2-4 дня при комнатной температуре, процедить и пить натощак по 50 мл в день в течение осени, зимы и весны. В этом настое содержатся все витамины групп В и С, комплекс необходимых микроэлементов, он укрепляет сосуды и является прекрасным профилактическим средством против гриппа и ОРЗ.

Здоровое ПИТАНИЕ

Перец, фаршированный овощами, в томатном соусе

1 кг перца, 300 г моркови, 250 г капусты, 1 корень петрушки, 1 корень сельдерея, 3 луковицы, 500 г томатного соуса, долька чеснока, мускатный орех.

Надрезать верхнюю широкую часть стручка не до конца, в виде крышечки, удалить стержень с семенами, не нарушая целости стручка. Затем положить стручки в посуду с кипящей водой на 1-2 минуты, откинуть на дуршлаг или сито и наполнить начинкой из овощей.

Фаршированный перец выложить в один ряд на противень или в другую неглубокую посуду, залить томатным соусом, заправленным чесноком и мускатным орехом, и припустить в жарочном шкафу.

Для приготовления фарша обработанные корни промыть, нарезать мелкими кубиками, спассеровать на растительном масле, соединить с мелко нарезанной капустой и тушить до готовности в небольшом количестве овощного бульона; посолить и заправить томатным соусом.

Подавать на тарелке, полив соусом и посыпав зеленью петрушки или укропом.

Луковник

Для теста: 800 г муки, 30 г дрожжей, 2 стакана воды, 1/4 ч. ложки соли. Для начинки: 8 головок репчатого лука, 3/4 стакана растительного масла, 1/2 ч. ложки соли.

Из муки, воды, дрожжей и соли замесить дрожжевое тесто, дать ему подойти. Раскатать самые тонкие лепешки, испечь, переслоить мелко изрубленным и обжаренным в растительном масле репчатым луком, положить в сотейник, запечь в духовке.



ГИРУДОТЕРАПИЯ - лечение пиявками

**Вера Николаевна Деева, врач-физиотерапевт,
Краевой детский психоневрологический диспансер**

Загадка целебной силы

Сегодня лечение, оздоровление и омоложение с помощью пиявок переживает настоящий бум. Такого веяние времени - природные методы поддержания красоты и здоровья вызывают все больший интерес и доверие.

Среди многих других естественных методов гирудотерапия - уникальная методика, потому что она использует в своей практике живое существо и, видимо, будет использоваться всегда. Попытки извлечь «эликсир жизни» из «живого флакона» показали, что экстракты из умерщвленных пиявок значительно менее эффективны.

На первый же вопрос: «От чего помогает пиявка?» - ответить в нашем привычном понимании слова «диагноз» трудно. **Гирудотерапия лечит не конкретное заболевание, а целиком человека, восстанавливая в нем гомеостаз** (баланс жизнедеятельности всех систем, равновесие организма). Такой подход вообще отличает любую старинную лечебную методику от современной узкоспециализированной медицины.

Кто и когда впервые начал лечиться пиявками - неизвестно, но случилось это очень давно: в каждом регионе, где живут пиявки, их раньше или позже начинали использовать в медицине. Упоминания о гирудотерапии археологи находили при раскопках Древнего Египта, Ин-

дии, стран Междуречья и Средней Азии. В XVI - XIX веках - в период расцвета гирудотерапии в Европе - пиявки служили серьезной статьей российского импорта. Их вывозили миллионами в страны Западной Европы и Англии.

Пиявка – живой шприц с уникальным набором биологически активных веществ, действие которых вызывает в человеческом организме различные эффекты: **снижение артериального давления, улучшение свертываемости крови; многим женщинам пиявки помогли избавиться от миомы и мастопатии, дисфункциональных и воспалительных гинекологических нарушений.**

В чем преимущество гирудотерапии? Во-первых, пиявка, реагируя на инфракрасное и электрическое излучение, выбирает только биологически активные точки. Во-вторых, когда пиявка прокусывает кожу, в кровь вместе с ее слюной попадает около 150 всевозможных биологически активных веществ. Кроме того, слюна пиявки обладает противовоспалительным, обезболивающим, иммуномодулирующим действием. После укуса из ранки некоторое время сочится лимфа с примесью капиллярной крови, что способствует механическому раздражению лимфатических узлов, стимулирует выработку ими естественных защитных клеток – лимфоцитов, повышающих местный и общий иммунитет.



Первое свидание

На прием к врачу пациент обычно приходит с ворохом жалоб, нередко приносит с собой кучу анализов. Все они - подспорье в работе специалиста. Обычно в первый сеанс ставят пиявки в область живота: здесь не только можно найти зону воздействия практически при любом расстройстве, но и удобно наблюдать за ранкой - как врачу, так и любопытному пациенту. Пиявку, помещенную в пузырек, гирудотерапевт прикладывает к соответствующей активной зоне. Животное само находит нужную точку, прокалывает кожу и присасывается. Боль незначительная - такая же, как при укусе комара или уколе. Сразу после прокола пиявка впрыскива-



▲ ет в ранку обезболивающее вещество - и дальше никаких неприятных ощущений уже нет. Животное работает по принципу насоса: попеременно то отсасывает кровь, то впрыскивает в нее целебные вещества. Через определенное время (от 10 до 40 минут) пиявка либо отпадает сама, либо ее снимает врач. На место укуса на сутки накладывают стерильную повязку. Ранка может кровоточить от 2 до 24 часов. Иногда остаются небольшие синяки. Это не страшно и говорит лишь о том, что воздействие очень эффективно и у человека начинает активнее работать иммунная система.

При лечении используют не диких, а выращенных на биофабрике и прошедших медицинский контроль пиявок. Исследования показали, что при пересаживании пиявки с больного животного на здоровое инфицирование возможно только первые 15 минут. Через 20 минут заражения не происходит даже в случае вирусного гепатита В (его считают наиболее стойким в окружающей среде).

Однако, согласно приказу Минздрава РФ, **разрешено применять только одноразовых пиявок**. После сеанса терапии их уничтожают, что отвечает требованиям профилактики ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и других болезней, передающихся через кровь.

Гирудотерапия в первую очередь необходима людям, предрасположенным к развитию застойных явлений в различных тканях организма, обусловленных рядом внешних условий:

- низкой двигательной активностью, стрессами, которые, провоцируя сжатие сосудов, способствуют ухудшению кровообращения и замедлению процесса обмена веществ;
- слабостью брюшного пресса и диафрагмы;
- преобладанием в пище сахаров, рафинированных и мучных изделий, хлеба и картофеля, а также продуктов, богатых пищевой химией, - красителями, ароматизаторами и др.;
- хроническими запорами.

Показания к гирудотерапии невозможно перечислить. Проще назвать **противопоказания: абсолютные – гемофилия, относительные – беременность, анемия, гипотония**. Успех данной процедуры зависит не только от биологических свойств пиявочного секрета, но и от опыта врача и совместных усилий пациента и врача.

Хорошо совместима гирудотерапия с любыми другими методами лечения. Более того, она подкрепляет и усиливает их эффект. Например, при лечении эндокринных заболеваний дозу гормонов удается снизить как минимум вдвое. Это относится и к другим таблеткам.

Сколько сеансов потребуется

При хронических заболеваниях обычно рекомендуют 8-10 (максимум 15) процедур. Как правило, ставят одновременно от 3 до 10 пиявок.

Закрепление эффекта: в течение 1,5-2 лет после лечения нужно показываться гирудотерапевту хотя бы раз в полгода. Для закрепления результатов обязательно понадобится повторный курс из 3-4 процедур, иначе болезнь может вернуться.

Обычно проводятся два-три сеанса в неделю. Подход индивидуальный, и продолжительность курса зависит от результатов. Один сеанс длится в пределах часа. Справедливости ради надо признать, что пиявка сама определяет, сколько времени ей необходимо работать. Стоимость одной процедуры зависит от количества применяемых пиявок.

Активные сторонники гирудотерапии считают, что краткий курс общего оздоровления - своеобразный «техосмотр» организма в «пиявочной инспекции» - полезно делать раз в полгода, даже в том случае, если ничто и нигде не болит.

Гирудотерапия одобрена Минздравом и защищена фарматомией РФ.



Домашнее водолечение

Лариса Сергеевна Колесникова, врач-физиотерапевт
МУЗ «Железнодорожная больница», г.Барнаул



Вода – это универсальная среда живой материи с уникальными свойствами. Вода, как никакое другое вещество на нашей планете, способна находиться в естественных для человека условиях одновременно в трех состояниях: твердом, жидком и газообразном.

Многие уникальные свойства воды, отличающие ее от других растворителей, обусловлены особенностями ее строения. Структурные свойства воды могут изменяться под влиянием внешних физических факторов.

Водолечение – использование в лечебных и профилактических целях пресной воды (гидротерапия), природных минеральных вод и их искусственных аналогов (бальнеотерапия).

Водолечебные процедуры могут быть местными или общими. К местным относятся водяные грелки, компрессы, неполные ванны, орошения, а к общим – обливание, обтирания, укутывания и ванны. Особое место занимают питьевое лечение минеральными водами, бани и купания.

В основе действия водолечебных процедур на человека лежат температурный, механический и химический факторы.

Организм отвечает на водную процедуру сложной реакцией, **наиболее ярко реагирует сердечно-сосудистая система.** Водолечение, активно действуя на сосуды и ЦНС, тренирует приспособительные механизмы организма, способствует восстановлению гомеостаза (физиологическое равновесие) и выздоровлению. Водолечебные процедуры изменяют терморегуляционные процессы в организме, влияют на теплообмен, газообмен и обмен веществ. Под их воз-

действием (особенно теплых процедур) **улучшается секреторная деятельность органов, функции опорно-двигательного аппарата, изменяется тонус гладкой и поперечнополосатой мускулатуры, мочеотделение, состав и вязкость крови.**

Из большого арсенала водолечебных методов рассмотрим лишь те, для проведения которых не нужны особые устройства и средства – это «малая гидротерапия», или «домашнее водолечение». К ним относятся **компрессы – это местные влажные укутывания, они могут быть согревающими, горячими, холодными и комбинированными.**

Согревающий компресс – наиболее употребляемая домашняя водолечебная процедура. Он усиливает кровообращение в коже и глубже лежащих тканях, способствует рассасыванию воспалительных процессов, отеков, снимает судорожные сокращения мышц и спазм внутренних органов, уменьшает боль.

Согревающий компресс **состоит из четырех слоев.**

1. Прилегает к телу – это тонкая, хорошо впитывающая воду ткань (марля), сложенная в 3-5 слоев. По размерам несколько больше болезненной зоны. Ее смачивают водой температурой 15-20°C, отжимают и накладывают на нужный участок тела.

2. Водонепроницаемый слой, который на 2-3 см выступает со всех сторон за края первого слоя (клеенка).

3. Утепляющий (вата, фланель) – по размерам он больше второго слоя и достаточно толстый, чтобы обеспечить согревание.

4. Фиксирующий (бинт, полотенце, платок).

Согревающий компресс должен плотно прилегать к телу, но не должен затруднять кровообращение. Его оставляют на 6-8 часов. После снятия компресса кожу насухо вытирают и накладывают тонкую повязку. Применяют согревающие компрессы при воспалительных заболеваниях суставов, после травм и ушибов (со 2-3 дня), при инфильтратах после лекарственных инъекций, при ограниченных острых и хронических болевых синдромах, воспалительных процессах зева и гортани.

Его не следует делать при острых воспалительных заболеваниях кожи (фурункул, карбункул, рожа), экземе, лишае, склонности к кровотечениям.

Горячий компресс отличается от согревающего тем, что при этом используется не тепло, образующееся внутри тканей, а тепло самого компресса.

Салфетку смачивают в горячей воде (60-70°C) и отжимают, накладывают на соответствующий участок тела. Затем клеенку, этот компресс держат рукой несколько минут, по мере его охлаждения меняют.

Используют при кишечной, печеночной, почечной коликах, мигрени.

Холодный компресс – ткань смачивают холодной водой (с плава-

ющими кусками льда), отжимают и кладут на больной участок, меняют каждые 3-4 минуты, клеенкой не покрывают, продолжительность компресса – от 10 до 40-60 минут.

Показания: свежие ушибы, носовые кровотечения, мигрень, начальная стадия острого воспалительного процесса.

Спиртовой компресс – разновидность согревающего. Ткань, прилегающую к телу, смачивают не водой, а водкой или разведенным водой спиртом (30-40°C).

Лекарственные компрессы – тоже разновидность согревающего, действие которого усиливается применением лекарственного вещества.

Лекарственные компрессы делают так: камфорное масло (2 ст.л. на 0,5 л воды); мазь Вишневского; ментоловый спирт (5%-ный спиртовой раствор ментола); жидкость Бурова (8%-ный раствор алюминия ацетата); квасцы алюминиево-калиевые (0,5-1%-ный раствор); муравьиный спирт (1 часть муравьиной кислоты + 19 частей 70%-ного этилового спирта); желчь медицинская и др.

Близко к ним стоят **горчичные компрессы**. На горячей воде (40-50°C) замешивают тесто из равных частей горчичной и какой-либо другой муки (пшеничной). Тесто намазывают на плотную ткань слоем 0,5-1 см и покрывают марлей. Марлевой стороной прикладывают к телу, прикрывая вощеной бумагой, можно значительно усилить и ускорить его действие. Компресс держат до сильного покраснения кожи.

Компрессы с растительным маслом (например, подсолнечным) или рыбьим жиром, предварительно облученным УФО-лучами.

200 г жира разливают тонким слоем на тарелку, которую устанавливают под ртутно-кварцевой лампой на расстоянии 20-30 см и облучают 30-60 минут. По окончании облучения жир выливают в бутылку и используют в течение недели. Несколько слоев марли пропитывают жиром и накладывают на соответ-

ствующую часть тела, покрывают холщовой тканью и фиксируют бинтом на 6-12 часов, повторяют компресс через 2-3 дня, всего 6-8 раз.

Применяют при обострениях воспалительных процессов в суставах конечностей и плохо заживающих ранах.

Компрессы с бишофитом (бромно-хлоридно-магниевый рассол), оказывают противовоспалительное и обезболивающее действие.

Подлежащий воздействию участок тела (сустав, поясница и др.) согревают синей лампой или грелкой 3-5 минут. На блюде выливают 20-30 г подогретого до 38-40°C бишофита в больное место, массируя в течение 3-5 минут. Затем оставшимся рассолом пропитывают марлю, накладывают на пораженное место, покрывают вощеной бумагой и весь участок укутывают. Процедуру проводят на ночь, компресс оставляют на 8-10 часов. Утром остатки бишофита смывают с кожи теплой водой. На курс – 12-14 процедур, ежедневно. Одновременно можно воздействовать на 2-3 крупных сустава. При появлении раздражения лечение прерывают, а после его исчезновения лечение можно продолжить. Для детей рассол разводят в 2-3 раза, а время воздействия – 6-7 часов. Повторный курс – через 2-3 месяца.

Показания: деформирующий артроз, ревматический артрит, остеоартроз, остеохондроз позвоночника, последствия травм и т.д.

Компресс с димексидом (ДМСО) – хорошо проникает через кожу, обладает обезболивающим, противовоспалительным, антисептическим и фибринолитическим (разрыхляющим) действием.

Используют при остеохондрозе позвоночника, деформирующем артрозе, подагре, болезни Бехтерева, склеродермии, ушибах и растяжениях связок.

Обычно препарат переносится хорошо, но у части больных может вызвать зуд. Поэтому лучше провести пробу на переносимость: препарат наносят на кожу ватным тампоном, смоченным в 50%-ном раство-

ре ДМСО. В норме – отмечается лишь небольшое покалывание и легкий локальный зуд. Если же есть резкое покраснение, выраженный зуд или жжение, то от применения препарата следует отказаться или попробовать меньшую концентрацию.

Для компресса используют 50%-ный раствор ДМСО (на чувствительных участках – 10-30%-ный раствор). В растворе смачивают салфетки и накладывают на пораженное место на 20-30 минут, сверху – полиэтиленовую пленку или клеенку, укутывают хлопчатобумажной тканью. Курс лечения – 10-15 ежедневных процедур. В раствор ДМСО можно добавлять новокаин, гидрокортизон, анальгин и др. вещества.

Компрессы с медицинской желчью (артрозы, артриты, тендовагиниты, радикулиты); медово-алоэные (50 г сока алоэ, 100 г меда и 150 г водки); керосиново-мыльный или желчно-перцово-камфорный (250 г желчи медицинской, 160 г камфорного спирта и 2-3 стручка горького перца) настаивают 6-7 дней смеси. Чаще их используют для лечения болевых синдромов.

Другие методы «домашнего» водолечения рассмотрим в следующих выпусках.





«ЧТИ УЧИТЕЛЯ СВОЕГО, КАК ОТЦА СВОЕГО...»



Иван Генрихович БЕККЕР, главный врач Рубцовской городской больницы №2, основатель музея «Истории медицины Сибири», заслуженный врач РФ

Гиппократ

Музей истории медицины Алтайского горного округа – уникальное явление для России. Его основатель – наш сокурсник, главный врач городской больницы №2 г.Рубцовска **Иван Генрихович Беккер**.

От демидовских времен – до наших дней здесь собраны свидетельства развития медицины. Не просто собраны, а с любовью восстановлены, отреставрированы, систематизированы... И оживлены в музее новым содержанием.



Музей активно живет: его экспозиции – неперенные участники и лауреаты выставок Сибири... Тематические выездные выставки побывали в Новосибирске, Яровом, Славгороде, Горняке и других городских и сельских районах бывшего Алтайского горного округа...

Такое сподвижничество вызывает уважение и гордость.



Сотрудничество с журналом - на пользу всем!



Владимир Александрович Ноженко, главный врач Ключевской районной больницы

Доверие жителей медицинским работникам, работающим в селе, – не утрачено. Здравоохранение края принципиально изменилось, его возможности серьезно возросли, и люди должны об этом знать. Вопросы профилактики, образа жизни приобретают все большую актуальность.

Журнал «Здоровье алтайской

семьи» облегчает эту задачу, именно поэтому мы пошли на сотрудничество с ним. Журнал знают в районе, он востребован. Представитель нашего журнала в Ключевском районе – **Зарецкая Зинаида Владимировна** (с.Ключи, ул.Адановича, 1а – комплекс ЦРБ). Подписаться на журнал можно не только в отделении связи, но и во всех ЛПУ района.



«Не ошибся в выборе профессии...»

**Александр Петрович Добрыгин, главный
врач Шипуновской районной больницы**

- Наверное, жизнь могла сложиться иначе, главное, знаю точно – я не ошибся в выборе профессии.

Организатор здравоохранения – на мой взгляд, самая сложная врачебная специальность. Ошибки в управленческих решениях не проходят без последствий.

О себе... Оптимист. Фаталист. С возрастом – не тороплю событий, стал взвешеннее, основательнее и добрее.



Полезно ЗНАТЬ

Каков секрет долголетия?

Если хотите дольше прожить, заведите кошку. Вам надо успокоиться и мыслить позитивно, перестать есть всякую гадость, сбросить вес, пойти учиться, подружиться с большим количеством людей и найти себе мужа или жену, которые сделают вас счастливыми. И вы проживете на 30 лет дольше, чем те, у кого этого нет.

Жить рядом с главной магистралью чревато заболеваниями сердца или диабета. Эффект старения, связанный с транспортными загрязнениями, лишь немногим ниже, чем эффект, связанный с этими хроническими заболеваниями. Риск преждевременной смерти для тех, кто живет рядом с большой магистралью, на 18% выше, чем у других. Люди, живущие в неблагоприятных условиях, чаще болеют, подвергаются большим стрессам, чаще становятся инвалидами и раньше умирают, чем более обеспеченные граждане.

Социальный статус имеет ключевое значение для продолжительности жизни. В Англии разница по продолжительности жизни между высшим и низшим социальными слоями составляет около 9 лет.

Если вы родились не в рубашке, постарайтесь поменьше волноваться – постоянный стресс тоже может обой-

тись вам в несколько лет жизни. Продолжительный стресс приводит к образованию чрезмерного количества клеток воспалительного инфильтрата, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом. Это может сократить жизнь на 3-4 года.

Образование, вернее, его отсутствие может также послужить фактором ранней смертности. Исследователи установили, что люди, которые не доучились до старших классов, теряют в среднем 9,3 года.

Курение, особенно после 40 лет, отнимает в среднем 10 лет жизни за счет целого ряда заболеваний, способных привести к преждевременной смерти, начиная от рака легких и заканчивая сердечными заболеваниями.

Ожирение сокращает жизнь на 9 лет, а лишний вес может стоить вам трех лет жизни. Страдающие от ожирения курильщики умирают на 14 лет раньше.

Люди, которым каким-то чудом удается сохранять позитивный взгляд на старение – несмотря на морщины, жировые складки – живут дольше! Пожилые люди с позитивным восприятием старости живут на 7,5 лет дольше тех, кто воспринимает ее с меньшим оптимизмом.

Если вы обладаете счастливым

характером – это означает, что вы проживете на 9 лет больше среднего, особенно если у вас много друзей. Для одиночек же кот или даже золотая рыбка – хороший выход: обзаведясь домашним питомцем, вы удлиняете себе жизнь на несколько лет.

Счастливый брак добавит вам пять лет жизни. Это, возможно, связано с тем, что по статистике женатые мужчины подвергают себя риску реже, чем холостяки. И за ними лучше приглядывают, когда они болеют.

Шанс стать долгожителем в пять раз выше у людей, чьи родители жили долго. А если вы хотите дать своему ребенку наилучший старт, поезжайте в Андорру. По продолжительности жизни эта страна занимает первое место в мире, в среднем она составляет 83 года.



50 лет АГМУ

Стр. 39



НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618