

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



В номере:

**МОНЕТИЗАЦИЯ
В ДЕЙСТВИИ,
или Что гарантировано
льготникам?**



**МУЖЧИНЫ -
ОНИ БИОЛОГИЧЕСКИ
ДРУГИЕ**



ДИЕТА ДЛЯ МУЖЧИН



**МУЖСКАЯ КОСМЕТИКА:
ЧТО ЭТО И ЗАЧЕМ?**



**Валерий Александрович ГОЛОВИН,
начальник Алтайского краевого
госпиталя для ветеранов войн,
заслуженный работник здравоохранения**

Мы склоняем головы перед подвигом защитников Отечества!

Став старше, совершенно по-иному воспринимаешь события военных лет... Острее ощущаешь ужас и беспощадность войны, понимаешь, что пережить голод, унижение и бесправие попавшим в оккупацию, плен, концлагеря и горькую радость победы тем воинам-освободителям, которые в тяжелейших боях, освобождая каждую пядь земли, встречали разграбленные города и села, изможденных людей - помогали неистребимая сила духа, мужество и стойкость.

Жизнеутверждающий героизм тех лет - это главное настроение, которое выносишь, встречаясь с ветеранами, опаленными огнем войны и сковавшими победу в тылу. Не устаешь удивляться их жизнелюбию, оптимизму и совершенно особой любви к своей Родине. Несмотря на ограничение в здоровье и преклонный возраст, они по-прежнему в строю...

Наш журнал «Здоровье алтайской семьи» постоянно сотрудничает с ветеранскими организациями. В прошлом году мы поддержали инициативу ветеранов Октябрьского района г.Барнаула и завода «Трансмаш», руководителей компании «Алтай-парк» по закладке аллеи ветеранов в парке «Солнечный ветер» краевого центра.

В юбилейный 2005 год наше издательство «ВН» - «Добрый день» в ознаменование 60-летия великой Победы совместно с группой молодых художников учащихся новоалтайского художественного училища под руководством заслуженного художника РФ Ильбека Хайрулинова, постоянного участника социальных проектов нашего журнала, начали замечательную работу. Новоалтайцы ветераны Великой Отечественной войны - стали героями рисунков и газетных публикаций в газете «Вечерний Новоалтайск». Первые портреты ветеранам уже были вручены на празднике Издательства «Люди нашего города», который проходил 25 января в КДЦ «Космос» в г.Новоалтайске.

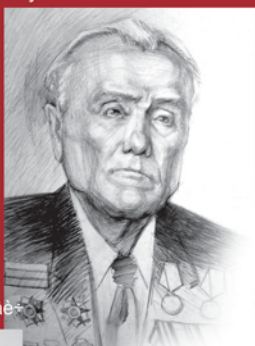
Каждое слово благодарности, внимание и участие важны нашим дорогим ветеранам. Они порой эффективнее самых дорогих медицинских препаратов и, безусловно, заслуженных привилегий и льгот. Обогрейте их теплом своих сердец, поспешите сказать им слова благодарности за их безмерный подвиг...

И.В. Козлова

Äüü+äíéí Äæäðäðèä Öäíäðíäíä



Ëðèüüí+äíéí Äæðäðäèè Äíèððèääèè+



Ïäðäðíè+èí Ìæä Ñäíäíäíäè+



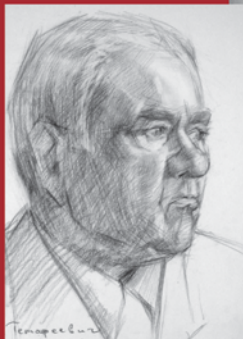
×äðääèí Äæñèèèè Ääüüíäíäè+



Ëääííèèíä Òèíä Ñäíäíäíäè+



Äííèèí Èííðäðíèè Öèíðääèè+



Ïæüíèèíä Äæèèñäè Äðæäíðüäèè+ Äðäñíä Äðäíäíèè Ïäððíäèè+



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

Адрес редакции:
 г.Барнаул,
 пр.Комсомольский, 118,
 1 этаж.
 Тел. редакции - (3852) 66-96-20
 Тел. приемной - (3852) 24-06-24

E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова
 тел. (3852) 24-06-24

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
 Выпускающий редактор,
 компьютерный дизайн и верстка -
Алексей Пшеничный

Отдел рекламы - т. 66-96-20
Татьяна Веснина
Инна Гогичаева
 Менеджер по продвижению -
Елена Сенькина

Подписано в печать 18.02.2005г.
 Печать офсетная. Тираж - 6000 экз.
 Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ
 № ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-
 ное Сибирским окружным межрегио-
 нальным территориальным управлени-
 ем Министерства РФ по делам печати,
 телерадиовещания и средств массовых
 коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
 зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,
 размещаются на правах рекламы, точка
 зрения авторов может не совпадать с
 мнением редакции.

Отпечатано в типографии
 ОАО «Алтайский полиграфиче-
 ский 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

Монетизация в действии, или Что гарантировано льготнику государством	2-3
Андрологические аспекты бесплодного брака	4-5
Взгляд на профилактику из «темноты» рентгенологического кабинета	6-7
Рентген без облучения - сказка или реальность?	8
Будьте здоровы!	9
Полезно знать. Маленькие хитрости	10
Мужская косметика: что это и зачем?	11
МИР И МЕДИЦИНА	12
Внимание! Живот бывает «острым»...	13
Смех - лучшее лекарство.....	14
БРОНХИТ-ШКОЛА (Занятие 6). Что делать, если у Вас - обостренин ХОБЛ? Помощники - глюкокортикостероиды	15-16
Мужчины - они биологически другие	17-18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	19-22
ШКОЛА ответственного материнства. Мама, дочка подросла!	23-24
ДЕТСКАЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ. Лактазная недостаточность	25-26
Снег на плечах	27
БАНК ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ. Пенсионеры тоже в выигрыше	28
МИР И МЕДИЦИНА	29
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА Чтобы глазки видели!	30-31
Зеркало души	32
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Диета для мужчин	33-34
Под знаком хлеба	35
МИР И МЕДИЦИНА	36
ТИРЕОШКОЛА (Занятие 2)	37-39
Тест. Как вы относитесь к своему мужчине?	40



Монетизация в действии, или Что гарантировано льготнику государством?

Виктор Васильевич ЯКОВЛЕВ, заместитель председателя комитета администрации края по здравоохранению

В новых условиях рядовому человеку бывает сложно разобраться во всех тонкостях реформы. Все так называемые «федеральные льготники» с 2005г. получают ежемесячные денежные выплаты, которые им вручаются вместе с пенсией. Речь идет о 45 категориях льготников. Также каждому федеральному льготнику государство гарантирует следующее.

Социальный пакет

Стоимость социального пакета в расчете на одного льготника в месяц составляет 450 рублей, которые в расходах бюджета распределяются следующим образом:

- получение бесплатно медикаментов на амбулаторное лечение – 350 рублей;
- получение путевки на санаторно-курортное лечение – 50 рублей;
- проезд на пригородном электротранспорте без ограничения частоты поездок и расстояния, оплата проезда на курорт и обратно один раз в год в купейном вагоне к месту лечения.

В предоставлении социального пакета используется солидарный или страховой принцип. Что это значит? 350 рублей - это тот самый страховой взнос, который платит государство за каждого федерального льготника, чтобы гарантировать пациенту в случае болезни назначение всех необходимых для лечения медикаментов бесплатно, при наличии показаний, в неограниченном объеме, согласно Перечню, утвержденному Минздравсоцразвития России.

Таким образом, жителям края, которые имеют право на льготы, приобретают их в виде двух частей – денежные средства, которые непосредственно получает льготополучатель вместе с пенсией, и «социальный пакет». Это означает, что государство внесло за вас обязательный взнос в размере 450 рублей, и

вы имеете право пользоваться санаторным лечением и лекарственным обеспечением. Льгота предоставляется при наличии показаний!

Многие жители поняли так, что им необходимо эти деньги в обязательном порядке каждый месяц выбирать лекарственными препаратами, иначе деньги пропадут. Это не так.

Если человек страдает хроническими заболеваниями и ему согласно назначению врача необходим прием препаратов, – то на основании рецепта вы будете его получать. Или если вы заболели, например, гриппом или простудились, или, возможно, возникло другое острое заболевание, то врач будет выписывать вам льготные лекарства для лечения по медицинским показаниям в соответствии с перечнем лекарственных средств, утвержденным Минздравсоцразвития РФ, без ограничения суммы на лечение.

Поэтому **в обязательном порядке ходить в аптеку в начале месяца, выписывать и выбирать в аптеке впрок каждый месяц лекарств именно на сумму 350 рублей не нужно.** Те, кто постоянно нуждается в лечении, за счет солидарного или страхового принципа, безусловно, выигрывают. Однако есть люди, у которых потребность в препаратах иная, либо они решают проблемы своего лекарственного обеспечения иначе. Они могут отказаться от социального пакета, и этот отказ можно будет оформить до 1 октября 2005 года, напи-

сав заявление в Пенсионный фонд. Однако, тогда ежемесячная денежная выплата в полном объеме, то есть без вычета стоимости социального пакета, будет производиться только с 1 января 2006 года.

Лекарства

Перечень лекарственных средств, разрешенных к выписке по льготным рецептам, включает все жизненно необходимые препараты и насчитывает более 1800 торговых наименований.

Рецепт на льготное лекарство выписывает врач или фельдшер, включенный в регистр.

С выписанным рецептом необходимо обращаться в аптеку для получения препарата в течение 14 дней. За больного в аптеке лекарство могут получить родственники или близкие люди, никаких дополнительных документов, кроме льготного рецепта, предъявлять не требуется.

Хочется обратить особое внимание вот на что. Не все препараты на момент обращения с рецептом есть в наличии в аптеке. Поэтому аптека ежедневно обязана заказывать в уполномоченной фармацевтической компании необходимые препараты по выписанным рецептам. Если препарата по льготному рецепту не оказалось в аптеке, рецепт необходимо обязательно зарегистрировать, для того чтобы вам гарантированно заказали препарат. Такая регистрация рецептов проводится в самой аптеке и по телефону со ссылкой на выписанный рецепт.

Сегодня в крае есть в наличии полный ассортимент таких жизненно важных препаратов, как инсулины, препараты для больных с пересаженной почкой. Возникают вопросы в ситуациях, когда некоторые пре-



параты, которыми больные пользовались годами, не вошли в Перечень под привычным названием (а некоторые просто устарели, и их уже не выпускают фармацевтические заводы). В таких случаях лечащий врач, согласно имеющемуся Перечню, должен подобрать препарат именно тот, который лучше всего подходит для лечения вам.

А если у вас возникает ситуация, которую вы не смогли разрешить с лечащим врачом по поводу выписывания или назначения лекарства, обратитесь в лечебном учреждении к главному врачу или начмеду.

Отдельно хотелось бы отметить, что для реализации программы льготного лекарственного обеспечения Правительством выделено средств почти в 10 раз больше, чем при «старой» системе льготного обеспечения медицинскими препаратами.

Конечно, внедрение такого масштабного мероприятия не может одновременно везде происходить гладко, без шероховатостей и нестыковок. Но все исполнители закона прилагают максимум усилий для приведения ситуации в норму и разъяснения основных положений монетизации.

**По всем вопросам лекарственного обеспечения можно проконсультироваться, обратившись по телефонам:
для жителей г. Барнаула
005, 35-34-83, 23-16-45,
для жителей края 62-93-11**

Санаторно-курортное лечение

На курорты «льготников» будет отправлять Фонд социального страхования.

Тем, кто имеет такое право, необходимо подать заявление в филиал регионального отделения Фонда социального страхования в городе или уполномоченному в районе. К заявлению обязательно необходимо приложить справку от лечащего врача (форма 070/у-04) о наличии показаний и профиле санаторного лечения.

Отмечу, что врач может назначить санаторно-курортное лечение только при отсутствии у пациента медицин-



ских противопоказаний и при наличии показаний к санаторно-курортному лечению. Так, злокачественные опухоли, сердечная недостаточность 3 степени и ряд других заболеваний могут послужить причиной отказа. Перечень противопоказаний определен Министерством здравоохранения и социального развития России.

Важно также знать, что данная справка формы 070/у-04 будет действительна в течение 6 месяцев со дня получения.

При выделении путевки в санаторий в обязательном порядке должны учитываться его профиль и соответствие «показаниям» льготника.

Выбрать санаторий можно будет как в другом регионе, так и недалеко от дома, в оздоровительных центрах по месту жительства.

Проезд до места лечения и обратно будет также оплачиваться. Вместе с путевкой на санаторное лечение вам выдадут два талона на право бесплатного проезда в купейном вагоне поезда дальнего следования до места расположения санатория. Эти талоны в железнодорожной кассе необходимо обменять на билеты туда и обратно.

Жителям Барнаула оформить путевку на санаторно-курортное лечение можно в филиалах регионального фонда социального страхования по адресам:

филиал №2 - г. Барнаул, ул. Чернышевского, 59 (для льготников Октябрьского, Ленинского, Индустриального районов),

филиал №3 - г. Барнаул, ул. Молодежная, 26 (для льготников Центрального и Железнодорожного районов).

В районах края необходимо обращаться к уполномоченному Фонда социального страхования.

**По всем вопросам санаторного лечения можно обращаться в региональное отделение Фонда социального страхования по тел.: 23-94-09, 23-97-60, 23-77-19;
в комитете по здравоохранению администрации края - тел. 62-93-36**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края



Андрологические аспекты бесплодного брака

**Сергей Викторович Рыженков, врач-уролог высшей квалификационной категории,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»**



Одной из ключевых проблем урологии является мужское бесплодие. За последние годы нарушение репродуктивной функции мужчин, состоящих в бесплодном браке, приобрело особую медицинскую и социальную значимость. Демографические показатели в России и многих странах мира свидетельствуют об увеличении частоты инфертильного состояния мужчин, достигающей 30-50%.

Причины мужского бесплодия – разнообразные патологические процессы в организме, оказывающие отрицательное воздействие на эндокринные органы и непосредственно на половые железы, приводя к дистрофическим изменениям в семенных канальцах, интерстициальной ткани яичка и способствуя патозооспермии. Полиэтиологичность мужского бесплодия, сложность его развития, функциональная взаимосвязь мужских половых желез со всеми системами и органами создают большие трудности в разработке адекватных методов лечения нарушений сперматогенеза. Низкая эффективность терапии обусловлена также недостатком знаний о репродуктивной функции мужчин и отсутствием достаточного количества квалифицированных врачей-уроло-

гов, занимающихся проблемой мужского бесплодия.

В связи с этим вопросы раннего выявления, качественной диагностики, комплексного лечения и профилактики заболеваний мужских половых органов стали актуальной медицинской темой.

Мужское бесплодие - это болезнь, обусловленная нарушением репродуктивной системы мужчин, в том числе генеративной и копулятивной функций.

Причины мужского бесплодия

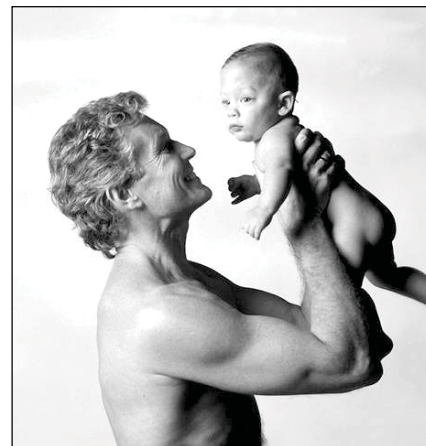
Анализируя деятельность Диагностического центра и основываясь на научных данных, причины, приводящие к нарушению сперматогенеза, делятся на основные, встречающиеся наиболее часто, и дополнительные, имеющие самостоятельное значение или сочетающиеся с основными.

Основными причинами мужского бесплодия являются:

- варикоцеле (варикозное расширение вен семенного канатика);
- инфекционно-воспалительные заболевания половых органов;
- патозооспермия неустановленной этиологии;
- изолированные патологические

изменения семенной жидкости;

- иммунологические нарушения;
- врожденные аномалии (крипторхизм – отсутствие одного или обоих яичек в мошонке, монорхизм – врожденное отсутствие одного яичка, гипоспадия – врожденное расщепление задней (нижней) стенки мочеиспускательного канала, сопровождающееся дистопией наружного отверстия мочеиспускательного канала, эписпадия – порок развития мочеиспускательного канала, характеризующийся отсутствием на большем или меньшем протяжении верхней его стенки и др.);



○ системные заболевания (туберкулез, цирроз печени, хроническая почечная недостаточность, хронические заболевания органов дыхания, сахарный диабет, эпидемический паротит, осложненный орхитом, и др.);

○ хирургические вмешательства по поводу паховой грыжи, гидроцеле, структуры уретры, операции на мочевом пузыре, симпатэктомия и др.;

○ отдельные виды лечения: противоопухолевая лучевая, гормоно- и химиотерапия, применение некоторых психотропных средств, гипотензивных препаратов, антибиотиков, сульфаниламидов, нитрофуранов и др.;

○ сексуально-эякуляторные нарушения;

○ обструктивная азооспермия;

○ некрозооспермия;

○ эндокринные заболевания и расстройства (гипогонадизм, гиперпролактинемия, тестостерондефицитные состояния).

К дополнительным причинам мужского бесплодия относятся:

○ привычные интоксикации (злоупотребление алкоголем и никотином);

○ профессиональные вредности (контакт с органическими и неорганическими веществами, воздействие ионизирующей радиации);

○ тепловой фактор (работа в условиях высоких и низких температур, длительное лихорадочное состояние с повышением температуры тела больше 38°C);

○ травмы мошонки;

○ психологические травмы;

○ алиментарный фактор.

Диагностика

Высокая частота и разнообразие причин мужского бесплодия требуют проведения диагностических мероприятий, которые существуют в Центре.

Лабораторно-инструментальные исследования:

○ спермограмма;

○ определение антиспермальных антител (Ас Ат);

○ цитологическое исследование секрета предстательной железы и семенных пузырьков;

○ исследование на наличие инфекционных заболеваний: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, простого герпеса;

○ бактериологический анализ спермы;

○ УЗИ органов малого таза, УЗИ яичка, УЗИ полового члена;

○ УЗИ щитовидной железы;

○ определение гормонального профиля: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона, тестостерона, пролактина, эстрадиола, тиреотропного гормона, гормонов щитовидной железы (трийодтиронин, тироксин), а также антител к пероксидазе тиреоцитов и тиреоглобулину;

○ рентгенологические исследования (исследование черепа, почечная флебография);

○ компьютерная томография.



Лечение

В зависимости от выявленных причин мужского бесплодия и его форм применяют разные виды его лечения: консервативное, хирургическое и альтернативное - вспомогательные репродуктивные технологии. Эффективность терапии мужского бесплодия не всегда достижима и определяется возможностью улучшения сперматогенной функции. В настоящее время определены группы пациентов, у которых применение консервативных и хирургических методов с целью улучшения показателей сперматогенеза бесперспективно:

● олигозооспермия с концентрацией сперматозоидов $< 5,0 \times 10^6 / \text{мл}$;

● астенозооспермия с количеством сперматозоидов категории «а» + «в» $< 20\%$;

● тератозооспермия с количеством нормальных форм сперматозоидов $< 10\%$ и некрозооспермия.

Любое лечение бесплодия начинается с общих организационных мероприятий, направленных на устранение его причины. К ним относятся ликвидация бытовых и эмоциональных вредностей, нормализация режима труда, отдыха и питания пациента. Соблюдение этих условий в некоторых случаях может приводить к нормализации сперматогенеза без какого-либо лечения.

Консервативные методы лечения мужского бесплодия в основном применяются при инфекциях половых органов, патозооспермии (олиго-, астенозооспермия), эндокринном бесплодии и сексуально-эякуляторных нарушениях.

В Диагностическом центре Алтайского края сегодня выполняются все современные технологии и имеется необходимое оборудование с целью позитивного решения репродуктивных нарушений у мужчин.

Телефоны регистратуры КГУЗ «ДЦ АК»: 26-17-67, 26-17-60 ■

Взгляд на профилактику

из «темноты» рентгенологического кабинета

Виктор Михайлович Валько, врач-рентгенолог высшей квалификационной категории, Благовещенская ЦРБ

В стране растет МРОТ, растет прожиточный минимум, растут пенсии, но, как ни парадоксально, – онкозаболеваемость и туберкулез тоже растут.

Благовещенский район - один из самых благополучных в социальном плане районов края - газ, вода, тепло, асфальт, благоустроенные дома, а заболеваемость туберкулезом и онкология среди населения района растут!

Здравоохранение района - одно из лучших в крае, больница имеет I категорию, а туберкулез и онкология растут!

Рентгеновская служба района, по результатам работы которой в том числе делают выводы о динамике роста туберкулеза и онкологии, - приоритетная служба в здравоохранении района. «Труженики невидимого фронта в мире теней и фантазий» - о службе лучевой диагностики лучше и не скажешь!

И хотя слова благодарности пациентов в адрес медицинских работников района звучат, в том числе и в прессе, часто, сотрудники рентгенодиагностики чаще «за кадром». Но мы не в обиде, зная, что наш труд - это половина успеха в лечении боль-

ного, а порой цена нашего труда - спасенная жизнь. Лучшая награда для нас - это признание и уважение наших коллег-клиницистов.

Что касается фантазий, то внедрение современных технологий и достижение высокого профессионализма (что возможно только при административной поддержке) сделали наши мечты реальностью.

И это не голословно - это факты.

*** В районе функционируют три рентгенодиагностических кабинета, оснащенных современным оборудованием:**

- два «Сирескопа СХ» германской фирмы «Сименс» на три рабочих места;

- один «Фишер» F-64 производства США на два рабочих места;

- ортопантомограф Р100 производства Финляндии, позволяющий производить панорамные снимки челюстно-лицевой области (единственный аппарат такого класса среди районных больниц края!).

*** Автоматизировано проявление снимков.**

*** В короткий срок мы сумели перейти к зеленочувствительной рентгеновской системе диагностики. При этом существенные для нас финансовые затраты на переоснащение кассетами с усиливающими экранами Ренекс ЭУ-ГЗ мы безболезненно преодолели, сотрудничая с фирмой «Ретро».**

Кстати, имея полугодовой опыт работы с зеленочувствительной пленкой, можно отметить следующие преимущества, важные и для пациентов, и для работников рентгенологов.

Во-первых, существенное снижение дозовых нагрузок на пациентов (для тех, кто понимает - за счет возможности увеличения анодного напряжения в 1,1-1,2 раза и при этом уменьшения экспозиции в 2-4 раза).

Безусловно, более высокая информативность полученных снимков, особенно грудной клетки и брюшной полости; и что немаловажно - универсальность кассет, то есть можно работать с любой рентгеновской пленкой. Область применения перекрывает весь диапазон разночувствительных экранов с отличным результатом теневого изображения.

И, конечно, - универсальность самой зеленочувствительной пленки, ее с успехом можно использовать для получения качественных рентгенограмм при исследовании всех органов и систем.



Представители рентгенологической службы района



Призываем рентгеновские службы районов к широкому использованию зеленочувствительных систем, не боясь финансовых и организационных проблем, которые решаемы, конечно, при инициативе и специалистов службы, и администрации больниц.

Ответственно могу сказать - наш коллектив имеет довольно высокий профессиональный уровень: два врача и два рентгенлаборанта имеют высшие категории, два рентгенлаборанта имеют первую категорию.

И несмотря на это, туберкулез и онкология растут!

«Стоп! - скажете вы. - А может, оттого и рост, что при таком техническом оснащении и таких кадрах выявляемость хорошая!».

Время привести некоторые статистические данные по Благовещенскому району.

Показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тысяч населения составила в 2001 году – 45 случаев, в 2002 году – 51, в 2003 году – 66 и в 2004 году – 104 случая, а раком легкого соответственно – 46, 40, 63 и 95 случаев.

Процент охвата населения, подлежащего профилактической флюорографии, составил: в 2001 году – 94%; в 2002 году – 96%; в 2003 году – 98%; в 2004 году – 98%.

Как видите, численность обследуемого населения примерно одинакова, и техника (флюорографы) не менялась в течение 15-20 лет, и кадры те же самые. А туберкулез и онкология растут! Конечно, оптимально – это устранить причины. Но не менее актуально и суперважно - говорить о перспективах раннего выявления патологии у населения.

Производя профилактическую флюорографию, мы на самом деле не предупреждаем, а выявляем уже факт заболевания. И в данном случае очень важно обнаружить болезнь на ранней стадии. Как следствие - увеличение шансов на полное выздоровление; уменьшение затрат на лечение, а в случаях с туберкулезом – профилактика (вот здесь истинная профилактика!) возникновения заболевания у окружающих больного людей (членов семьи, особен-

но детей, сослуживцев и т.д.). Пока же еще высок процент выявления запущенных случаев рака легких и открытых форм туберкулеза. На то имеется ряд в большей степени субъективных причин.

Человеческий фактор – нежелание вовремя проходить профилактическое флюорообследование – нет времени, необоснованная боязнь облучения. Получив 1/50 дозу допустимого годового облучения, вы целый год можете спокойно жить, зная, что вы уже точно не запустите болезнь.

Как пример, за 2004 год в районе из 24 впервые выявленных онкологических больных 8 человек, имеющих III-IV стадии заболевания, не прошли флюорографию более трех лет!!!

Особенно подвержены риску заболевания люди старше 50 лет и лица, страдающие хроническими заболеваниями. К категории риска также относятся социально менее защищенные группы населения: переселенцы, беженцы, бомжи, алкоголики, наркоманы.

Именно информативность рентгенологических методов, возможность выявить заболевание в ранние сроки, «заглянуть» в организм, когда болезнь еще не проявила себя клинически, - составляет особую значимость службы.

Мы не стоим на месте – прекрасные технологические возможности, творческий коллектив специалистов – на базе нашей службы разра-

ботаны оригинальные методики исследования позвоночника, рационализована маркировка флюорограмм и методика двойного контрастирования толстого кишечника. Мы готовы поделиться опытом использования наших рационализаторских предложений и методик со специалистами. Конечно, у службы тоже есть свои проблемы.

Первая – крайняя изношенность флюороустановок, у нас их две - в возрасте 15 и 20 лет. Таких аппаратов уже и в производстве нет. Замена их современными флюорографическими цифровыми установками просто необходима.

Проблемы растущего туберкулеза не решить без технического перевооружения флюорокабинетов, опираясь только на приказ №193/178 «О порядке и сроках флюорографического обследования на туберкулез», согласно которому увеличивается количество профилактических исследований в два раза за счет сокращения сроков периодичности исследований и не пренебрегая серьезной работой по техперевооружению и с кадрами специалистов-рентгенологов.

А вторая проблема как раз – кадры. У нас в районе свободна одна штатная единица врача-рентгенолога. Мы приглашаем в свой коллектив молодого, но непременно фаната-рентгенолога. Пусть без опыта работы. Мы готовы передать свой опыт и знания.

Если вы подозреваете, что заболели туберкулезом, то:

1. Как можно скорее обратитесь к врачу в любую поликлинику или противотуберкулезный диспансер.
2. Если вы кашляете, постарайтесь закрывать рот платком, никогда не плюйте на пол. Помните: туберкулез – заразная болезнь, вокруг вас могут оказаться восприимчивые к нему люди, особенно дети и старики.
3. Вам необходимо сдать мокроту (отхаркиваемое) на микроскопический анализ и сделать рентгеновский снимок органов грудной клетки. При подозрении на туберкулез вам проведут углубленное клинко-рентгенологическое и микробиологическое обследование в противотуберкулезном диспансере.
4. Если диагноз подтвердится, не отчаивайтесь. Настройтесь на длительное, но эффективное (при соблюдении всех предписаний врача) лечение.

Туберкулез – серьезное и опасное заболевание. Но очень важно не запустить болезнь! При своевременном выявлении и правильном лечении туберкулеза можно полностью излечиться. Будьте внимательны к своему здоровью и к окружающим, соблюдайте правила личной гигиены: имейте личную посуду, полотенце. Категорически не рекомендуется пользоваться общей посудой и общими столовыми приборами (ложки, вилки, ножи).

Желаем крепкого здоровья и всего доброго.

Внимание! Живот бывает «ОСТРЫМ»...

Владимир Николаевич Малыгин, врач-хирург высшей категории, отличник здравоохранения, Бийская ЦРБ

Острые заболевания органов брюшной полости, так называемый «острый живот», чаще всего требуют неотложного оперативного вмешательства. Здесь решающим условием является фактор времени: чем раньше обратится за помощью больной, чем быстрее сделана операция - тем благополучнее исход.



Эти болезни имеют обычно внезапное острое начало, быстрое прогрессирующее течение. Беспокоят боли в животе, тошнота или рвота, повышенная температура. Эти признаки у каждого больного бывают выражены по-разному, все зависит от заболевания, времени, прошедшего от начала болезни, возраста больного и т.д. Прием слабительных и обезболивающих препаратов, применение грелок, клизм - затемняют и сглаживают признаки болезни, дезориентируют врача. Поэтому нельзя заниматься самолечением, необходимо немедленно обратиться к врачу. Своевременная врачебная помощь чаще приносит хорошие результаты при лечении. К сожалению, в нашу районную больницу позднее суток от начала болезни с неотложными хирургическими болезнями обращаются 16-18 процентов больных.

Острые заболевания могут быть у людей любого возраста и пола. Особенно опасны они у больных, ослабленных различными хроническими заболеваниями сердца, легких, диабета и так далее, а также у детей и пожилых людей. Защитные силы у этого контингента ослаблены, болезни протекают скрытно, быстро приводят к осложнениям и даже смерти.

Почему же больные медлят, поздно обращаются за помощью?

Практика показала, что причины запущенности чаще всего следующие: более 80 процентов больных долго не обращаются за помощью, занимаясь самолечением. В остальных случаях причина запущенности - затруднения с транспортировкой и трудности диагностики этих заболеваний на догоспитальном этапе.

Наиболее частая болезнь - острый аппендицит. Хотя в последние годы количество операций при аппендиците стало значительно меньшим вследствие снижения заболеваемости острым аппендицитом на 30-50%, а также вследствие более строгого обоснования показаний к операции. Иногда больные в тяжелом состоянии ожидают, что первый приступ пройдет, и ждут следующего, терпя боль. А этого делать нельзя, так как болезнь развивается бурно и в первые же часы наступает нагноение, развиваются тяжелые осложнения.

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении острого аппендицита, на протяжении последних 50 лет средняя послеоперационная летальность остается стабильной в пределах 0,2-0,3 процента по стране. Чаще всего после операции умирают старики и дети. Основной причиной смерти был и остается перитонит.

Недавно в районную больницу доставлен больной К. 65 лет из Красноярского края, который находился на лечении в одном из санаториев Алтайского края. Привезен к нам в больницу через четверо суток от начала заболевания. Причину позднего обращения объясняет «не-сильными болями», появившимися после нарушения диеты. Сделана срочная операция - вскрытие аппендикулярного абсцесса. Отросток не удален, так как был в инфильтрате. Предстоит длительное и интенсивное лечение, с последующей повторной операцией - удалением отростка через 2-3 месяца.

Частые осложнения при аппендиците - нагноение ран, спайки кишечника, абсцессы и кишечные свищи.

Распространенное заболевание - грыжа. Это заболевание лечится оперативно, но в плановом порядке. В районе ежегодно оперируются 100-110 человек, страдающих грыжей. Из них 5-8 случаев бывает с ущемленной, осложненной, особенно опасной для жизни, грыжей. Причем вовремя (планово) прооперированные больные быстро направляются, среди вторых - случаются и смертельные исходы. Отсюда вывод: все больные с грыжами нуждаются в операции, не нужно ждать осложнений (ущемлений).

Среди населения много людей с этой болезнью, которые недооценивают последствия и не обращаются к врачу. Отказываются от плановых операций по поводу грыж, выявленных во время профилактических осмотров. А между тем любое напряжение, поднятие тяжестей может привести к ущемлению. Тогда не избежать операции по неотложным показаниям. Но исход ее может быть самым разным, так как при неотложной операции нет возможности хорошо подготовить к ней организм больного.





БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2, МУЗ «Городская больница №5»

Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула,
заведующая отделением, врач высшей категории;

Инна Ивановна СОПОВА, врач-пульмонолог; **Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;

Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

Занятие 6

Что делать, если у Вас - обострение ХОБЛ? Помощники - глюкокортикостероиды

К сожалению, ХОБЛ - заболевание хроническое, т.е. протекает с периодами относительно стабильного состояния, когда признаки болезни редки, и эпизодами обострений, сопровождающимися ухудшением самочувствия.

❓ Как же распознать обострение?

Необходимо обратить внимание на такие признаки, как:

- усиление кашля, одышки;
- увеличение количества мокроты или появление гнойной мокроты;
- повышение температуры тела;
- возникновение или учащение ночных приступов удушья;
- возрастание потребности в бронхорасширяющих препаратах;
- снижение показателей пикфлоуметрии;
- труднее переносить физические нагрузки.

У вас обострение? Немедленно запишитесь на прием к вашему врачу, который решит вопрос, можно ли лечиться дома, или требуется госпитализация, при необходимости направит к пульмонологу. В любом случае требуется коррекция в лечении, изменение привычной схемы, возможно назначение препаратов дополнительно. А может быть, вам необходима госпитализация? Вызывайте немедленно «Скорую помощь», если вы обнаружили у себя следующие симптомы:

- грудно говорить;
- затруднено движение;
- губы и кончики ногтей сереют или синеют;
- сердечный ритм чересчур быстр или нерегулярен;
- ваши препараты не помогают вам;
- одышка сохраняется или усиливается.

Если вы почувствовали себя плохо, не тяните с обращением за помощью, ситуация может стать опасной для жизни!

Мы уже говорили о том, что основа лечения ХОБЛ – бронхорасширяющие препараты, однако в период обострения они не всегда справляются и на помощь приходят лекарства, обладающие противовоспалительным действием, гормональные вещества – глюкокортикостероиды.

❓ Что же такое гормоны?

Гормоны – это вещества, которые вырабатываются в организме специальными органами – железами внутренней секреции и регулируют течение жизненных процессов. Из всех многочисленных видов гормонов, имеющих в организме для лечения ХОБЛ используется только одна группа – глюкокортикостероиды (ГКС), синтезируемые в надпочечниках. На сегодняшний день это самые мощные препараты, подавляющие воспаление в бронхах. ▶





ГКС имеются в таблетированной форме, в ингаляторах, в растворах для инъекций и для небулизации. При обострении ХОБЛ гормональные таблетки, как правило, назначаются коротким курсом. Таких кратковременных курсов лечения ГКС бояться не надо. Вреда они не окажут, а справиться с обострением помогут. А вот если тяжесть заболевания такова, что требуется длительное применение глюкокортикостероидов, необходимо знать следующее: как и всякое лекарство при постоянном (в течение ряда лет) применении глюкокортикостероиды, как таблетированные, так и инъекционные, могут оказывать побочные действия.

К таким эффектам можно отнести:

- ◆ ломкость костей (остеопороз);
- ◆ прибавка массы тела за счет задержки жидкости в организме;
- ◆ склонность к образованию язв желудка;
- ◆ изменения со стороны кожи (замедление заживления ран, склонность к образованию синяков);
- ◆ иногда повышение уровня сахара в крови, артериального давления.

Если длительного приема таблетированных ГКС не избежать, необходимы меры профилактики побочных эффектов.

Несколько советов тем, кто принимает глюкокортикостероиды постоянно

1. Чтобы кости сохраняли прочность, необходимо:

- Употребление пищи с достаточным содержанием кальция: молочных продуктов (йогурт, молоко, сыр, творог), рыбы, овощей (репа, брокколи, соя и др.).
- Прием препаратов кальция длительно.
- Пребывание на свежем воздухе для образования в коже под действием солнечного света витамина D, необходимого для здоровой кости.
- Рекомендуется умеренная (не избыточная!) физическая нагрузка (например, прогулки 1–2 часа в день, гимнастика).

2. При длительном использовании ГКС может нарушаться обмен не только кальция, но и других микроэлементов, поэтому в диете рекомендуются препараты калия («Аспаркам» или «Панангин»), а также продукты с повышенным его содержанием: изюм, курага, печеный картофель.

3. Надо знать, что, в связи с физиологическим пиком выработки, большая часть дозы ГКС принимается в первую половину дня, после приема пищи.



4. Ни в коем случае не отменяйте гормоны одновременно самостоятельно, это может спровоцировать возобновление обострения. Лечение гормонами требует постепенной отмены.

5. При резкой отмене глюкокортикостероидов на фоне длительного их применения возможен «синдром отмены», проявляющийся недомоганием, лихорадкой, болями в суставах, тошнотой, рвотой.

6. Побочные эффекты при использовании гормонов в капельнице или внутримышечно те же и не менее выражены, чем при их применении внутрь!

При частых обострениях заболевания вам могут назначить гормональный ингалятор. В этой форме глюкокортикостероиды не обладают побочными эффектами гормональных таблеток, и спектр возможных неприятностей суживается.

Что нужно знать, если Вы пользуетесь гормональным ингалятором?

1. После ингаляции прополощите рот и горло водой или раствором соды.
2. Используйте для ингаляции спейсер.

Зачем такие премудрости?

Дело в том, что попадание частиц гормонального лекарства на слизистую ротоглотки может способствовать ее поражению дрожжеподобными грибами, так называемому кандидозу, проявляющему себя белым налетом. При использовании спейсера во рту осажается меньше лекарства, а значит, риск развития кандидоза снижается, для этого же нужны и полоскания.

Иногда на фоне лечения гормональным ингалятором осипает голос. Это явление временное и не требует специального лечения.

Помните! Глюкокортикостероиды назначаются и контролируются только врачом!

При очень тяжелом течении заболевания или тяжелом обострении, когда эффект от лечения недостаточен, может помочь кислородотерапия, кратковременная или длительная на дому с помощью концентратора кислорода.

Необходимость такого метода лечения определяет пульмонолог после соответствующего стационарного обследования.

Доктор может назначить дополнительно и другое лечение, придерживайтесь его. А своевременное обращение за помощью обеспечит успех!



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Наша работа - вернуть их к жизни!?!...

**Василий Кузьмич Гилев, фельдшер скорой помощи
высшей категории, МУЗ «Тальменская ЦРБ»**



Алкоголь – это яд универсального действия. Быстро всасываясь из желудочно-кишечного тракта, он резко нарушает обменные процессы в организме, учащается дыхание, усиливается сердцебиение. Научными данными установлено, что последствиями повышенной концентрации алкоголя в коре головного мозга являются склеивание красных кровяных телец и создание условий, при которых нейроны гибнут в больших количествах. После каждого приема спиртных напитков остается целое «кладбище» нервных клеток, которые, как известно, не восстанавливаются. И чем больше выпить этого яда, тем обширнее разрушение мозга. Поражаются сердце, печень, желудочно-кишечный тракт, почки, все ткани организма.

У нас пьют по поводу и без повода – были бы деньги или материальные ценности в доме, которые можно поменять на бутылку с алкоголем: за здоровье, за упокой, встречу друзей, праздники, которых у нас с каждым годом все больше и больше.

Большое беспокойство вызывает распространение алкоголизма среди молодежи. В некоторых семьях дети начинают употреблять алкоголь с 6-8 лет. У молодых пьющих родителей на свет появляются неполноценные и с физическими недостатками дети. Давно известно, что народ, не употребляющий алкогольные напитки, является более здоровым в физическом, умственном и нравственном отношениях, чем тот, у которого потребление алкоголя получило широкое распространение, одним словом, такая нация деградирует.

В США жестко контролируется реклама алкогольных напитков. На каждой бутылке вина, водки обязательно напечатано предупреждение, что потребление алкоголя может вызвать проблемы со здоровьем и ухудшить способности человека управлять автомобилем или сложным техническим устройством.

Большинство американских подростков начинают употреблять алкоголь в 13-летнем возрасте. По данным Национального института изучения злоупотребления алкоголем и алкоголизма, если подросток начинает пить до 15 лет, это в 4 раза повышает шансы стать алкоголиком. Страны разные – проблемы те же. Наша Госдума кое-как приняла закон об ограничении употребления пива вблизи детских садов, школ, в общественных местах. Еще в советское время сообщались данные, что убытки от последствий употребления алкоголя в несколько раз выше цены его реализации.

Это - бытовой и производственный травматизм, семейные неурядицы, автодорожные аварии, посталкогольные заболевания. Вот лишь некоторые страшные случаи из множества, происшедшие в р.п.Тальменка за последнее время.

Медвытрезвитель в Тальменке закрыт, и все пьяницы доставляются в приемное отделение райбольницы. Зачастую реанимационное и хирургическое отделения переполнены пациентами, так или иначе пострадавшими от последствий употребления алкоголя. На их лечение тратятся огромное количество дорогостоящих медикаментов (при нашем то недофинансировании медицины). Что остается остальным пациентам?

● **Молодой папаша, хронический алкоголик, убивает двухмесячного ребенка во время приступа «белой горячки» - изгонял чертей.**

● **Двое молодых призывников, получивших повестки из военкомата на призыв, накануне, за день до отправки избивают, издеваются над стариками, требуя спиртное.**

● **Молодой 20-летний парень сбит грузовым поездом, умирает в реанимации.**

Клиника алкогольного отравления. Наличие в крови всего 0,8г/л алкоголя судебные медики уже называют «фактором риска». Отмечено, что даже при такой (очень малой) концентрации алкоголя у человека в 10 раз снижается внимание, и он неадекватно оценивает реальную обстановку. Смертельная доза – около 300 мм 96%-го спирта, у привычных к алкоголю – даже значительно выше. Наступает паралич дыхательного и сосудодвигательного

центров. Что ведет к остановке дыхания и прекращению работы сердца.

Даже если степень опьянения не так велика, потерявший сознание пьяный человек может замерзнуть на улице, у порога своего дома, сгореть от непогашенной сигареты, утонуть в мелкой луже, попасть под колеса автомобиля. Если пострадавший в сознании, он, как правило, возбужден, часто агрессивен, а затем впадает в состояние комы. У него наблюдается потеря сознания, чувствительности, судороги, бред, галлюцинации. Часто этому предшествуют рвота с резким запахом алкоголя. Отмечается резкое покраснение лица, глаз («налиты кровью»), выделение пены изо рта, понижается температура тела, влажность кожных покровов. Вначале происходит сужение зрачков глаз, затем их резкое расширение. Пульс медленный и малый, ритм дыхания замедлен. Спасение надо начинать немедленно.

Первая задача оказывающего помощь – облегчить возможность дыхания и работу сердца. Пострадавшего необходимо уложить на живот (на спину – нельзя!), в крайнем случае – на бок повернутой вниз головой. Ротовая полость должна быть освобождена от всего и свободна для дыхания. До приезда врача следует немедленно начать промывание желудка, чтобы предотвратить всасывание алкоголя в кровь, при условии, что человек еще в сознании. Пострадавшего надо заставить по возможности выпить до 5 литров теплой воды (38-40 градусов). Лучше, если в одном литре будет растворена 1 ч.л. соды. Принятие большого количества воды вызывает рвоту. Если она не наступает, то прибегают к раздражению корня языка и дна глотки. После приступа рвоты больной должен прополоскать рот и снова пить воду. Так повторяют 4-5 раз. Подносить к носу ватку, смоченную нашатырным спиртом. После промывания желудка напоить горячим крепким чаем, кофе. Для поддержания сердечной деятельности предлагают выпить 20 капель кордиамин, валокардина. Больного нужно тепло укрыть, обложить грелками, бутылками с горячей водой. В случае остановки дыхания и прекращения сердечной деятельности немедленно приступить к искусственному дыханию «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и к закрытому массажу сердца. Данное мероприятие лучше осуществлять вдвоем. Один делает вдох, другой – 4-5 толчков на нижнюю треть грудины. Перед оказанием помощи пострадавшего положить на жесткую поверхность, под шею положить валик, чтобы дыхательные пути были свободны.

Лучше, конечно, совсем не употреблять спиртные напитки, но если человек не алкоголик, не любитель частых выпивок, а на вечеринке «перебрал» малость, то утром хорошим похмельным лекарством могут быть соки, особенно хоро-

ша минеральная вода, чай, витамины С и В. «Опохмелка» же зачастую ведет к хроническому алкоголизму. Если возникла непреодолимая тяга к алкоголю, нужно идти, не обращая внимания ни на что, в наркокабинет, диспансер. В отличие от наркомании, излечение - до 100% при самом главном условии, что у человека есть сила воли самому избавиться от «зеленого змия». Нам так мало отведено быть на этом свете, да еще вдобавок мы укорачиваем свой век «добровольным сумасшествием».

Надо понять: никакие тяготы нашей жизни не залить отравой – проблемы не исчезнут, а усугубятся подрывом здоровья пьющего и страданиями его близких. Река начинается с ручейка, алкоголизм – с эмки водки. Нет денег на дальние странствия, на туризм –



возьми лыжи, коньки, велосипед, сходи на стадион, в лес, на рыбалку!

Человек – кузнец своего счастья, нужно только понять и увидеть истинную красоту здоровой жизни.

От редактора.

Алкоголизм. Взгляд на проблему под иным углом зрения...

По данным Росстата, в 2003 году расходы домохозяйств на покупку медицинских товаров и услуг составили более **316 млрд. рублей**, или **5,2%** от всех потребительских расходов... Это не считая тех средств, которые тратятся на здравоохранение государством. Так, в федеральном бюджете 2005г. на здравоохранение предусмотрели сумму **71,2 млрд. рублей**. Из этих средств идет и «лечение» поступивших по «Скорой помощи» алкоголиков...

Мне понятна горечь заведующего отделением реанимации Павловской ЦРБ Бориса Алексеевича Леонтьева, который руководит коллективом высококлассных специалистов. Техническое оснащение отделения, затраты на подготовку персонала и само пребывание больного в отделении реанимации, которое обходится в среднем **от 3000 до 5000 рублей** - против **220-250 рублей** в соматическом (обычном) отделении – чрезвычайно затратно.

Но обидно, когда их труд, бессонные напряженные ночи, и без того скудные средства тратятся на легкомысленных любителей выпить или «побаловаться наркотой».

- Поток таких пациентов увеличивается в праздничные дни, - говорит доктор Леонтьев. - Большинство находится в сильном (до бессознательного состояния) алкогольном опьянении либо (чаще молодые **люди 20-25 лет**) в состоянии наркотического отравления – в состоянии между жизнью и смертью. Но наша работа – вернуть их к жизни. Что мы и делаем...

Кстати, если сравнить расходы населения на оплату ЖКХ, той сферы, которая сейчас находится в центре общественного внимания, то по данным российской статистики они составили в 2003 году – **437,3 млрд. рублей** (или **7,2%** от всех потребительских расходов).

Но если сопоставить вышеприведенные цифры с расходами россиян на алкогольные напитки, а это **689 млрд. рублей (!!!)**, то получается, что в 2004 году

на оплату всех жилищно-коммунальных услуг или на свое здоровье россияне потратили **на 20% меньше**, чем на алкоголь!

Вдумайтесь, какие колоссальные средства мы тратим на то, чтобы навредить своему здоровью, а порой и убить свою собственную жизнь!





**Бог не может поспеть везде,
потому Он и создал Матерей**

Малыш в вашем доме

Елена Викторовна Котельникова, старшая медсестра отделения педиатрии недоношенных, высшая квалификационная категория;

Лидия Артуровна Гинц, старшая медсестра отделения патологии новорожденных, высшая квалификационная категория – Алтайская краевая клиническая детская больница, г.Барнаул

Рождение ребенка – важное событие в жизни семьи, счастье и радость для родителей. Однако с появлением малыша возникают и первые домашние трудности и заботы.



Мать с ребенком выписывают из родильного дома. Что нужно приготовить?

Прежде всего, должно быть достаточное количество белья. Собранное для крохи приданое – пеленки, распашонки, подгузники, чепчики – должно быть выстирано и проглажено.

В доме необходимо сделать влажную генеральную уборку, подготовить комнату или уголок, где будут находиться детская кроватка, столик и тумбочка. Заранее нужно купить ванночку, два термометра (один – для измерения температуры тела, другой – для воды), детское мыло, детский крем, домашнюю аптечку, в которой должны быть вата, бинт, бриллиантовая зелень.

Визиты родственников и друзей в первые дни пребывания дома малыша желательно строго ограничить из-за возможного инфицирования. Ребенок должен привыкнуть к тепловому режиму – оптимальная температура в комнате – 21-23°C, к новым звукам и даже запахам своего дома. В первые дни жизни новорожденные дети очень чувствительны к изменениям обстановки, могут плохо спать, беспокоиться.



Многие молодые родители задаются вопросом: необходимо ли пеленать детей?

Завернутый в пеленки ребенок лучше сохраняет тепло, не охлаждается, поэтому недоношенных детей рекомендуется пеленать с ручками, а на ночь – дополнительно надевать шерстяные носочки. Доношенных новорожденных уже с третьего дня жизни можно пеленать только частично. Им надевают распашонки с зашитыми краями рукавов, пеленают лишь ноги, голову оставляют открытой. Во время сна ребенка нужно прикрывать байковым одеялом.

Утренний туалет малыша

начинается с умывания под проточной водой. Глаза малыша промывают отдельными ватными тампонами, смоченными в теплой кипяченой воде, по направлению от наружного угла глаза к внутреннему, к носу. Носовые ходы прочищают ватными жгутиками, поворачивая их в

носовых ходах вокруг оси. Если корочки в носу сухие, дыхание через нос затруднено, тогда предварительно можно ввести в обе ноздри по капле теплого вазелинового масла, а затем уже убрать или же смочить ватный фитилек растительным маслом.

Рот обрабатывают только снаружи тампоном, также смоченным теплой кипяченой водой. При появлении молочницы необходимо обратиться за советом к педиатру. Ваткой, смоченной теплой кипяченой водой, протирают шейные, подмышечные, паховые складки, ладони.

Если у ребенка кожа сухая, кожные складки рекомендуют протирать вазелиновым или подсолнечным маслом, которое необходимо предварительно простерилизовать. Для этого налейте масло в маленький флакон, закройте пробкой, поставьте в кастрюлю с водой, которую доведите до кипения, и выдержите 30 минут.

Особенно тщательно надо следить за областью половых органов. Ребенок не должен долго находиться в мокрых пеленках. При подмывании девочку держите вверх животиком, чтобы вода стекала спереди назад, и не пользуйтесь каждый раз мылом. Мальчика во время подмывания надо держать, наоборот, спинкой вверх. ▶



Лидия Артуровна Гинц, старшая медсестра отделения патологии новорожденных

◀ Купание ребенка –

это не только гигиеническая процедура. Вода оказывает многостороннее действие на организм через чувствительные нервные окончания, в обилии находящиеся на коже. Поэтому купание ребенка рассматривается еще и как стимулирующая процедура, а также при некоторых изменениях техники – как закаливание. К тому же эта приятная процедура может стать замечательным поводом для вашего сближения с ребенком. В первые месяцы после рождения детей купают ежедневно перед вечерним кормлением. Температура воды может колебаться в пределах 37-39°C. Лучше использовать кипяченую воду. Два-три раза в неделю малыша моют детским мылом. Заканчивают купание обливанием водой из кувшина. После купания кожу крохи хорошо промокнуть пеленками, а затем обработать складочки маслом или присыпкой.

У большинства детей после купания наблюдается спокойный продолжительный сон. Если вы заметили, что после ванны ребенок возбужден и долго не может заснуть, то перенесите купание на более раннее время.

Еще недавно в воспитании не приветствовалось брать детей на руки. Некоторые молодые родители еще и сейчас отдают предпочтение этим «бабушкиным» методам. Специалистами замечено, что если ребенок беспокойный или родился недоношенным, качать таких детей, брать их на руки просто необходимо. Ребенок успокаивается, чувствуя себя защищенным в надежных и ласковых руках родного человека. Полезно по несколько раз в день выкладывать малыша на живот - это помогает ему научиться держать голову. Не допускайте, чтобы малыш долго плакал. Некоторые психологи утверждают, что постоянный и быстрый ответ на плач младенца приводит к крепкой привязанности между ним и родителями.

Уважаемые родители! Именно от вас зависит, насколько уютно и комфортно будет вашему новорожденному ребенку, сколько любви и заботы, исходящих от вас, он получит - не следует бояться избаловать его, часто беря на руки. Не стесняйтесь обращаться к врачам. Если возникают вопросы и сомнения, лучше перестраховаться и вовремя принять меры или услышать авторитетное мнение: «У вас все нормально». Не бойтесь задавать вопросы. Помогите своему малышу вырасти здоровым и счастливым!



Мы талантливы!

Никогда ни от кого не скрою,
Что своей профессией горжусь.
Поделись со мной своей бедою,
Тут же на нее я отзовусь!
Прибегу по первому же зову
И, когда утихнет боль, – дождусь.
Поделись со мной своею болью,
Я с тобой терпеньем поделюсь!
Я побуду рядышком с тобою,
Теплым словом страх заговорю,
Убедить смогу и успокою,
Веру в исцеление вселю!
Стану няней и почти родною
Старшей иль младшею сестрой.
Силу духа разделю с тобою,
Поделись страданием со мной.
Никогда ни от кого не скрою,
Что своей профессией горжусь.
Страхом смерти поделюсь со мною,
Я с тобою жизнью поделюсь!

Автор неизвестен

Медики шутят!

Время тоже лечит, но доктор – быстрее.

Из истории медицины:

- 2000 год до нашей эры: - Поешь корешков.
- 1000 год нашей эры: - Корешки - это язычество. Молись.
- 1850 год: - Молитва - это предрассудки. Выпей эту микстуру.
- 1940 год: - Микстура - это яд. Прими эти таблетки.
- 1985 год: - Таблетки не действуют. Возьми эти антибиотики.
- 2005 год: - Антибиотики искусственные. Поешь-ка корешков.



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



ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

МАМА, ДОЧКА ПОДРОСЛА!

Кафедра акушерства и гинекологии АГМУ №1

Наталья Ильинична ФАДЕЕВА, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой;
Ольга Васильевна РЕМНЕВА, кандидат медицинских наук, доцент кафедры,
врач акушер-гинеколог высшей категории;
Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

Как часто вы сетуете на то, что ваша девочка «вдруг» к 11-12 годам становится трудной, упрямой, даже агрессивной, да и внешне как-то меняется! Не волнуйтесь, все это закономерно. У нее просто наступила пора полового созревания. Что же это такое?

Это - пубертатный период, т.е. период интенсивного роста и развития организма ребенка, предшествующий его половой зрелости, который начинается в 8-9 лет и заканчивается к 18 годам.

В периоде полового созревания можно выделить три фазы:

○ **препубертатная (7-9 лет)** - характеризуется «скачком» роста до 20 см и увеличением массы тела на 15 кг;

○ **пубертатная (10-13 лет)** - появление вторичных половых признаков, наступление первой менструации - менархе, которая совпадает по времени с окончанием быстрого роста тела в длину;

○ **постпубертатная (14-18 лет)** - завершение развития вторичных половых признаков, установление ритмичных менструаций, остановка роста тела в длину, окончательное формирование женского таза.

Мама должна знать о происходящих в наружном облике и психике дочери значительных изменениях. Они обусловлены функционированием репродуктивной системы, которая состоит из гипоталамуса, гипофиза, яичников, матки, влагалища. Гипоталамо-гипофизарная область находится в головном мозге, и от нее зависит начало полового созревания. Здесь вырабатываются гормоны, воздействующие на яичники. Под их влиянием в яичниках усиленно растут фолликулы, которые также выделяют половые гормоны: женские - эстрогены и прогестерон и мужские - андрогены.

Эстрогены совместно с андрогенами способствуют созреванию костей скелета и их росту, увеличению наружных половых органов, появлению оволосения на лобке и в подмышечной области. Под влиянием эстрогенов и прогестерона растут молочные железы, происходит распределение жировой клетчатки, характерное для женского типа.

Формируются так называемые вторичные половые признаки, последовательность появления которых довольно постоянна. У здоровых девочек сначала фор-

мируется молочная железа (телархе) - в среднем в возрасте 10,5 лет (8-13 лет). Иногда одна молочная железа растет быстрее другой, но это обычно проходит без последствий и не требует лечения. Рост волос на наружных половых органах (пубархе) начинается несколько позднее - в 12 лет, но и здесь можно отметить колебания в пределах 9,5-14 лет. Оволосение подмышечных впадин (адренархе) появляется в среднем через полгода после пубархе, физиологические границы его 10,5-14,5 лет. ▶



В конце развития вторичных половых признаков большей частью наступает первая менструация - менархе (в среднем - 13 лет), которая физически и психически означает важную веху в жизни подрастающей девочки и реализуется при массе тела 46-47 кг и росте 159-160 см. На этом кончается детство и начинается подростковый возраст.

В этот период, как известно, меняется не только внешний облик девочки, но и ее поведение. Быстрый рост, кажущаяся неуклюжесть, изменения формы тела вызывают ощущения физической и эмоциональной «неловкости». Раздражительность, напускная грубость, нежелание отвечать на вопросы, а иногда застенчивость, плаксивость типичны для этого возраста. Старайтесь это учитывать. Вам следует тактично, но настойчиво корректировать эти проявления, чтобы они не закрепились в дальнейшем, когда она станет взрослой.

В возрасте примерно 9 лет мама должна найти слова для объяснения тех физиологических и неотвратимо наступающих процессов, одновременно приятных и обязательных для появления самого прекрасного чувства земной любви и продолжения рода. Расскажите о том, что в этом возрасте у девочек происходит «перестройка» всех органов и систем, которая возникает под влиянием гормонов, успокойте дочку, что длинные руки и ноги, кажущаяся непропорциональность и неуклюжесть - это издержки переходного возраста, которые со временем исчезнут.

Из-за трудности подобного разговора для всех родителей можно читать красивые истории и сказки со счастливым концом - о Золушке, Гадком Утенке, Василисе Прекрасной и другие. При этом необходимо донести информацию о том, что происходящая гормональная перестройка - есть подготовка организма к деторождению, самому прекрасному процессу для женщины, семьи и общества. Можно посмотреть добрые фильмы советского периода, американские киноленты с «хэппи-энд» в виде улыбающихся мужчины и женщины, смеющихся возле дома детей.

В возрасте 10-11 лет необходимо вернуться к разговору на «неудобную» тему, рассказать о вторичных половых признаках и последовательности их возникновения, девочка не должна стесняться задавать вопросы, а умные взрослые всегда найдут правильные слова, и они должны это делать! Иначе девочку просветят «глупые» представители улицы.

Во избежание психической травмы к моменту появления первой менструации девочку необходимо заранее предупредить о возможности ее начала и объяснить, как она проходит. Лучше, если это сделает мама, сестра или бабушка. Обязательно научите ее пользоваться специальными гигиеническими пакетами. Подскажите ей, что прокладку следует менять не реже 4 раз в день (в зависимости от количества выделяемой крови). Девочка обязательно должна ежедневно принимать душ, правильно обмывая теплой водой наружные половые органы спереди назад легкими прикосновениями. Соблюдение строгого гигиенического режима обязательно! Предупредите дочь, что в эти дни можно вести

обычный образ жизни, но желательно избегать больших физических перегрузок, кататься на велосипеде, купаться в водоеме. Спать нужно не менее 9 часов в сутки.

Важно правильно питаться. Не рекомендуется во время месячных есть острую пищу (перец, горчица и др.), которая усиливает прилив крови к малому тазу и может усилить кровотечение. Также необходимо приучить девочку регулярно опорожнять кишечник, так как запоры вредно отражаются на состоянии половых органов.

После появления первой менструации дочка должна завести специальный календарь и отмечать в нем, что происходит в организме. После установления регулярного цикла знание начала следующих месячных позволяет планировать различные мероприятия (поездки, походы) и не застанет девочку врасплох.

Продолжительность менструации у здоровой девочки - обычно 3-5 дней, в среднем через 28 дней, однако возможны колебания от 21 до 35 дней.

Учтите, что половое созревание не наступает у всех в одно и то же время. У одних оно начинается раньше, у других - немного позже. Естественно, эти дети испытывают неловкость и смущение в связи с тем, что быстро растут и оформляются в женщину или, наоборот, что отстают от подруг в развитии. В таком случае успокойте ребенка и заверьте, что эти различия с возрастом исчезнут. Многие здесь зависят от национальной принадлежности, климата, условий жизни, питания, состояния здоровья, индивидуальных особенностей. Прежде всего, вспомните, как это происходило у вас. Если, например, у матери половое созревание наступило позже, чем у ее сверстников, то обычно и у дочери бывает то же самое. И наоборот. Поэтому мама должна быть бдительной в период взросления дочери, наблюдать за общим развитием и самочувствием, росто-весовыми показателями, артериальным давлением, состоянием кожи, характером менструаций, типом оволосения. При большой задержке полового развития (старше 16 лет) или при слишком раннем его наступлении (9 лет и раньше) обязательно проконсультируйтесь с детским гинекологом.

Гормональная перестройка может вызвать в организме ряд состояний, граничащих с болезнями. И появление избыточной массы тела, и временное нарушение менструального цикла, и преходящее повышение давления, и возникновение угрей на коже лица, спины, груди.

Пубертатный период может явиться пусковым механизмом для возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы (вегето-сосудистая дистония), почек (пиелонефриты), эндокринной патологии (щитовидная железа, ожирение). В одних случаях вам достаточно объяснить, что это явление временное и через 1-2 года все нормализуется, а в других - необходима консультация врача.





Детская для ВЗРОСЛЫХ (родителям о детях)

Лактазная недостаточность

Татьяна Михайловна ЧЕРКАСОВА, внештатный неонатолог края, доцент, кандидат медицинских наук, кафедра педиатрии №1 АГМУ



Всем известно о необходимости грудного вскармливания. Об этом говорят беременным в женской консультации, роженицам – акушеры, молодым мамам – врачи в детской поликлинике. О том, что грудное молоко незаменимо для младенцев, пишут на каждой банке молочной смеси все известные производители детского питания. Огромное счастье испытывает мать, кормя грудью своего малыша, ребенок растет уверенным в себе, с чувством защищенности, симпатией к окружающему миру, его психика более устойчива, чем у крохи, получающего кормление из бутылочки... Но иногда возникают проблемы и лактазная непереносимость - худшее, что может дать материнское молоко. Отчего возникает недостаточность лактозы у грудного ребенка?

Виноваты ферменты или?..

По данным специальной литературы, болезни углеводного обмена, связанные с изменением активности ферментов, расщепляющих сахара, и в том числе лактозу, встречаются крайне редко. Данные по разным странам неодинаковы. Частота таких заболеваний колеблется от 1 на 20000 до 1 на 200000 детей.

Почему же педиатры говорят о лактазной недостаточности чуть ли не у каждого второго ребенка? Как смогло выжить человечество, если это заболевание (приводящее при отсутствии лечения к гипотрофии и гибели) встречается у большинства младенцев?

- Дело в том, что истинная лактозная непереносимость, обусловленная генетически и связанная с полным отсутствием или серьезным недостатком необходимых ферментов, встречается очень редко. А с чем же постоянно сталкиваются современные врачи? В основном с

лактазной недостаточностью, образовавшейся в результате неправильно организованного грудного вскармливания.

Если Вы применяете один из таких приемов: кормите малыша 6-7 раз в сутки, копите молоко, сцеживаетесь после кормлений или перекладываете ребенка во время кормления то к одной, то к другой груди, велика вероятность развития лактазной недостаточности, причиной которой является дисбаланс между так называемыми передней и задней порциями молока.

Получается, что ребенок питается, как правило, «передним молоком», более жидким и содержащим большое количество лактозы. В груди между кормлениями также собирается в основном «переднее молоко», «заднее» же, более густое и жирное, образуется преимущественно во время сосания ребенка. Если же переложить малыша через 5-10 минут после начала кормления к другой груди, он и из нее высосет переднее

и недостаток молока. Если на фоне такого неправильного грудного вскармливания кроху начать еще и прикармливать безлактозной смесью, он будет толстеть, все вздохнут с облегчением и в сознании укрепится миф о том, что молоко может быть плохим, а у современных мам его вообще мало.



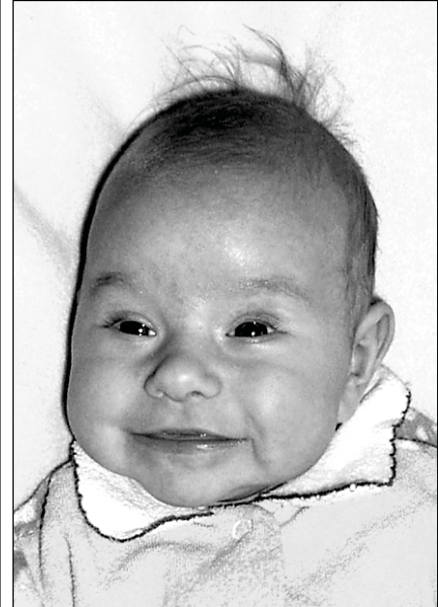
Врачи часто говорят о «временной лактазной недостаточности». Почему появляется она?

- У ребенка на правильно организованном грудном вскармливании, с хорошей прибавкой в весе и с хорошим самочувствием в первые 2-3 месяца жизни (иногда дольше) наблюдается пенистый стул. Врач наверняка назначит обследование, и в анализе, скорее всего, будут обнаружены сахара. Ребенка переведут на безлактозную смесь. Однако неполное поглощение лактозы - обычное явление для ребенка на грудном вскармливании (66% детей в возрасте 6 недель и 60% детей в возрасте 3 месяцев)!!!

Ферменты – это белковые молекулы, которые являются физиологическими катализаторами, которые во много раз увеличивают скорость биохимических превращений. Один фермент отвечает только за одну химическую реакцию в организме, к другим он не имеет никакого касательства.

молоко, а заднее вам потом придется сцедить. Малыш будет не очень хорошо прибавлять в весе, у него вскоре может появиться жидкий стул с зеленью и пеной. Вы будете думать, что у вас плохое молоко, хотя его и много.

Такая же ситуация может быть, если ограничивать ребенка в сосании, например, строго по 15-20 минут. Малыш часто не успевает добраться до заднего молока и, кроме того, недостаточно стимулирует грудь на выработку молока, если по 15-20 минут он сосет 6-7 раз в сутки. Поэтому, наряду с описанными выше ситуациями, будет развиваться



Одной маме, например, в такой ситуации было сказано: «Ваш ребенок испытывает сильнейшие боли! Посмотрите, какое у него газообразование! А вы продолжаете кормить его своим молоком! Оно для него - яд!» Конечно же, так действуют далеко не все педиатры. Некоторые врачи, видя, что ребенок вполне благополучен, не требуют его немедленного лечения, опираясь только на полученные лабораторные результаты, и не назначают дополнительные обследования.

Давайте вспомним о том, что последние десятилетия врачи имели дело преимущественно с детишками, которых кормили смесями. Соответственно, многие знания и лабораторные тесты применимы только к этой группе детей. Наличие сахара в стуле ребенка-искусственника является патологией, а вот у ребенка на грудном вскармливании это является нормой! Значительное количество сахара может быть следствием упомянутых выше ошибок в организации кормления, так как кроха получает много богатого лактозой переднего молока.

Когда у ребенка возникают проблемы с пищеварением, это очень пугает молодых мам. Особое место среди кишечных инфекций занимает дисбактериоз, значимость которого в формировании и развитии болезней, в том числе и органов пищеварения, следует считать несомненной... «Виновато» ли материнское молоко в этом и можно ли кормить малыша и дальше грудью?

Диагноз «дисбактериоз», пожалуй, самый популярный на сегодняшний день. Малыш, как известно, рождается со стерильным кишечником. Если с момента родов к нему в рот попадает ничего, кроме материнского соска (а именно это предусмотрено природой), то довольно быстро желудочно-кишечный тракт ребенка заселяется нормальной микрофлорой. В молозиве и материнском молоке содержатся факторы, способствующие росту нормальной микрофлоры и подавляющие патогенную. Если же грудное вскармливание было организовано неправильно (а случай этот, к сожалению, самый распространенный), если уже в первые сутки после родов, до знакомства с материнской микрофлорой, малыш начал получать смеси, заселение кишечника происходит далеко не идеально. Но даже в этом случае материнское молоко еще поможет справиться с проблемами.

Самое странное происходит, когда новорожденный наконец оказывается дома. Нормальный «стул» крохи на грудном вскармливании - жидкий, желтый, с белыми комочками, может быть 7-10 раз в сутки по чуть-чуть или 1 раз за несколько суток, но большим объемом. Чаще все-

го у малышек первых месяцев жизни «стул» бывает 3-5 раз в день.

Участковые педиатры нередко называют эти нормальные детские какашки - поносом и назначают анализ кала на дисбактериоз! (При этом совсем не учитывается тот факт, что малыш первые полгода жизни «имеет право» на дисбиоз в кишечнике и на любой стул, если при этом он хорошо растет и развивается.) Неправильно оценив ситуацию - начинают лечение, одним из пунктов которого является частичный отказ ребенка, например, на кисломолочную смесь. Педиатры не виноваты - они привыкли к стулу ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, более густому и однообразному.

Далее - более интересная ситуация. Несмотря на прием, например, различных биопрепаратов, у ребенка продолжают высеваться микроорганизмы, не подходящие для его кишечника. В этом случае мамы говорят, что все дело в ее молоке, и настаивают на прекращении грудного вскармливания вообще!

Показателем в этом отношении такой случай: у малышки, которого мама кормила грудью, постоянно и в больших количествах высевались грибы Кандида и гемолизирующая кишечная палочка. Никакое лечение на данные микроорганизмы не действовало. Маму врач убеждал, что виновато молоко. Не докормив ребенка и до года, мама отняла его от груди. Ребенок начал часто болеть, а грибы и палочки остались в прежних количествах.

Помимо стандартного анализа кала малыша на углеводы на обнаружение лактазной недостаточности, какие еще анализы можно сделать, чтобы выявить патологию пищеварительной системы? Означает ли положительный результат болезнь и отказ от грудного вскармливания?

Довольно часто врачи стали назначать еще один анализ - посев молока на стерильность. При этом в 50-70% случаев оказывается, что в молоке находятся различные микроорганизмы, чаще всего золотистый и эпидермальный стафилококки. Маме прописывают курс лечения антибиотиками, а ребенка неделю кормят смесью, после чего он обычно отказывается от груди. Вариант второй: маме и ребенку прописывают биопрепараты или назначают хлорофиллипт.

Между тем наличие стафилококков в молоке не означает патологии! И золотистый, и эпидермальный стафилококки живут на коже человека, а также имеют-



ся на большинстве окружающих его предметов. (Например, при перемещении стопки пеленок количество стафилококков в воздухе увеличивается!) Вместе с материнским молоком малыш получает специфические антитела, помогающие ему при необходимости справляться со стафилококком. Получается, что стафилококк материнского молока поступает к ребенку вместе с защитой от него же и не опасен для малыша!

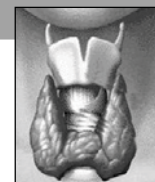
Более того, малышу необходимо в первые часы после родов заселиться маминими стафилококком. От этого стафилококка он будет защищен ее же антителами, которые получит с молозивом и молоком. Вся микрофлора маминого организма уже «знакома» иммунной системе ребенка, благодаря проникнувшему через плаценту антителам.

Для крохи опасно заселение микрофлорой роддома, в том числе и госпитальными штаммами стафилококка, устойчивого к антибиотикам: с этими микроорганизмами он не знаком, и заселение ими кожи и желудочно-кишечного тракта опасно для младенца. Если ребенок не имеет возможности «заселиться» маминой микрофлорой, он «заселяется» тем, что есть вокруг. Как говорится, свято место пусто не бывает. Если нет возможности «домашнему» штамму *Staphylococcus aureus* поселиться на младенце, его место займет госпитальный штамм. Но это не страшно ребенку на грудном вскармливании - организм матери поможет ему, вырабатывая соответствующие антитела.

Наличие стафилококка в молоке никак не сказывается на его качестве. Стафилококковый энтероколит, которым часто пугают мам, убеждая их перестать кормить своим «ядовитым» молоком, - состояние крайне редкое, встречающееся при заболеваниях иммунной системы и возникновению которого способствует искусственное вскармливание! Потому что, если даже у малыша по каким-то причинам ослаблен иммунитет, с маминым молоком он все же будет получать значимую поддержку. При переводе на искусственное вскармливание он этой поддержки лишается.



**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗМЕНЕНИЯМИ
В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
И ДЛЯ ВСЕХ, КТО ХОЧЕТ УЗНАТЬ
О ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**



**Нина Васильевна Леонова, заведующая краевым
эндокринологическим центром, Краевая клиническая больница,
заслуженный врач РФ**

Продолжая наш разговор о йодном дефиците, напомним, что средняя потребность в йоде составляет 100-200 мкг в день.

Как определяется: относится тот или иной регион к йоддефицитным или нет?

К индикаторам йодного дефицита по решению ВОЗ относятся несколько индикаторных показателей: распространение зоба у детей, объем щитовидной железы у детей по данным ультразвуковой диагностики, распространенность врожденного гипотиреоза в регионе и медиана йодурии (уровень выделения йода с мочой у детей 6-12 лет).

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЙОДНОЙ ЭНДЕМИИ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОБА (ПО ДАННЫМ УЗИ)

Распространенность зоба (%)	Тяжесть йодной эндемии
< 5	Достаточное потребление йода
5 – 19,9	Легкий дефицит йода
20 – 29,9	Умеренный дефицит йода
> 30	Выраженный дефицит йода

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЙОДНОЙ ЭНДЕМИИ ПО МЕДИАНЕ ЙОДУРИИ

Медиана йодурии (мкг/л)	Тяжесть йодной эндемии
>100	Достаточное потребление йода
50 - 99	Легкий дефицит йода
25-50	Умеренный дефицит йода
< 25	Выраженный дефицит йода

Известно, что более 90% йода выделяется из организма с мочой. Таким образом, по уровню экскреции йода с мочой можно достаточно точно определить величину поступления йода в организм. Исследование выделения йода с мочой у одного человека не имеет никакого значения, так как в течение дня количество йода у одного и того же человека меняется много раз и зависит от очень многих причин.

По эпидемиологическим исследованиям, потребление йода во многих регионах России, в том числе и в гг. Барнауле, Бийске, Рубцовске, в восточных и предгорных районах Алтайского края, составляет 40-80 мкг в день, то есть в 2-3 раза ниже физиологических потребностей.

Чем же опасно потребление йода ниже физиологической нормы?

Недостаток поступления йода в организм приводит к снижению его содержания в щитовидной железе. В ответ на это повышается чувствительность клеток щитовидной железы к стимулирующему действию регулятора функции щитовидной железы – тиреотропному гормону (ТТГ). Напоминаю, что ТТГ - гормон гипофиза. В результате, в подавляющем большинстве случаев, происходит рост щитовидной железы и формирование диффузного зоба.

Кроме этого, недостаток йода внутри щитовидной железы приводит к тому, что в самой щитовидной железе начинают активизироваться ее факторы роста. Клетки щитовидной железы имеют разный ответ на эти стимулирующие влияния. Если какая-то группа клеток сильнее отвечает на ростостимулирующие влияния, то может начать формироваться уже узловой зоб.



Таким образом, изменения щитовидной железы при недостатке йода выглядят следующим образом:



К 40-50 годам такие узлы могут начать самостоятельно (автономно) функционировать, при этом выделяется большое количество гормонов щитовидной железы и развивается состояние повышенной функции щитовидной железы, которое называется **тиреотоксикоз**.

С другой стороны, при резко выраженной недостаточности йода в организме может развиваться состояние, которое характеризуется низкой функцией щитовидной железы, так называемый **гипотиреоз**.

Таким образом, недостаток йода в организме, с одной стороны, формирует структурные изменения в самой щитовидной железе, но может и изменять ее функцию (тиреотоксикоз или гипотиреоз). Чаще всего функция щитовидной железы при структурных изменениях сохранена (**эутиреоз**).

Как определить размеры щитовидной железы и имеются ли в ней структурные изменения?

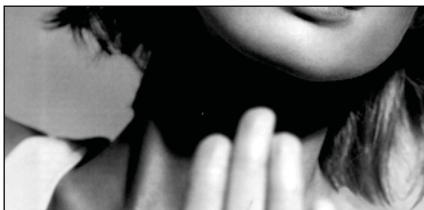
1. Пальпация, клиническое обследование

Так, размер ЩЖ на приеме у врача может быть определен с помощью ее **пальпации** («прощупывания»). Пальпация является относительно низкочувствительным методом исследования и примерно в 30-40% дает ошибочный результат. При этом, чем меньше зоб, тем меньше информативность пальпации. Первая и вторая степени увеличения щитовидной железы, по старой классификации Николаева, - это варианты нормы. То есть если у Вас когда-то «находили 1 или 2 степень» - к этому факту нужно относиться критично, и он требует ревизии. В настоящее время во всем мире принята классификация зоба Всемирной Организации Здравоохранения:

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБА (ВОЗ, 1994г.)

Степень	Характеристика
0	Зоба нет
I	Размеры долей больше дистальной фаланги большого пальца, зоб пальпируется, но не виден
II	Зоб пальпируется и виден на глаз

Следует сразу оговориться, что в норме щитовидная железа пальпируется практически всегда (трудности могут возникать при обследовании мужчин с развитой шейной мускулатурой), а у молодых женщин с тонкой шеей она иногда может быть даже видна. Кроме того, характеристика степеней увеличения щитовидной железы в классификации весьма условна и разными врачами у одного и того же пациента устанавливаются разные степени зоба. Это не позволяет отслеживать динамику заболевания и сопоставлять данные эпидемиологических исследований, оценивающих распространенность зоба.



2. УЗ-диагностика

Ультразвуковое исследование (УЗИ) с обязательным определением объема щитовидной железы. УЗИ позволяет определить размеры и объем органа, оценить его структуру, обнаружить и определить размеры узловых образований. Объем щитовидной железы является очень ценным показателем. Его можно легко рассчитать, измерив три основных размера каждой доли щитовидной железы. Сначала вычисляют объем каждой доли в отдельности по формуле:

$$\text{Объем доли} = \text{Длина} \times \text{Ширина} \times \text{Глубина} \times 0,5$$

Затем объемы долей складывают, пренебрегая размерами перешейка, и получается величина объема всей железы. У женщин объем железы в норме составляет 9-18 мл, у мужчин - до 25 мл. То есть если объем щитовидной железы у женщины превышает 18 мл, у нее может быть диагностирован зоб. То же самое можно сказать и о мужчине, у которого объем железы превысил 25 мл.

При наличии узловых образований в щитовидной железе обязательным является проведение пункционной биопсии, при которой с помощью шприца получают клетки щитовидной железы. По данным пункции оценивается характер узлового образования, в частности, доброкачественное оно или злокачественное.

Об изменениях функции щитовидной железы мы поговорим на следующих занятиях Тиреошколы.

На протяжении долгого времени считалось, что диффузный или узловой зоб является основным проявлением йодного дефицита. В настоящее время термин «йоддефицитные заболевания» используется для обозначения всех неблагоприятных влияний дефицита йода на рост и развитие организма, в первую очередь, на формирование мозга ребенка, которые можно предотвратить путем йодной профилактики. Считается, что йодный дефицит сегодня является наиболее частой причиной умственной отсталости у детей, которой можно избежать.

СПЕКТР ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ (ВОЗ, 2001)

Период жизни	Потенциальные нарушения
Внутриутробный	аборт и мертворождения
	врожденные аномалии
	повышенная перинатальная смертность
	эндемический неврологический кретинизм (умственная отсталость, глухонмота, косоглазие)
Новорожденные	эндемический микседематозный кретинизма (гипотиреоз, карликовость)
	зоб новорожденных
Дети и подростки	явный и скрытый гипотиреоз
	эндемический зоб
	ювенильный гипотиреоз
Взрослые	нарушения умственного и физического развития
	зоб и его осложнения
	гипотиреоз
	умственные нарушения
	снижение плодовитости
Все возраста	йодиндуцированный тиреотоксикоз
	риск рождения ребенка с эндемическим кретинизмом
	повышение поглощения радиоактивного йода при ядерных катастрофах
	нарушения когнитивной функции



Профилактика йоддефицитных заболеваний

Как уже было сказано, Россия и большинство стран континентальной Европы являются регионами йодного дефицита. Недостаточное потребление йода требует проведения мер массовой, групповой и индивидуальной йодной профилактики.

Наполеон Бонапарт впервые приказал систематически исследовать зоб у своих подданных, так как большое число новобранцев из горных районов были непригодны к воинской службе по причине слабоумия и тугоухости.

Современные методы профилактики и контроля распространения зоба основаны на работе Дэвида Марина, который еще в 1915 году провозгласил: "Эндемический зоб из всех известных заболеваний легче всего предотвратить". Тогда же Ханцигер предложил использовать йодированную соль для профилактики зоба в Швейцарии. Зоб и кретинизм были широко распространены на территории всей Швейцарии, что связано с ее расположением в высокогорных районах Европейских Альп. Бремя расходов на больных кретинизмом было крайне тяжелым для общества. В 1923 году только в кантоне Берна с населением чуть более 700 тыс. человек были госпитализированы 700 больных кретинизмом, не способных к самообслуживанию. Однако в результате использования йодированной соли частота зоба резко снизилась. Вскоре были закрыты или перепрофилированы учреждения для глухих и слабоумных. Наблюдение за призывниками также подтвердило эту тенденцию. С 1925 по 1947 годы количество непригодных к воинской службе в Швейцарии снизилось с 31 до 1 на тыс. рекрутов.

В 1922г. в Швейцарии был принят закон о йодировании соли, а два года спустя разработан процесс ее промышленного производства.

Массовая йодная профилактика

- является наиболее эффективным методом профилактики и заключается в добавлении солей йода в продукты массового потребления (соль, вода, хлеб), что обеспечивает адекватное поступление йода в организм. Йодированная поваренная соль является наиболее доступным носителем необходимого количества йода, при этом **цена ее практически не превосходит** цену нейодированной соли. На протяжении последних 20-ти лет по настоящее время в России были свернуты программы массовой йодной профилактики. Но с 1997г. вновь вернулись к проведению массовой профилактики дефицита йода через йодирование поваренной соли. В настоящее время вместо йодида калия в соль стали добавлять более стабильную соль йода – йодат калия, что в большей степени сохраняет йод в соли. Кроме этого, увеличено и содержание йода в соли.



Аргументы в пользу йодированной соли, не требующие доказательств:

- очевидная целесообразность
- универсальность (всеобщий характер профилактических мероприятий)
- доступность
- непрерывность
- экономическая эффективность
- недостаточная обоснованность альтернатив.

СТАНДАРТ ЙОДИРОВАНИЯ СОЛИ 2000 ГОДА:

1. Содержание йода 40+/-15 мг/кг соли
2. Использование стабильного йодата калия
3. Разумные требования к упаковке
4. Срок хранения - до 12 месяцев.

Групповая йодная профилактика включает в себя прием специальных препаратов, содержащих соли йода (например, калия йодида в виде препарата «Йодид-100», или «Йодид-200», или «Йодомарин-100» и «Йодомарин-200», которые содержат соответственно 100 или 200 мкг йода), определенными группами людей с наибольшим риском развития йоддефицитных заболеваний: дети, подростки, беременные, кормящие женщины.

Профилактика обычно проводится под контролем врача, оценивающего ее эффективность и безопасность. Групповая профилактика осуществима в организованных коллективах, в первую очередь, в детских.

Индивидуальная йодная профилактика предполагает использование препаратов, содержащих йод любым человеком, у которого имеется повышенная потребность в йоде.

Какие факторы повышают потребность в йоде?

1. Внешние факторы

- дисбаланс микроэлементов (недостаток селена, цинка или избыток серебра, алюминия, марганца, кальция, магния и т.д.);
- недостаток витамина А;
- радиация;
- органические и неорганические вещества;
- состояние повышенного стресса;
- частые лихорадочные состояния.

2. Внутренние факторы

- курение;
- гормональные изменения (подростковый период, беременность, лактация, прием контрацептивов и др.).

Лечение йоддефицитных заболеваний

Лечение и профилактика диффузного нетоксического зоба - наиболее частого йоддефицитного заболевания - в регионе йодного дефицита ничем не отличаются друг от друга и проводятся с использованием препаратов, содержащих соли йода. Дозы препарата подбираются врачом индивидуально для каждого пациента и могут быть более высокими, чем используемые для йодной профилактики (300-500 мкг).

Лечение заболевания должно проводиться не менее 6-12 месяцев. Если при этом не удается достичь желаемого результата - уменьшения размеров щитовидной железы - доза йодсодержащего препарата может быть увеличена и к лечению добавляют L-тироксин, который, подавляя продукцию ТТГ, приводит к уменьшению зоба.

Контроль эффективности лечения проводится по определению объема щитовидной железы с помощью УЗИ. При достижении эффекта - уменьшения размеров зоба - профилактика заболевания проводится по приведенным выше схемам с использованием препаратов йода. Лечение йоддефицитных заболеваний проводится эндокринологом.

В заключение хотелось бы обратить внимание на недопустимость использования для профилактики и лечения йоддефицитных состояний спиртового или водного раствора йода, так как в этих растворах содержится йод не в микрограммах, а в миллиграммах, что в 1000 раз больше. Прием такого большого количества йода может привести, так же, как и недостаток, к повреждению щитовидной железы. Большие дозы йода обязательно необходимо принимать при атомных катастрофах. В этом случае йод блокирует функцию щитовидной железы и она не будет захватывать радиоактивный йод, который в больших количествах присутствует при атомных выбросах.

Партнер журнала "Здоровье алтайской семьи" "Благовещенская ЦРБ"



Партнеры журнала «Здоровье алтайской семьи» -

○ Это наши авторы - авторитетные в своей области специалисты, грамотные, неравнодушные.

○ Это - промышленники, предприниматели и деятели культуры - участники социальных проектов журнала.

Наш редакционный коллектив практически во всех медицинских учреждениях встречает заинтересованную аудиторию, но в целом ряде больниц от слов о совместной работе перешли к делам.

○ **Лечебно-профилактические учреждения края - партнеры журнала - особый разговор.** Их поддержка и участие в журнале проявляются осязательно. От специалистов центральных районных больниц поступают предложения по более подробному освещению тех или иных тем, а некоторые из них стали нашими авторами, они горячие пропагандисты нашего журнала среди жителей края.

Нам хотелось бы выразить благодарность всем за совместную работу по популяризации здорового образа жизни, содействие в повышении заинтересованности населения в сохранении и укреплении своего здоровья.

○ Редакция журнала по итогам работы в 2004 году всем представителям журнала вручила полезный подарок - Справочник-путеводитель практикующего врача «2000 болезней».



○ Ряд представителей журнала «Здоровье алтайской семьи» от группы компаний холдинга «Байт» (куда входит и наше издательство) получили приглашение на одно из самых престижных краевых мероприятий - Демидовский бал-2005.

○ Коллектив Рубцовской городской детской поликлиники (**руководитель Нина Григорьевна Арсеньева**) - лидер в продвижении журнала в 2003-2004 гг., получил телевизор «Thomson», предоставленный Алтайским краевым фондом поддержки социальных инициатив «Содействие».



Н А Ш И ПРЕДСТАВИТЕЛИ

г. Барнаул: пр. Комсомольский, 118, тел. 66-96-20 (редакция журнала);

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

г. Бийск: ул. Короленко, 41/1, главный врач Бийского городского центра медицинской профилактики, тел. 24-84-34 представитель Медведёва Надежда Михайловна;

г. Рубцовск: пер. Рубцовский, 31 (детская поликлиника), тел. 4-63-95, представитель Арсеньева Нина Григорьевна; ул. Ленина, 13а (городская больница №3), тел. 3-38-95 представитель Царева Татьяна Васильевна; Рубцовская городская больница №2, тел. 4-79-04 представитель Калининко Оксана Алексеевна;

Бийский район: Бийская ЦРБ, тел. 38-14-84 представитель Овсянникова Нина Владимировна;

Первомайский район: с. Березовка Первомайская центральная райбольница, тел. 7-93-93, представитель Белоцкая Наталья Ивановна; районная детская поликлиника, тел. 7-93-13, представитель Петрова Нина Алексеевна; с. Первомайское, поликлиника ЦРБ, тел. 79-8-06, представитель Плотникова Ольга Ильинична;

Советский район: с. Советское, пер. Целинный, 17, центральная райбольница, тел. 2-28-87, представитель Курносова Екатерина Евгеньевна;

Целинный район: с. Целинное, ул. Советская, 31, центральная райбольница, тел. 2-14-57, представитель Ляпина Лидия Балтазаровна;

Тальменский район: р.п. Тальменка, ул. Кирова, 68, тел. 22-7-84 (представитель Аксенова Антонина Александровна); тел. 2-22-87, представитель Пениоза Лилия Владимировна;

Залесовский район: с. Залесово, ул. Больничная, 21, тел. 22-5-87, представитель Логинова Ольга Юрьевна;

Кытмановский район: с. Кытманово, ул. Закурьинская, 18, тел. 22-3-09, представитель Козлова Людмила Алексеевна;

Калманский район: с. Калманка, ул. Дзержинского, 142, тел. 22-2-93, представитель Михайлова Галина Ильинична;

Ключевской район: с. Ключи, ул. Адамовича, 1а тел. 2-21-78, представитель Зарецкая Зинаида Владимировна;

Павловский район: р.п. Павловск, Павловская ЦРБ, тел. 2-21-97 (представитель Храмова Ирина Анатольевна); районная поликлиника, тел. 2-03-96, представитель Рафаловская Елена Владимировна;

Топчихинский район: с. Топчиха, ул. Правды, 12а, центральная райбольница, тел. 22-1-87, представитель Киндюхина Светлана Сергеевна;

Ребрихинский район: с. Ребриха, пр. Победы, 120, центральная райбольница, тел. 21-3-87, представитель Дергач Надежда Алексеевна;

Косихинский район: с. Косиха, ул. Комсомольская, 52, центральная райбольница, тел. 22-4-96, представитель Белкин Дмитрий Константинович;

Алейский район: г. Алейск, Алейская ЦРБ, тел. 2-24-97, представитель - Салов Геннадий Петрович;

Шипуновский район: с. Шипуново, ул. Мамонтова, 103, центральная райбольница, тел. 22-6-75, представитель Мищенко Вера Ивановна;

Троицкий район: с. Троицкое, Троицкая ЦРБ, тел. 22-0-39, представитель Красикова Лилия Арновна;

Завьяловский район: с. Завьялово, Завьяловская ЦРБ, тел. 2-27-72, представитель Карманова Ирина Юрьевна;

Поспелихинский район: с. Поспелиха, Поспелихинская ЦРБ, тел. 21-6-74, 22-2-87, представитель Попова Галина Васильевна;

Благовещенский район: с. Благовещенка, Благовещенская ЦРБ, тел. 22-7-87, представитель Чупина Светлана Васильевна; тел. 2-28-34, представитель Бочарова Антонина Александровна;

Зональный район: с. Зональное, Зональная ЦРБ, тел. 22-1-31, представитель Рыкова Лариса Александровна; тел. 22-5-87,

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС - 73618